ISSN : 2985-170X (Print)
ISSN : 2985-2226 (Online)

สลบ. สธ.

# วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

## Journal of Addiction Research and Academic Sciences

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข

JARAS
OSNARC
Journal of Addiction Research and Academic Sciences

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 มกราคม - เมษายน 2567
Vol. 1 No. 3 January - April 2024



# วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

Office of Secretary of National Addiction Treatment and Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 มกราคม – เมษายน 2567 Vol. 1 No. 3 January – April 2024



**บทความพิเศษ**

- แนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด : ความท้าทายของสังคมไทย
- วิวัฒนาการการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดประเทศไทย
- สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567)

**บทความวิจัย**

- การพัฒนาภาคีเครือข่ายป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
- ผลของรูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพผู้ติดสารเสพติดแบบหน่วยเคลื่อนที่ต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัด Modified Matrix Program โรงพยาบาลมวกเหล็ก

**รายงานผู้ป่วย**

- การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน : กรณีศึกษา



**ชื่อวารสาร** : วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด
**เจ้าของ** : สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
**ISSN** : 2985-170X (Print) 2985-2226 (Online)
**พิมพ์ที่** : บริษัท ดีดี ปริ้นติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด
**ปีที่พิมพ์** : พ.ศ. 2567

# วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ข้อมูลวิชาการด้านยาเสพติด
2. เพื่อเผยแพร่ องค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด
3. เพื่อเป็นสื่อประสานงานและส่งข่าวระหว่างเครือข่ายนักวิชาการด้านยาเสพติด
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติด ผลงานวิจัย บทความวิชาการ หรือกึ่งวิชาการด้านยาเสพติด และเป็นสื่อกลางในการแปลกเปลี่ยนเรียนรู้
5. เพื่อสนับสนุนการประเมินผลงานด้านวิชาการ

## กำหนดออกวารสาร

ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม

ฉบับที่ 3 มกราคม – เมษายน

## ผู้จัดทำและออกแบบปก

กลุ่มส่งเสริมป้องกันและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด

## สถานที่ติดต่อ

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
88/20 อาคาร 6 ชั้น 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร. : 02-590-2422 โทรสาร : 02-590-1863
E-mail : journal.addiction2023@gmail.com
Website : https://ncmc.moph.go.th

## พิมพ์ที่

บริษัท ดีดี ปริ้นติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด

# วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences


## ที่ปรึกษา

นพ. โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นพ. กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## บรรณาธิการ

นพ. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล ที่ปรึกษาระดับกระทรวง
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)

ดร. ณัฐกฤตา ทุมวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข

## กองบรรณาธิการ

ผศ. อภินันท์ อร่ามรัตน์ หัวหน้าศูนย์วิจัยด้านยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ. มานพ คณะโต ผู้อำนวยการเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ. รัศมน กัลยาศิริ ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ. (พิเศษ) เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์)
โรงพยาบาลสุรินทร์

ผศ. (พิเศษ) สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว)
โรงพยาบาลสุรินทร์

ศ. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รศ. ปัตพงษ์ เกษมสมบูรณ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ. ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ. ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยบูรพา

รศ. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ. วไลลักษณ พุ่มพวง อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

## กองบรรณาธิการ (ต่อ)

| | |
|---|---|
| นายณฐวัฒน์ ล่องทอง | อาจารย์ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| นางสาวอรุโณทัย สิงห์ตาแก้ว | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต วิทยาเขตปทุมธานี |
| นางสายสุดา โภชนากรณ์ | ข้าราชการบำนาญ |
| นางกษมา ประไชโย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลภูเวียง |
| นายณัฐบดินทร์ แก้วกำ | เภสัชกรปฏิบัติการ กองโรคติดต่อทั่วไป<br>กรมควบคุมโรค |
| นายชลภัชร ลันสุชีพ | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ<br>โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร |
| นายประวิทย์ เกตุทอง | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ<br>กลุ่มพัฒนาวิจัยและนวัตกรรม<br>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| นายปรีชวิชญ์ พรมจักร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน |
| นางลัดดาวัลย์ ธีรภาพชัยศรี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลบางเลน |
| ดร. สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี | กลุ่มงานวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช<br>คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด |
| ดร. สุภัทรญาณ ทองจิตร | อาจารย์ประจำสาขาวิชาสุขภาพช่องปากครอบครัวและชุมชน<br>สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| ศ.ดร. รัตนา สำโรงทอง | ผู้เชี่ยวชาญสาขาสาธารณสุขศาสตร์<br>วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขสิ่งแวดล้อม<br>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |

# วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 มกราคม - เมษายน 2567 Vol. 1 No. 3 January – April 2024


## บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 ประกอบด้วย บทความพิเศษ 3 เรื่อง ได้แก่ 1) แนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด : ความท้าทายของสังคมไทย 2) วิวัฒนาการการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดประเทศไทย 3) สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567) บทความวิจัย 2 เรื่อง ได้แก่ 1) การพัฒนาภาคีเครือข่ายป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ 2) ผลของรูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพผู้ติดสารเสพติดแบบหน่วยเคลื่อนที่ต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัด Modified Matrix Program โรงพยาบาลมวกเหล็ก และรายงานผู้ป่วย 1 เรื่อง คือ การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน: กรณีศึกษา ซึ่งวารสารฉบับนี้นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย การบำบัดรักษาแบบหน่วยเคลื่อนที่ ภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด ซึ่งได้จัดทำขึ้นเพื่อการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการทางการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุขด้านยาเสพติด กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิชาการและวิจัยยาเสพติดของสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เป็นประโยชน์แก่นักวิชาการ เจ้าหน้าที่ และประชาชนทั่วไปที่สนใจศึกษาด้านยาเสพติด


ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าและให้เกียรติร่วมพิจารณากลั่นกรอง และตรวจสอบบทความในครั้งนี้


**บรรณาธิการ**

# วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 มกราคม - เมษายน 2567 Vol. 1 No. 3 January – April 2024


## สารบัญ


หน้า

แนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด : ความท้าทายของสังคมไทย 1

**ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล**

วิวัฒนาการการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดประเทศไทย 9

**ศศิธร คุณธรรม**

สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567) 13

**สุรพงษ์ ผานาค และมุสลีมะห์ กือจิ**

การพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ 21

**ประณิดา เลียวฤวรรณ์สืบ**

การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน : กรณีศึกษา 30

**ณิชนันทน์ ลาภใหญ่**

ผลของรูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพผู้ติดสารเสพติดแบบหน่วยเคลื่อนที่ต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัด Modified Matrix Program โรงพยาบาลมวกเหล็ก 42

**รุ้งทิพย์ อาสะโภ**

ภาคผนวก 53

# แนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด: ความท้าทายของสังคมไทย

# Harm reduction Guidelines under the Drug Code: Challenges of Thai Society

ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล[1]


## บทคัดย่อ

การลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นมาตรการที่ต้องทำควบคู่กับกระบวนการบำบัดรักษา ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามหลังการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข โดยเชื่อมโยงกับศูนย์คัดกรอง และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามประมวลกฎหมาย ทั้งนี้ความเข้าใจในคำนิยาม ขอบเขตการให้บริการ และสถานที่ที่สามารถจัดบริการ ยังมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกันทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการดำเนินการที่สำคัญ เพื่อให้การดูแลผู้ติดยาเสพติดมีคุณภาพ มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด วิธีดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด ชุดบริการต่างๆ ของกรมการแพทย์และมูลนิธิรักษ์ไทย


**คำสำคัญ:** ประมวลกฎหมายยาเสพติด, การลดอันตรายจากยาเสพติด

[1] ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข) ระดับ 11

## Abstract

Reducing the harm of drugs is a measure that must be taken in parallel with the treatment process. From screening, severity assessment, drug therapy, rehabilitation. Drug harm reduction and post-treatment follow-up In a drug treatment facility or a rehabilitation facility for drug addicts registered with the Ministry of Public Health, it is linked to the screening center and social rehabilitation center according to the Code. There is still a disagreement between government agencies, the scope of services, and the places where services can be provided. Therefore, the relevant agencies should take important actions to ensure quality care for drug addicts. Standards as required by law, including guidelines for reducing the harm of drug use. How to carry out harm reduction from drugs Various services of the Department of Medical services and Rak Thai Foundation.


**Key words**: According to the new drug code, Harm reduction

## บทนำ

พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม 2564 เจตนารมณ์ของกฎหมายมุ่งหวังให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดให้เป็นไปด้วยความรอบคอบและมีประสิทธิภาพ โดยที่ภาค 2 ของบทบัญญัติได้กำหนดให้ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด รวมถึงการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามหลังการบำบัดรักษา[1]

การลดอันตรายจากยาเสพติดมุ่งปกป้อง คุ้มครองผู้ใช้ยาเสพติด และบุคคลรอบข้างจากอันตราย ผลกระทบ รวมถึงระดับความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งอาจมีสาเหตุจากทั้งฤทธิ์ของยาเสพติดโดยตรง วิธีการใช้วิธีการได้มาซึ่งยาเสพติด กฎหมายหรือนโยบาย รวมถึงการตีตรา และการเลือกปฏิบัติของบุคคลรอบข้าง โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์[2] ในทางปฏิบัติ หลังประมวลกฎหมายมีผลบังคับใช้ แต่ยังไม่มีรายละเอียดหลักการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ทั้งคำนิยาม ความครอบคลุม กลไกการทำงาน ชุดบริการและการประเมินผล ซึ่งการลดอันตรายจากยาเสพติดมีการดำเนินการทั้งในส่วนของภาครัฐและภาคประชาสังคมโดยเฉพาะมูลนิธิรักษ์ไทยที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก (Global Fund) เป็นการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการใช้ชุดบริการเพื่อลดเชื้อเอชไอวี (HIV) โดยการขยายกลุ่มเป้าหมายจากผู้ใช้ยาเสพติดวิธีฉีดอย่างเดียว ให้ครอบคลุมถึงผู้ใช้ยาเสพติดที่ไม่ใช้วิธีการฉีดด้วย เนื่องจากพบว่าจำนวนผู้ใช้ยา (People who use drug: PWUD) มีมากกว่าผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (People who inject drug: PWID) ดังนั้น จึงต้องใช้ความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์การดำเนินงาน และการใช้ชุดบริการให้เหมาะสมกับพฤติการณ์ ชาติพันธุ์ และความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+)[3]

**การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm reduction)**

การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm reduction) ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีการกำหนดอยู่ใน 2 ภาค 3 มาตราโดยมีการใช้คำที่แตกต่างกัน ได้แก่ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในมาตรา 55 และการลดอันตรายจากยาเสพติดในมาตรา 108 และ 117 โดยมีรายละเอียดดังนี้

<u>ภาค 1 การป้องกัน ปราบปราม และควบคุมยาเสพติด</u>

หมวด 7 มาตรการควบคุมพิเศษ

มาตรา 55 ในกรณีที่คณะกรรมการ ป.ป.ส. เห็นสมควรเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด จะกำหนดเขตพื้นที่หนึ่งพื้นที่ใด เพื่อกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ก็ได้

(1) ทดลองเพาะปลูกพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ หรือ อาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์

(2) ผลิตและทดสอบเกี่ยวกับยาเสพติด

(3) เสพหรือครอบครองยาเสพติดตามประเภทและ ปริมาณที่กำหนด[1]

การกำหนดพื้นที่และการกระทำการตามวรรคหนึ่ง ให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกา และพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวอย่างน้อยต้องมีมาตรการควบคุมและตรวจสอบการกระทำดังกล่าวด้วย ให้การกระทำการในเขตพื้นที่ที่กำหนดในวรรคหนึ่ง ซึ่งอยู่ภายใต้มาตรการควบคุม และตรวจสอบไม่เป็นความผิด

เห็นได้ว่าเจตนารมณ์ของมาตรา 55 เป็นมาตรการควบคุมพิเศษในการให้อำนาจคณะกรรมการ ป.ป.ส. เห็นสมควรเพื่อประโยชน์ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ตามมาตรา 55 (3) เสพหรือครอบครองยาเสพติด ตามประเภทและปริมาณที่กำหนด โดยการตราเป็นพระราชกฤษฎีกา การกำหนดพื้นที่มาตรการควบคุมและตรวจสอบการกระทำดังกล่าวโดยการเสพหรือครอบครองยาเสพติด ตามประเภทและปริมาณที่กำหนด ในเขตพื้นที่ที่กำหนด ซึ่งอยู่ภายใต้มาตรการควบคุมและตรวจสอบ ถือว่าไม่เป็นความผิดตามประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับนี้

<u>ภาค 2 การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด</u>

ลักษณะ 1 บทบัญญัติทั่วไป

มาตรา 108 “การบำบัดรักษา” หมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งรวมตลอดถึงการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามหลังการบำบัดรักษา

มาตรา 117 ให้สถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีหน้าที่และอำนาจดำเนินการบำบัดรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประเมินผล ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง จัดทำและเก็บข้อมูลประวัติของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติดแล้วแต่กรณี[1]

เห็นได้ว่าเจตนารมณ์ของการลดอันตรายจากยาเสพติดตามภาค 2 เป็นกระบวนการหนึ่งในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ตามมาตรา 108 ซึ่งแตกต่างจากการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดตามมาตรา 55 (3) ที่เป็นการลดอันตรายจากการใช้ ไม่ใช่ลดอันตรายจากยา โดยให้มีการเสพหรือครอบครองยาเสพติด ตามประเภทและปริมาณที่กำหนด ในเขตพื้นที่ที่กำหนดตามพระราชกฤษฎีกา ซึ่งอยู่ภายใต้มาตรการควบคุมและตรวจสอบตามที่คณะกรรมการ ป.ป.ส. เห็นสมควร แต่การลดอันตรายจากยาเสพติดตามภาค 2 ประมวลกฎหมายยาเสพติดตามมาตรา 117 ให้หน้าที่และอำนาจแก่สถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ขึ้นทะเบียนตามประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ดำเนินการบำบัดรักษาหรือการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ประเมินผล ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง จัดทำและเก็บข้อมูลประวัติของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งดำเนินการ ลดอันตรายจากยาเสพติด แล้วแต่กรณี

ดังนั้นหลักการลดอันตรายจากยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 สามารถดำเนินการได้ดังนี้

1. เป็นกระบวนการหนึ่งในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ต่อเนื่องจากการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่สามารถเลือกรับบริการเฉพาะการลดอันตรายจากยาเสพติดได้

2. ดำเนินการโดยสถานพยาบาล และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ขึ้นทะเบียนตามประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

3. มีการจัดทำและเก็บข้อมูลประวัติของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

4. มีการประเมินผล ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

5. การลดอันตรายจากยาเสพติดมีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามแนวทางที่กรมการแพทย์กำหนดตามประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการคัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และการประเมินผลการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๕

6. สถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หลังขึ้นทะเบียนและดำเนินงานครบสามปี ให้ยื่นขอรับรองคุณภาพต่อกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และให้ขอรับรองคุณภาพทุกสามปี

7. ผู้ใดทำการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด รวมถึงการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นปกติธุระ โดยมิได้กระทำในสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามที่กำหนดในประมวลกฎหมายนี้ ไม่ว่าจะได้รับประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินสามแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 181)

**แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด กรมการแพทย์**[2]

การลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นมาตรการที่ต้องทำควบคู่กับกระบวนการบำบัดรักษาในทุกกระบวนการและวิธีการของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดทุกรูปแบบ เพื่อเป็นการลดปัญหา หรือภาวะเสี่ยงอันตรายการแพร่ระบาด การสูญเสียจากยาเสพติดที่อาจเกิดกับตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นการป้องกันอันตรายโดยการเสริมสร้างให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายลดลงในขณะที่ยังไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ หรือสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้แต่โรคและอันตรายจากยาเสพติดนั้นยังคงอยู่ เป็นการยืดหยุ่นวิธีการรักษาที่ยึดความพร้อมของผู้ติดยาเสพติดเป็นฐานโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และความเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติดเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาสังคม และใช้หลักการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านและมีมาตรการที่สำคัญคือการให้ยาทดแทนระยะยาวในกลุ่มผู้เข้ารับการบาบัดรักษาที่ใช้ยาประเภทฝิ่น และอนุพันธุ์ของฝิ่น เช่น เมทาโดน บูพรีนอร์ฟีน เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้ให้การบำบัดรักษาต้องยึดหลักการลดอันตรายจากยาเสพติดตั้งแต่การคัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามหลังการบำบัดรักษา โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อเป็นการลดอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด

2. ป้องกัน และดูแลโรคแทรกซ้อนทางกายและจิตจากการใช้ยาเสพติดการติดเชื้อที่สำคัญในผู้ใช้ยาเสพติด ด้วยวิธีฉีด เช่น เชื้อ HIV, Hepatitis B, Hepatitis C โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคทางจิตเวช เป็นต้น

3. จูงใจให้ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด เลิกใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย ลดการฉีดและหยุดฉีด เช่น การให้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาวรวมถึงจูงใจผู้ใช้ยาเสพติดอื่นๆ ให้ลด ละ เลิกด้วย

4. ช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดสามารถปรับตัวเองให้ลดการใช้ยาเสพติดลง ธำรงสถานภาพการไม่กลับไปเสพซ้ำให้นานขึ้น และหาแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างปลอดภัย จนถึงหยุดใช้ยาเสพติดได้ในที่สุด

**เป้าหมายการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด**[2]

กรมการแพทย์ได้กำหนดเป้าหมายการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อลดอันตราย และผลกระทบต่างๆ ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด รวมถึงป้องกัน และดูแลภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดชนิดต่างๆ เช่น การติดเชื้อที่สำคัญในผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด เช่น เชื้อ HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, เชื้อวัณโรค และภาวะทางจิตเวช โดยจูงใจให้ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด เลิกใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย และหยุดฉีด เช่น การให้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว ทั้งนี้เป้าหมายสูงสุด คือการช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดสามารถปรับตัวเองให้ลดการใช้ยาเสพติดลงและธำรงสถานภาพการไม่กลับไปเสพซ้ำให้นานขึ้น และหาแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างปลอดภัย จนกระทั่งหยุดใช้ยาเสพติดได้ในที่สุด

**วิธีดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด**

1. สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติด อันตรายจากการใช้ยาเสพติดและเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกให้กับ ผู้ให้บริการผู้รับบริการผู้ป่วย ญาติและประชาชน

2. ให้บริการควบคู่ไปกับกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในทุกวิธีการ ของกระบวนการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการจนสามารถกลับไปอยู่ในชุมชน

3. การลดอันตรายจากยาเสพติดจึงมิได้มุ่งเป้าหมายแต่เพียงผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น แต่หมายรวมถึงความปลอดภัยของผู้ใช้ยาเสพติด และบุคคลรอบข้างแบบองค์รวม ไม่ว่าจะเกิดจากการใช้ยาเสพติดชนิดใดและระดับการติดใด นอกจากนี้ในปัจจุบันยังมีการพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่องให้ทันกับรูปแบบการใช้และอันตรายที่เกิดจากยาเสพติดตัวใหม่ หรือแม้แต่การใช้ยาเสพติดร่วมกันหลายชนิด (Multiple drug) ด้วยชุดบริการต่างๆ

4. กรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ทันทีสามารถเลือกใช้ชุดบริการต่างๆ ตามหลักวิชาการ ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และตามศักยภาพของหน่วยบริการเพื่อจูงใจให้ปรับตัวในการลดการใช้ยาเสพติด สามารถดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสงคมได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดผลกระทบทางลบจนสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ หากเกินศักยภาพสามารถพิจารณาส่งต่อตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

**ชุดบริการ**

1. การส่งเสริม/สนับสนุนการใช้เข็มและกระบอกฉีดยา หรืออุปกรณ์ในการเสพที่สะอาด
2. การให้ยาทดแทน เช่น เมทาโดน บูพรีนอร์ฟีน
3. การตรวจเลือดและการให้คำปรึกษาโรคเอดส์
4. การให้ยาต้านไวรัสเอดส์
5. การป้องกันและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
6. การแจกถุงยางอนามัย
7. การให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง และการสื่อสารที่ถูกต้อง
8. การให้วัคซีนป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยและการรักษาไวรัสตับอักเสบบี
9. การตรวจวินิจฉัยและการรักษาไวรัสตับอักเสบซี
10. การป้องกัน วินิจฉัย และรักษาวัณโรค
11. การให้บริการสุขภาพพื้นฐาน รวมถึงการป้องกันและการจัดการใช้ยาเกินขนาด
12. การให้บริการต่อผู้ใช้ยาเสพติดที่ถูกจำคุกจากคดีอาญา
13. การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อให้การบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดสามารถดำเนินการได้การลดตราบาปที่เป็นอุปสรรคในการเผชิญหน้ากับผู้ใช้ยาเสพติด
14. การให้การช่วยเหลือทางจิต สังคม และการเงิน
15. การเข้าถึงบริการด้านกฎหมายและความยุติธรรม
16. การใช้โปรแกรมสาหรับเด็กและเยาวชน
17. การสนับสนุนด้านการศึกษา ฝึกอาชีพ และการเงิน
18. การให้บริการแก่เพศที่อ่อนไหว
19. การตรวจวิเคราะห์สารเสพติดที่ใช้
20. การให้การสนับสนุนทางสังคม และการสงเคราะห์ เช่น บ้าน ที่พักพิงชั่วคราว การจ้างงาน เป็นต้น

**การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด มูลนิธิรักษ์ไทย**[3]

**นิยาม** “การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด” คือ การลดความเสี่ยงและอันตรายที่เกิดกับผู้ใช้สารเสพติด ครอบครัว ชุมชน สังคม โดยเคารพการตัดสินใจของผู้ใช้สารเสพติดแต่ละบุคคล

**“ผู้ใช้สารเสพติด”** คือ บุคคลที่มีการใช้สารเสพติดทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย หลักการคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน ยอมรับในความเป็นตัวตนและเคารพการตัดสินใจของผู้ใช้สารเสพติดแต่ละบุคคล

**แนวทางการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด** คือ นโยบาย แผนงาน และวิธีการปฏิบัติต่างๆ ที่เป็นการลดความเสี่ยงและผลกระทบต่อตัวผู้ใช้สารเสพติด ครอบครัว ชุมชน สังคม ทั้งด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ โดยมุ่งเน้นผู้ใช้สารเสพติดเป็นศูนย์กลาง เคารพการตัดสินใจของผู้ใช้สารเสพติดรายบุคคลในการลดละ หรือเลิก สารเสพติด โดยไม่มีการสนับสนุนการใช้ยาอย่างเสรี

**วิธีดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด**

1. จัดทำนโยบาย แผนงาน ให้สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งการจัดบริการโดยรัฐ ชุมชน และภาคประชาสังคมเพื่อสนับสนุนการลดอันตราย
2. จัดบริการที่สอดคล้องกับบริบท มีความหลากหลาย และสนับสนุนการลดอันตราย ผู้ให้บริการในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ต้องยอมรับตัวตนและการตัดสินใจของผู้รับบริการ รักษาความลับ มีความเข้าใจต่อครอบครัว และสังคมรอบข้างของผู้ใช้สารเสพติด และต้องไม่ตีตราหรือเลือกปฏิบัติต่อผู้ใช้สารเสพติด
3. การสนับสนุนศักยภาพและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ใช้สารเสพติด รวมถึงการลดการตีตราตัวเอง
4. สื่อสาร โดยจัดทำแผนการสื่อสารกับผู้บังคับใช้กฎหมาย ผู้จัดบริการ ผู้รับบริการ และประชาชนทั่วไป
5. ติดตามแผนงาน นโยบาย บริการ การสื่อสาร และผู้ใช้สารเสพติด

**ชุดบริการ**

| ชุดบริการ 3 ด้าน รวม 16 ชุดบริการ | | |
|---|---|---|
| 1. ด้านยาเสพติด 4 ชุด<br>- ให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด<br>- บำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว<br>- จัดบริการป้องกันและดูแลการใช้ยาเกินขนาด<br>- ส่งเสริมให้สมัครใจบำบัด | 2. ด้านสุขภาพกายและจิต 8 ชุด<br>- ให้ความรู้การติดโรคต่างๆ เช่น เชื้อ HIV<br>- ให้คำปรึกษาและตรวจเชื้อ HIV ด้วยความสมัครใจและส่งต่อการรักษา<br>- ให้คำปรึกษา ตรวจหา และส่งต่อการรักษาติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี<br>- การสนับสนุนเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด<br>- การแจกถุงยางอนามัย<br>- การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์<br>- การตรวจ วินิจฉัย และรักษาวัณโรค<br>- การให้คำปรึกษาด้านจิตเวช | 3. ด้านสังคม 4 ชุด<br>- การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครภาคประชาสังคมและเจ้าหน้าที่รัฐ<br>- กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน<br>- พื้นที่ปลอดภัยกับ (Drop in center) ดำเนินกิจกรรมลดอันตรายฯ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน<br>- จัดบริการให้คำปรึกษาด้านกฎหมายแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ปฏิบัติงาน |

**ความสอดคล้องหลักการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) ระหว่างกรมการแพทย์ และมูลนิธิรักษ์ไทย**

1. เป้าหมายครอบคลุมผู้ติดยาเสพติดครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชนศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และความเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อให้ผู้เสพสามารถ หยุดเสพยาได้ และไม่สนับสนุนการใช้ยาโดยเสรี

2. เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาสังคม โดยนโยบาย แผนงาน สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งการจัดบริการโดยรัฐ ชุมชน และภาคประชาสังคม เพื่อสนับสนุนการลดอันตรายจากยาเสพติด

3. การลดอันตรายจากยาเสพติดมิได้มุ่งเป้าหมายเฉพาะผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเท่านั้น แต่รวมถึงความปลอดภัยของผู้ใช้ยาเสพติดทุกประเภทไม่ว่าจะใช้ยาเสพติดชนิดใดแบบองค์รวมและสนับสนุนศักยภาพและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ใช้สารเสพติด รวมถึงการลดการตีตราตัวเอง

4. ต้องมีแผนการสื่อสารกับผู้บังคับใช้กฎหมาย เสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกให้กับ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้ป่วย ญาติ และประชาชน

## บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นมาตรการที่ต้องทำควบคู่กับกระบวนการบำบัดรักษา ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามหลังการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข โดยเชื่อมโยงกับศูนย์คัดกรอง และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามประมวลกฎหมาย ทั้งนี้ความเข้าใจในคำนิยาม ขอบเขตการให้บริการ และสถานที่ที่สามารถจัดบริการ ยังมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกันทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการดำเนินการที่สำคัญ เพื่อให้การดูแลผู้ติดยาเสพติดมีคุณภาพ มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดตั้งคณะทำงานจัดทำและพัฒนาข้อเสนอแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ภายใต้คณะอนุกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อเป็นเวทีในการหารือร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

2. การบริการลดอันตรายจากยาเสพติด ต้องทำควบคู่กับการบำบัดรักษา โดยจะต้องมีการปรับทัศนคติที่ว่าเป็นการยืดหยุ่นในการบำบัดรักษา โดยยึดความพร้อมของผู้ติดยาเสพติดเป็นฐาน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติด และมุ่งเน้นให้เกิดความปลอดภัยทั้งด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในขณะที่ยังไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติด หรือสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้

3. จัดทำแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดจากกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นและกลุ่มสารกระตุ้น ภายใต้ประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการคัดกรองการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และการประเมินผลการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2565 เพื่อให้มีความชัดเจนและมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยยึดแนวทางจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชนนี (สบยช.) กรมการแพทย์ เป็นหลัก และถอดบทเรียนจากพื้นที่เดิมที่มีอยู่ รวมถึงเพิ่มเติมบริการที่ยังไม่มีโดยเฉพาะการลดอันตรายจากยาเสพติดในกลุ่มสารกระตุ้น เช่น ยาบ้า

4. จัดทำหลักสูตรการอบรมบุคลากรการดำเนินงานและให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติด และฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งตำรวจ ฝ่ายปกครอง ชุมชน ภาคประชาสังคม และหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด

5. สนับสนุนให้หน่วยบริการของภาคประชาสังคมเป็นหน่วยรับบริการการส่งต่อตามหลักสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งหน่วยรับบริการส่งต่อต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนโดยสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข โดยขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (ประเภทผู้ป่วยนอก)

6. กรมการแพทย์จัดทำมาตรฐานสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ประเภทผู้ป่วยนอกเพิ่มเติมภายใต้ประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจัดตั้งและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2565 เพื่อสอดรับกับหลักการของการลดอันตรายจากยาเสพติดที่ไม่จำเป็นต้องอยู่รับยาแบบผู้ป่วยใน ทั้งนี้สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจะต้องขึ้นทะเบียนที่สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระกรวงสาธารณสุข (สลบ. สธ.) โดยใบทะเบียนที่ได้รับการประเมินมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดจะไม่มีวันหมดอายุ เว้นแต่ถูกพักใช้ถูกเพิกถอนการขึ้นทะเบียน หรือมีการแจ้งขอยกเลิกการเป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด[4]

## เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. (2564, 8 พฤศจิกายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 137 ตอน 24 ก. หน้า 13-54.

2.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; .2565.

3. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. 2566. นิยามแนวทางการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดและมาตรฐานในการดำเนินงานและให้บริการ. ประชุมคณะทำงานจัดทำและพัฒนาข้อเสนอแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ครั้งที่ 1/2566. ห้องประชุม 2 อาคาร 1 ชั้น 2 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

4. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. อนุบัญญัติว่าด้วยประกาศและระเบียบคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด 2566; 1(1): 1-14.

# วิวัฒนาการการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดประเทศไทย

# The Evolution of Operation on Drug Abuse Harm Reduction in Thailand

ศศิธร คุณธรรม[1]

## ความเป็นมา

การแก้ไขปัญหายาเสพติดเดิมนั้น เน้นการปราบปราม จับกุม คุมขังผู้เสพยา โดยมองว่าผู้เสพยาเสพติดกระทำความผิด ฝ่าฝืนกฎหมาย สร้างปัญหาทางสังคม ซึ่งในการบำบัดแบบเดิมเป็นการบำบัดรักษาเพื่อบังคับให้เลิกยาอย่างเด็ดขาด (Total abstinence) แต่ผลลัพธ์พบการกลับไปเสพซ้ำสูง การเข้าสู่ระบบการบำบัดฯน้อยและอัตราการคงอยู่ในระบบต่ำ ส่วนแนวคิดใหม่นั้น ใช้หลักการของความเป็นมนุษย์ (Humanize) ซึ่งเป็นแนวทางสากลที่ยอมรับผู้ติดยาเสพติดเป็นมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลรักษา เป็นผู้ป่วยโรคสมองติดยาเรื้อรัง (Chronic Brain disease) ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องเท่าเทียมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ มาตรการของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction) มุ่งเน้นลดผลกระทบทางลบที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดและป้องกันอันตรายในขณะที่ยังไม่พร้อมหยุดใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในระบบบริการสาธารณสุข ได้รับการดูแลแบบองค์รวม รอบด้าน ประคับประคองให้ลด ละ เลิกมากกว่าที่จะให้หยุดใช้ยาโดยทันที ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลต่อการลดการติดเชื้อ ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคต่างๆ ที่มาจากการเสพยาเสพติด มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และมีความคุ้มค่าคุ้มทุนทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ สามารถลดจำนวนผู้ที่ใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย ลดภาระค่าใช้จ่ายของตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ลดอัตราการเสียชีวิต สามารถเพิ่มการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา

## การดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด (Harm reduction)

**ปี พ.ศ. 2549 ถึง 2551**

1. ทบทวนนโยบาย กฎหมาย ระเบียบของประเทศไทยที่สนับสนุนหรือเป็นข้อจำกัดในการนำมาตรการลดอันตรายและผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยทั้งด้านการให้บริการ การบังคับใช้กฎหมาย และการสงเคราะห์อื่นๆ เนื่องจากมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทย แม้จะมีการนำมาใช้อยู่บ้างแล้ว แต่ก็มิได้มีการนำมาใช้อย่างจริงจังและถูกต้องเป็นทางการ ทำให้ไม่อาจขยายผลไปสู่การปฏิบัติอย่างกว้างขวาง พบเกิดจากปัญหาสำคัญที่เป็นข้อจำกัดสองประการ คือ

ประการแรก ขาดความชัดเจนด้านนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงมีเพียงโครงการ/กิจกรรมและแนวทางปฏิบัติเป็นการภายในของแต่ละหน่วยงานที่เห็นความสำคัญของปัญหานี้ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ไม่อาจเผยแพร่หรือขยายผลในวงกว้างต่อไปได้

ประการที่สอง มาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่เอื้อต่อการนำมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาไปสู่การปฏิบัติ เพราะเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานตลอดทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องขาดความมั่นใจ หรือเกรงกลัวต่อการถูกกล่าวหาว่าปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ หรือมีส่วนร่วมในการกระทำความผิดเนื่องจากไม่มีกฎหมาย หรือระเบียบรองรับอย่างชัดเจน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

2. จัดทำโครงการ ให้บริการเข้าถึงชุมชนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงและผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยา (Drug and HIV/Aids Outreach Program) ปี พ.ศ. 2549 นำร่อง 3 หน่วยงาน ได้แก่ สถาบันธัญญารักษ์ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ และศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา

3. พัฒนาบริการ Drop in center “บ้านอุ่นไอรัก” เพื่อเป็นพื้นที่สาธิตในการให้บริการสำหรับผู้ใช้ยาที่อยู่ในชุมชนที่ยังไม่เข้าสู่ระบบบริการ ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ สถาบันธัญญารักษ์ โดยเริ่มจากผู้รับบริการ 1 คนที่มาจาก Outreach Program จนกระทั่งปี พ.ศ. 2559 มีสมาชิกบ้านอุ่นไอรัก 82 คน

**ปีพ.ศ. 2552 ถึง 2554**

1. พัฒนาการทำงานรูปแบบเครือข่ายแบบบูรณาการ การทำงานของหน่วยภาครัฐ ประกอบด้วย สาธารณสุข ฝ่ายปกครองและผู้รักษากฎหมาย ผู้นำชุมชนและภาคประชาสังคม

2. พัฒนาหลักสูตร 3 หลักสูตร คือ การลดอันตรายจากการใช้ยา เพื่อนช่วยเพื่อน และการให้เมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy)

3. อบรมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกยาเสพติด เรื่องลดอันตรายจากการใช้ยา

4. อบรมพัฒนาอาสาสมัครเพื่อนช่วยในการลงพื้นที่เพื่อค้นหาผู้ใช้ยาเสพติด

5. ขยายการบริการเชิงรุก (Outreach Program) ค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดรายใหม่ในชุมชน

6. พัฒนาระบบส่งต่อผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ร่วมกับสำนักอนามัยกรุงเทพมหานครและเครือข่ายภาคประชาสังคม

7. ขยายรูปแบบ การจัดบริการ Drop in Center 9 แห่ง

8. พัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ใช้ในการติดตามและศึกษาสถานการณ์เอดส์ในผู้ใช้ยาเสพติด รวมถึงจัดทำฐานข้อมูลกลางในรูปแบบเว็บไซต์เพื่อใช้เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน และจัดบริการศูนย์ปรึกษาออนไลน์

9. สังเคราะห์และนำเสนอกระบวนการลดอันตรายและแก้ปัญหาเอดส์ในกลุ่มผู้ใช้ยาเพื่อผลักดันนโยบายในการตอบสนองสิทธิทางการแพทย์และสาธารณสุข

**ปี พ.ศ. 2555 ถึง 2557**

1. พัฒนาระบบการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย โดยอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จัดพิมพ์เผยแพร่คู่มือการรับ - ส่งต่อ

2. ทดลองให้บริการ VCT&STI เคลื่อนที่ ณ ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 2 แห่ง

3. พัฒนาคู่มือการลดอันตรายที่สมบูรณ์แบบของประเทศไทย ที่เป็นชุดบริการแบบครบวงจร ให้ผู้ใช้ยาเสพติดแต่ละคนได้เข้าถึงบริการทุกด้านอย่างเหมาะสมและทั่วถึงโดยหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม พร้อมทั้งจัดพิมพ์เผยแพร่ ประกอบด้วยบริการ ๑๐ ด้าน

ก. บริการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี ประกอบด้วย

1.การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเองรวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด

2. การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว ได้แก่ เมทาโดน

3. การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด

4. การแจกถุงยางอนามัย

ข. บริการตรวจรักษา ประกอบด้วย

5. การให้คำปรึกษา และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ และส่งต่อรับบริการดูแลรักษา

6. การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

7. การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาวัณโรค

ค. บริการด้านจิตใจและการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด ประกอบด้วย

8. กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

9. การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด

10. การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพรวมถึงกิจกรรมกลับสู่สังคม และการป้องกันการเสพติดซ้ำ

4. พัฒนาหลักสูตรและจัดอบรมบุคลากรเพื่อเป็นวิทยากรหลักแต่ละภูมิภาค จำนวน 3 หลักสูตร ได้แก่

1) HARM reduction

2) Methadone maintenance therapy และ

3) การปรับเปลี่ยนทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ใช้ยาเสพติด

5. จัดอบรมหลักสูตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด แก่บุคลากรในพื้นที่ 19 จังหวัด

6. พัฒนาบุคลากรเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติในการทำงานกับผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด ในพื้นที่ 19 จังหวัด

7. ทบทวนนโยบาย กฎหมาย ระเบียบของประเทศที่เป็นข้อจำกัดในการนำมาตรการการลดอันตรายและผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทย ทั้งด้านการให้บริการ การบังคับใช้กฎหมาย

8. ประชาพิจารณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จัดทำร่างนโยบายการลดอันตรายพร้อมนำเสนอใน

9. อบรมตำรวจ ป.ป.ส.ภาคและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อลดการตีตราเกี่ยวกับโปรแกรมการลดอันตรายแบบองค์รวม ในพื้นที่ 19 จังหวัด

10. จัดประชุมวิชาการการลดอันตรายจากการใช้ยาระดับภูมิภาค 3 ภูมิภาคและระดับชาติ

**ปี พ.ศ. 2558 ถึง 2559**

1. จัดทำมาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวของประเทศไทย พ.ศ. 2558

2. ผลักดันนโยบาย ให้ดำเนินงานตามมาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวของประเทศไทยครอบคลุมทั่วประเทศ มีหนังสือลงนามโดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการคลินิกเมทาโดนทั่วประเทศให้ดำเนินงานตามมาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวของประเทศไทย

4. นำรูปแบบและมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด พัฒนาสู่การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูงภายใต้โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ในพื้นที่ที่มีการลักลอบปลูกฝิ่นจำนวนมาก 7 อำเภอ ของ 3 จังหวัด ได้แก่ อำเภอไชยปราการ เชียงดาว แม่แตง เวียงแหง อมก๋อยจังหวัดเชียงใหม่ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน และอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก พัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดฝิ่นในชุมชน ได้เป็น Best Practice ให้พื้นที่อื่นๆ ศึกษาดูงาน ที่มี**จุดเด่น คือ การพัฒนากระบวนการบำบัดฟื้นฟูฯผู้ติดฝิ่น** ในรูปแบบการบูรณาการสหสาขา ครอบคลุมทุกมิติ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครองและท้องถิ่น ผู้รักษากฎหมาย ฝ่ายความมั่นคง ผู้นำและแกนนำชุมชน มีผลงานเชิงประจักษ์ได้รับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ประเภทบูรณาการ การบริการที่เป็นเลิศในระดับดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2559 จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร)

**ปี พ.ศ. 2560 ถึง 2562**

1. ผลักดันให้หน่วยบริการ ให้บริการเมทาโดนตามแนวทางการลดอันตรายใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) และสนับสนุนจูงใจให้เบิกจ่ายค่าบริการเมทาโดนระยะยาว (MMT) เชิญชวนสื่อมวลชน ทำข่าวประชาสัมพันธ์พื้นที่ที่ให้บริการเมทาโดนระยะยาวที่มีบริการรอบด้าน เช่น โรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก โรงพยาบาลแม่แตง และโรงพยาบาลไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. ทำ MOU เรื่องแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) กับ 12 หน่วยงานภาคีเครือข่าย เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2560 ในงานประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติครั้งที่ 18 ที่เมืองทองธานี

3. พัฒนาการบริการลดอันตรายจากยาเสพติดแบบรอบด้าน (Comprehensive care unit) ในโรงพยาบาลธัญญรักษ์ทั้ง 6 แห่ง และสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

4. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ให้กับบุคลากรสาธารณสุข ผู้ให้บริการพื้นที่ดำเนินการตามนโยบาย Harm Reduction (36 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร)

5. พัฒนาระบบบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ได้ Best Practice 19 แห่ง ใน 13 เขตสุขภาพ

6. พัฒนาศักยภาพคลินิกเมทโดนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แก่คลินิกยาเสพติดทั่วประเทศ 62 แห่ง (เอกชน 11 แห่ง)

# สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567)

# Situation of Treatment and Rehabilitation of Drug Addicts (October 2023 to March 2024)

สุรพงษ์ ผานาค[1], มุสลีมะห์ กือจิ[2]

การดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มุ่งเน้นการดูแลผู้ใช้ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา แก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของการเสพติด โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคม ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อลด ละ เลิกยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการสงเคราะห์และติดตามดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ผ่านการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการป้องกัน ปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมทั้งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข ประกอบอาชีพ การศึกษา ได้รับสวัสดิการ และการสงเคราะห์อื่นๆ ตามความจำเป็นและเหมาะสม[1]

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้มีการปรับระบบการบำบัดรักษาจากเดิม คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ เป็นการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาตามมาตรา 113 และมาตรา 114 หากกรณีไม่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ให้ส่งตัวไปยังศาลซึ่งการพิพากษาคดีของศาลให้คำนึงถึงการสงเคราะห์ให้จำเลยเลิกเสพยาเสพติด ซึ่งการพิพากษาคดีของศาลให้คำนึงถึงการสงเคราะห์ให้จำเลยเลิกเสพยาเสพติดโดยการบำบัดรักษายิ่งกว่าการลงโทษ และถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่น ซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ในกรณีที่ศาลเห็นว่าพฤติการณ์แห่งคดียังไม่สมควรลงโทษจำเลย หากจำเลยสำนึกในการกระทำโดยตกลงเข้ารับการบำบัดรักษา เมื่อศาลสอบถามพนักงานอัยการแล้ว หากศาลเห็นสมควรให้ส่งตัวจำเลยไปสถานพยาบาลยาเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาต่อไป (มาตรา 168) หรือให้ศาลที่พิจารณาพิพากษาคดีดังกล่าวมีอำนาจเปลี่ยนโทษจำคุกเป็นการใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (มาตรา 166) หรือประมวลกฎหมายอาญา (มาตรา 39) หรือนำเงื่อนไขเพื่อคุมความประพฤติข้อเดียวหรือหลายข้อตามมาตรา 56 แห่งประมวลกฎหมายอาญา มาใช้แทนการลงโทษ ตามระยะเวลาที่ศาลกำหนดแต่ต้องไม่เกินกว่าสองปี[1]

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

[2] นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

## ผลการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

### การจำแนกผู้ป่วยตามการบำบัดรักษาทางการแพทย์

การบำบัดรักษาทางการแพทย์ (Medical treatment) หมายถึง การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งรวมตลอดถึงการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษาด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพการลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามหลังการบำบัดรักษา ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข[1]

ในกระบวนการนำผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่การบำบัดรักษาและฟื้นฟู ในขั้นตอนการคัดกรองจะมีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดโดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก. กสธ.) V.2 ซึ่งจำแนกผู้ป่วยออกเป็น “ผู้ใช้” “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” และแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ซึ่งจะจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 4 ระดับ คือ สีแดง สีส้ม สีเหลือง และสีเขียว และภายหลังการจำแนกระดับความรุนแรงแล้ว สามารถดำเนินการส่งต่อเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา รายละเอียดดังนี้

**1. ผู้ป่วยกลุ่มสีแดง** หมายถึง เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย และกำลังแสดงอาการอาละวาด คลุ้มคลั่ง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) หรือ ประเมิน OAS เท่ากับ 3 คะแนน สามารถส่งตัวเข้ารับการบำบัดรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อให้การดูแลในภาวะฉุกเฉินจนกว่าอาการสงบ และส่งผู้ป่วยไปบำบัดรักษาในรูปแบบ acute care ที่โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลธัญญารักษ์ โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป

**2. ผู้ป่วยกลุ่มสีส้ม** หมายถึง เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย อยู่ในระยะอาการกำเริบ และมี 5 สัญญาณเตือน ที่จะก่อเหตุรุนแรง ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที่ยวหวาดระแวง หรือ ประเมิน OAS เท่ากับ 2 คะแนน สามารถส่งบำบัดที่สถานพยาบาลยาเสพติดที่เปิดบริการมินิธัญญารักษ์

**3. ผู้ป่วยกลุ่มสีเหลือง** หมายถึง เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย แต่อยู่ในระยะอาการสงบ หรือ ประเมิน OAS เท่ากับ 1 คะแนน สามารถส่งบำบัดที่สถานพยาบาลยาเสพติดระดับโรงพยาบาลชุมชน

**4. ผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว** หมายถึง เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย หรือ ประเมิน OAS เท่ากับ 0 คะแนน สามารถส่งบำบัดในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูทางสังคมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based Treatment and Rehabilitation; CBTx)

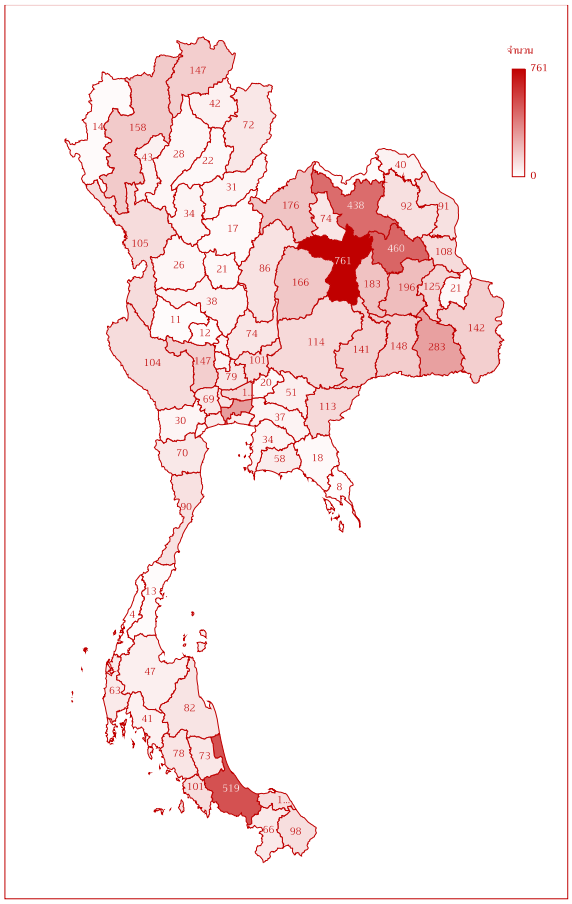
จากข้อมูลในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 มีนาคม 2567 มีจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมด 60,257 คน[2] จำแนกตามกลุ่มสีได้ดังนี้

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1) ผู้ป่วยกลุ่มสีแดง | จำนวน | 7,784 คน | คิดเป็นร้อยละ 13 |
| 2) ผู้ป่วยกลุ่มสีแดง | จำนวน | 3,022 คน | คิดเป็นร้อยละ 5 |
| 3) ผู้ป่วยกลุ่มเหลือง | จำนวน | 1,502 คน | คิดเป็นร้อยละ 2 |
| 4) ผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว | จำนวน | 47,949 คน | คิดเป็นร้อยละ 80 |

การกระจายตัวของผู้ป่วยกลุ่มสีแดง (SMI-V) เมื่อจำแนกตามที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย พบแนวโน้มของพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจังหวัดที่พบผู้ป่วยกลุ่มสีแดงมากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่

1) จังหวัดขอนแก่น 761 คน
2) จังหวัดสงขลา 519 คน
3) จังหวัดกาฬสินธุ์ 460 คน
4) จังหวัดอุดรธานี 438 คน
5) กรุงเทพมหานคร 291 คน
6) จังหวัดศรีสะเกษ 283 คน
7) จังหวัดร้อยเอ็ด 196 คน
8) จังหวัดมหาสารคาม 183 คน
9) จังหวัดเลย 176 คน
10) จังหวัดชัยภูมิ 166 คน

รายละเอียดข้อมูลรายจังหวัดของทั้งประเทศแสดงตามภาพที่ 1




ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยกลุ่มสีแดงรายจังหวัดตามที่อยู่ปัจจุบัน

**การจำแนกผลการดำเนินงานตามประเภทหน่วยบำบัด/ฟื้นฟู และต้นสังกัด**

จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในหน่วยงานต่าง ๆ สามารถจำแนกตามกระทรวงและกรมที่สังกัดได้ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด 48,227 คน แบ่งตามกรมสังกัด ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 38,682 คน กรมการแพทย์ 6,245 คน กรมสุขภาพจิต 3,294 คน และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) 6 คน

2. กระทรวงมหาดไทย มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด 1,750 คน แบ่งตามกรมสังกัด ได้แก่ กรมการปกครอง 19 คน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น 34 คน และกรุงเทพมหานคร 1,697 คน

3. กระทรวงกลาโหม มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด 1,359 คน แบ่งตามกรมสังกัด ได้แก่ กองทัพบก 185 คน กองทัพเรือ 285 คน และกองทัพอากาศ 889 คน

4. กระทรวงยุติธรรม มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด 8,921 คน แบ่งตามกรมสังกัด ได้แก่ กรมราชทัณฑ์ 8,209 คน และกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน 712 คน

รายละเอียดตามภาพการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแยกตามประเภทหน่วยงานที่บำบัด/ฟื้นฟู และต้นสังกัด แสดงตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู จำแนกตามประเภทหน่วยบำบัด/ฟื้นฟู และต้นสังกัด

| กระทรวง/ประเภทหน่วยงาน | กรมสังกัด | | | รวม |
|---|---|---|---|---|
| กระทรวงสาธารณสุข | สป.สธ. | กรมการแพทย์ | กรมสุขภาพจิต | |
| รพ.ศูนย์ / รพ.ทั่วไป | 7,353 | 17 | - | |
| โรงพยาบาลชุมชน | 26,485 | - | - | 26,485 |
| มินิธัญญารักษ์ | 1,382 | - | - | 1,382 |
| สอน. / รพ.สต. | 3,462 | - | - | 3,462 |
| โรงพยาบาลจิตเวช | - | - | 3,294 | 3,294 |
| โรงพยาบาลธัญญารักษ์ | - | 6,228 | - | 6,228 |
| รพ.บ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) | - | - | - | 6 |
| รวม | 38,682 | 6,245 | 3,294 | 48,227 |

| กระทรวงมหาดไทย | ปกครอง | ท้องถิ่น | กทม. | |
|---|---|---|---|---|
| สอน. / รพ.สต. | - | 34 | - | 34 |
| สถานฟื้นฟูสมรรถภาพฯ | 19 | - | 92 | 111 |
| สถานพยาบาล | - | - | 1,605 | 1,605 |
| รวม | 19 | 34 | 1,697 | 1,750 |

| กระทรวงกลาโหม | กองทัพบก | กองทัพเรือ | กองทัพอากาศ | |
|---|---|---|---|---|
| สถานฟื้นฟูสมรรถภาพฯ | 140 | - | 45 | 185 |
| สถานพยาบาล | 45 | 285 | 844 | 1,174 |
| รวม | 185 | 285 | 889 | 1,359 |

| กระทรวงยุติธรรม | | ราชทัณฑ์ | พินิจฯ | |
|---|---|---|---|---|
| เรือนจำ | | 8,209 | - | 8,209 |
| สถานพินิจฯ | | - | 187 | 187 |
| ศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน | | - | 525 | 525 |
| รวม | | 8,209 | 712 | 8,921 |

ที่มา: ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ณ วันที่ 3 เมษายน 2567

**ผลการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน**

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) หมายถึง รูปแบบการบำบัดรักษาเชิงบูรณาการ โดยเฉพาะต่อผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน เพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงการติดตาม[1]

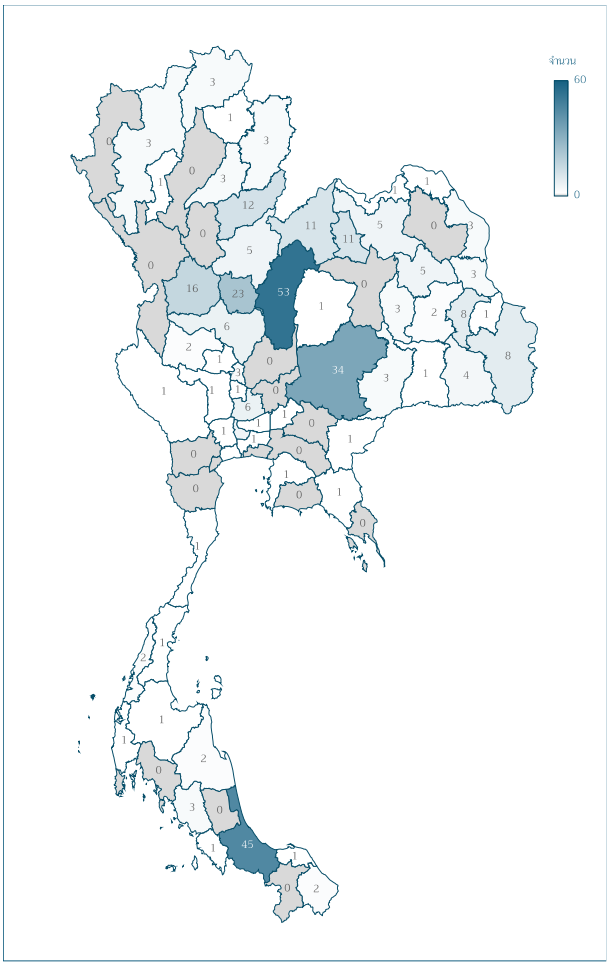
สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drug and Crime: UNODC) ได้นิยามการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ใช้ยาเสพติดและติดยาเสพติด หมายถึง รูปแบบการรักษาในเชิงบูรณาการ โดยเฉพาะต่อผู้ใช้ยาเสพติดและติดยาในชุมชนเพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การรักษาในระยะเริ่มต้น ถึงการรักษาแบบการถอนพิษยาและสร้างความเสถียรภาพ จนถึงการติดตาม

ผลการรักษาและการคืนผู้ป่วยสู่สังคม รวมถึงการบำบัดด้วยยาอย่างต่อเนื่อง[3] โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (สำนักงาน ป.ป.ส.) ได้กำหนดพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน CBTx จำนวนทั้งสิ้น 200 อำเภอ ใน 31 จังหวัด ได้แก่ อ่างทอง สระบุรี ปราจีนบุรี ศรีสะเกษ ชัยภูมิ บึงกาฬ หนองบัวลำภู ขอนแก่น อุดรธานี เลย หนองคาย ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ สกลนคร นครพนม มุกดาหาร ลำพูน ลำปาง น่าน พะเยา อุทัยธานี สุโขทัย กาญจนบุรี นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา สงขลา สตูล ยะลา นราธิวาส และปัตตานี[4]

ในช่วงปีงบประมาณ 2567 นี้ มีจำนวนหน่วยงานที่ดำเนินการ CBTx ทั้งหมด 322 แห่ง (ทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่เป้าหมาย) โดยจังหวัดที่มีจำนวนหน่วยงานที่ดำเนินการ CBTx มากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่

1) จังหวัดเพชรบูรณ์ 53 แห่ง
2) จังหวัดสงขลา 45 แห่ง
3) จังหวัดนครราชสีมา 34 แห่ง
4) จังหวัดพิจิตร 23 แห่ง
5) จังหวัดกำแพงเพชร 16 แห่ง
6) จังหวัดอุตรดิตถ์ 12 แห่ง
7) จังหวัดเลย 11 แห่ง
8) จังหวัดหนองบัวลำภู 11 แห่ง
9) จังหวัดยโสธร 8 แห่ง
10) จังหวัดอุบลราชธานี 8 แห่ง

รายละเอียดจำนวนหน่วยงานในแต่ละจังหวัด แสดงตามภาพที่ 2

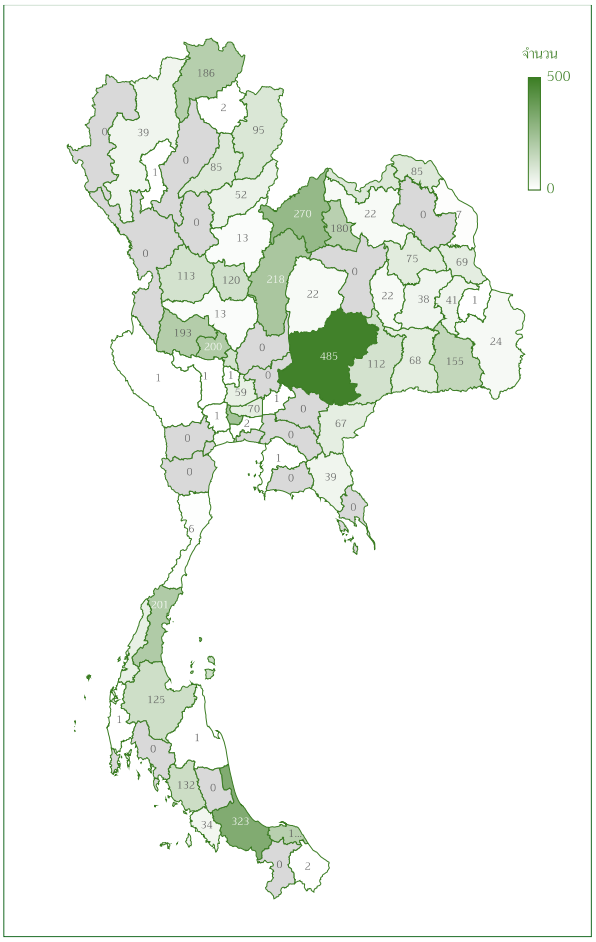



ภาพที่ 2 จำนวนหน่วยงานที่ดำเนินการ CBTx รายจังหวัด

ในช่วงเวลาเดียวกัน พบจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดใน CBTx ทั้งหมด 4,038 คน (ทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่เป้าหมาย) โดยจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดใน CBTx มากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่

| | |
|---|---|
| 1) จังหวัดนครราชสีมา | 485 คน |
| 2) จังหวัดสงขลา | 323 คน |
| 3) จังหวัดเลย | 270 คน |
| 4) จังหวัดนนทบุรี | 237 คน |
| 5) จังหวัดเพชรบูรณ์ | 218 คน |
| 6) จังหวัดชุมพร | 201 คน |
| 7) จังหวัดชัยนาท | 200 คน |
| 8) จังหวัดอุทัยธานี | 193 คน |
| 9) จังหวัดเชียงราย | 186 คน |
| 10) จังหวัดปัตตานี | 182 คน |

รายละเอียดจำนวนผู้ป่วยในแต่ละจังหวัด แสดงตามภาพที่ 3




ภาพที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดใน CBTx รายจังหวัด

นอกจากนี้ ยังพบว่ามี 20 จังหวัดที่ยังไม่มีการดำเนินการ CBTx ได้แก่ กระบี่ ขอนแก่น ฉะเชิงเทรา ตราด ตาก ปราจีนบุรี พัทลุง เพชรบุรี ภูเก็ต แม่ฮ่องสอน ยะลา ระยอง ราชบุรี ลพบุรี ลำปาง สกลนคร สมุทรปราการ สมุทรสงคราม สระบุรี และสุโขทัย โดยบางจังหวัดอยู่ในกลุ่มพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน CBTx ของสำนักงาน ป.ป.ส. ด้วย

**การติดตามผู้ป่วยภายหลังการบำบัดต่อเนื่องครบตามเกณฑ์ (Retention Rate)**

ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด คือ การติดตามผู้ป่วยภายหลังการบำบัด โดยการประเมินว่าติดตามได้ครบตามเกณฑ์ จะแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ ในกลุ่ม “ผู้ใช้” ต้องได้รับการติดตามช่วยเหลืออย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 1 ปี ส่วน “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ต้องได้รับการติดตามช่วยเหลือ อย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี โดยจะเริ่มนับผลการดำเนินงานเมื่อระยะเวลาครบ 1 ปี หลังจากวันที่บันทึกการประเมินผลและสิ้นสุดการบำบัดฟื้นฟูในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

ผลการดำเนินงานใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่า ในภาพรวม มีผู้ที่ครบกำหนดติดตามจำนวน 63,438 คน และสามารถติดตามได้ครบตามเกณฑ์จำนวน 33,668 คน คิดเป็น Retention Rate ได้เท่ากับร้อยละ 53[5] รายละเอียดเมื่อจำแนกตามกลุ่มสีแสดงตามตารางที่ 2

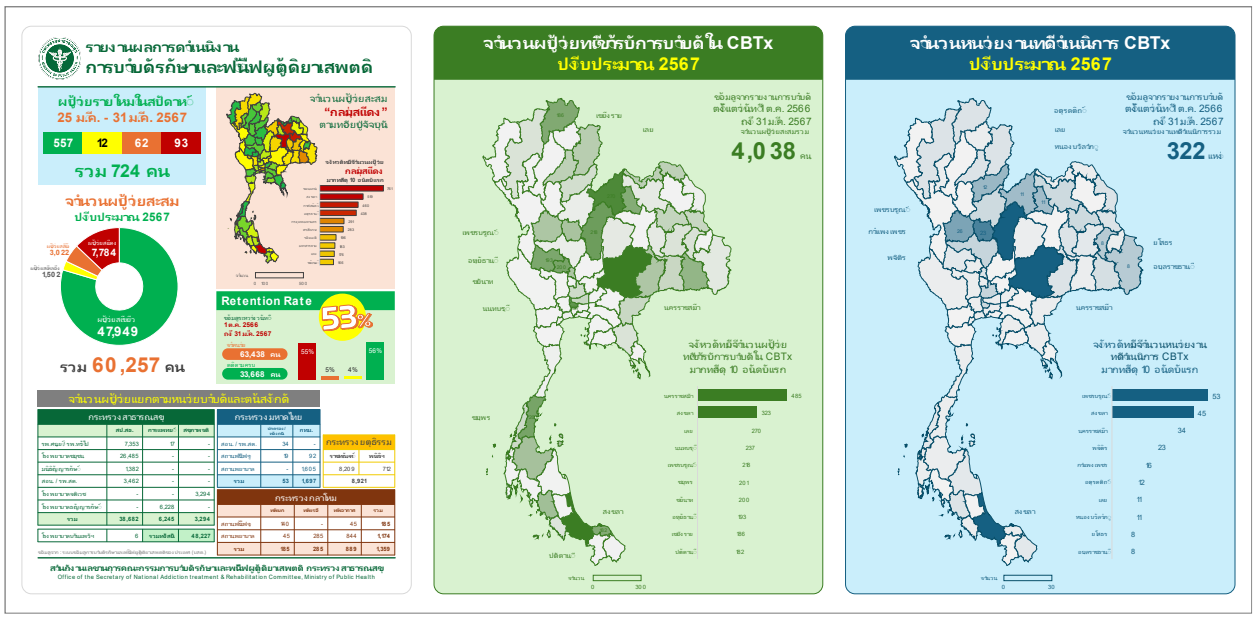
**ตารางที่ 2** รายละเอียด Retention Rate จำแนกตามกลุ่มสีของผู้ป่วย

| ประเภทผู้ป่วย | ครบกำหนดติดตาม (คน) | ติดตามครบตามเกณฑ์ (คน) | Retention Rate (ร้อยละ) |
|---|---|---|---|
| สีแดง | 6,019 | 3,300 | 54.83 |
| สีส้ม | 1,711 | 84 | 4.91 |
| สีเหลือง | 1,682 | 73 | 4.34 |
| สีเขียว | 54,026 | 30,211 | 55.92 |
| รวม | 63,438 | 33,668 | 53.07 |

ที่มา: ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ณ วันที่ 3 เมษายน 2567

## การนำเสนอผลการดำเนินงาน

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำภาพผลการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้แก่ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบรายงานสรุปแบบหน้าเดียว (One Page) เป็นประจำทุกสัปดาห์ รายละเอียดตามภาพที่ 4




ภาพที่ 4 รายงานสรุปผลการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด รายสัปดาห์

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/wpnrvtv5buow00088.pdf

2. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ. การดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmReports/

3. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and x.. CBTx)

ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/1u3m0cybpj9c4skgk4.pdf

4. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ. การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmReports/

5. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ. การติดตามผู้ป่วยภายหลังการบำบัดต่อเนื่องครบตามเกณฑ์ (Retention Rate) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmReports/

# การพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

# The Development of Network Partners in Preventing and Solving Drug Problems in Mueang District, Uttaradit Province

ประณิดา เลียวฤวรรณ์สืบ[1]

## บทคัดย่อ

การพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา ใช้รูปแบบเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ การนำไปปฏิบัติและการประเมินประสิทธิผลด้วยแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การคัดกรอง แยกประเภทผู้บำบัดรักษายาเสพติดของจังหวัดอุตรดิตถ์ 3 ปี ย้อนหลัง มีแนวโน้มที่ลดลง แต่ยังไม่เป็นที่น่าพอใจเพราะเมื่อเปรียบเทียบทั้งจังหวัดแล้ว อำเภอเมืองยังมีผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดเป็นจำนวนมาก

2. ผลการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ มีการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรมได้ผลอย่างดียิ่ง

3. ผลการศึกษาผลการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.48, S.D. = 0.54)

**คำสำคัญ:** การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, การพัฒนาภาคีเครือข่าย

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุตรดิตถ์

## Abstract

The Development of network partners in preventing and solving drug problems in Mueang Uttaradit District, Uttaradit Province. The objective is to develop network partners in preventing and solving drug problems in Mueang Uttaradit District., Uttaradit Province. The research method is research and development using a participatory action research : PAR. Consists of group discussions workshop Implementation and evaluation of effectiveness using a 5-level rating scale. Statistics and data analysis using percentages, frequencies, means and standard deviations. and content analysis. The research results found that

1. The results of the study of the screening situation Separate types of therapists Drugs in Uttaradit Province over the past 3 years have a decreasing trend to be still not satisfactory because when comparing the whole province in Mueang district still has a large number of drug users and addicts.

2. The results of the development of network partners in preventing and solving drug problems in Mueang Uttaradit District. Uttaradit Province. There has been concrete and integrated collaboration with relevant network partners with excellent results.

3. The results of the development of network partners in preventing and solving drug problems in Mueang Uttaradit District. Overall it is at the high level ($\bar{X}$ = 4.48, S.D. = 0.54)


**Keywords:** development of network partners, in preventing and solving drug problems.

## บทนำ

สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) ได้สรุปแนวโน้มสำคัญของสถานการณ์ยาเสพติดโลกว่า ผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 284 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.6 ของประชากรโลก และในช่วงอายุ 15 - 64 ปี มีอัตราการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 26 และมีการคาดการณ์ว่าผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 11 ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำ ยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุดในปัจจุบัน คือ กัญชา ประมาณ 209 ล้านคน รองลงมาคือกลุ่มโอปิออยด์ 61 ล้านคน แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ 34 ล้านคน โคเคน 21 ล้านคน และเอ็กซ์ตาซี 20 ล้านคน นอกจากนี้ พบว่าวัยเยาวชนเริ่มมีการใช้ยาเสพติดสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ ในส่วนของผลกระทบต่อสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 13.6 ของผู้เสพยาเสพติดทั้งหมดประสบความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติด โดยกลุ่มโอปิออยด์เป็นยาเสพติดที่สร้างผลกระทบต่อสุขภาพจนถึงขั้นเสียชีวิตมากที่สุดมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 77 ในขณะที่กัญชาทำให้เกิดอาการผิดปกติต่างๆ จากการใช้มากที่สุด มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 40 ในส่วนของมาตรการป้องกันและความครอบคลุมเพียงพอของการบำบัดรักษาความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติดในภาพรวมของโลกยังอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศรายได้ปานกลางและประเทศรายได้ต่ำ[1]

สถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ใช้สารเสพติด ประมาณ 1.96 ล้านคน และมีผู้ติดยาเสพติด ประมาณ 4.5 แสนคน โดยปัจจุบันมีแนวโน้มว่าเด็กและเยาวชนเข้าไปเกี่ยวข้อง เนื่องจากความอยากรู้อยากลองรวมทั้งประชาชนทั่วไปในกลุ่มผู้ที่ว่างงาน อีกทั้งมีปัจจัยจากสภาพแวดล้อม สังคม หรือค่านิยมต่างๆ ที่เป็นแรงผลักดัน ประกอบกับสถานการณ์มูลค่ายาเสพติดที่ลดลง ส่งผลให้หาซื้อยาเสพติดประเภทต่างๆ ได้ง่ายและก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม ปัญหาสุขภาพจิตของผู้เสพ รวมถึงผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศโดยรวม ประเภทของยาเสพติดที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย คือ ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา กระท่อม เฮโรอีนและสารอื่นๆ[2] และจากการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำ

ความผิดด้านการใช้ยาเสพติดของเด็กและเยาวชนไทย มีสาเหตุมาจาก 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ครอบครัวต่ำ ภาระเกินวัย แรงขับและการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย มีทัศนคติต่อยาเสพติดในทางบวก การควบคุมตนเองต่ำ จิตใจไม่มั่นคง ยึดถือตนเองเป็นศูนย์กลาง อยากรู้อยากลองและติดการเที่ยวเตร่ 2) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวบกพร่องการเลี้ยงดูไม่เหมาะสมและถูกปล่อยปละละเลย 3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและสังคมได้แก่ การคบหาสมาคมกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมการกระทำความผิด พื้นที่พักอาศัยหรือแหล่งชุมชนที่มีอัตราการกระทำผิดสูง มีแหล่งมั่วสุมและพื้นที่เสี่ยงต่อปัญหายาเสพติด และการไม่ได้รับโอกาสหรือถูกปฏิเสธจากสังคม[3]

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดเป้าหมาย 20 ปี ใน พ.ศ. 2579 คนไทยทุกคนปลอดภัยจากยาเสพติด การลดเยาวชนกลุ่มเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยงเป็นหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญตามนโยบายรัฐบาล เพื่อให้เยาวชนมีภูมิคุ้มกันต่อยาเสพติดและปัจจัยยั่วยุต่างๆ ฉะนั้นการป้องกันในกลุ่มเยาวชนเพื่อมิให้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหายาเสพติด จึงเป็นเจตจำนงและแนวนโยบายที่สำคัญของภาครัฐและองค์กรในภาคส่วนต่างๆ การปฏิบัติภารกิจด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมาย ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น[4]

สถานการณ์การแพร่ระบาดยาเสพติดในพื้นที่อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ มีจำนวน 158 หมู่บ้าน มีหมู่บ้านที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด 133 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นอัตราที่สูง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กและเยาวชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และกลุ่มวัยแรงงาน 21,601 คน มีความเสี่ยงที่จะติดสารเสพติด ได้แก่ กัญชา ยาบ้าและยาไอซ์ ดังนั้นสิ่งที่สำคัญ คือการจัดการดูแลเพื่อที่จะป้องกันไม่ให้เด็ก เยาวชนและวัยแรงงานติดสารเสพติด หากกระบวนการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนไม่มีความเข้มแข็งพอก็จะส่งผลให้เด็กและเยาวชน และกลุ่มวัยแรงงาน มีโอกาสที่จะไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดได้ง่ายขึ้น[5]

ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการและแก้ไขบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข การพัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพและปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมายและในฐานะที่เป็นหน่วยงานเลขานุการของการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ มีบทบาทในการทำหน้าที่ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน ให้เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาระการนำร่วมกัน ประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน แต่เนื่องจากการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ที่ผ่านมายังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร แต่ละหน่วยงานต่างฝ่ายต่างทำงานในภารกิจของตนไม่มีการประสานงานอย่างใกล้ชิด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ โดยผู้วิจัยจึงดำเนินการพัฒนาภาคีเครือข่ายความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหายาเสพติดในชุมชนตามแผนปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2566 ที่ได้วางแนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดไว้ว่ามุ่งเน้นการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ของคนในชุมชน เสริมสร้างความแข็งแกร่งให้กับชุมชนจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและข้อมูลการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

2. เพื่อพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ และนำไปสู่การปฏิบัติ

3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ใช้รูปแบบเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีขอบเขตดังต่อไปนี้

1. ขอบเขตด้านประชากร

1.1 ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองจากที่ว่าการอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จำนวน 7 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จำนวน 24 คน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 10 คน ตำรวจปราบปรามยาเสพติด จำนวน 20 คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 18 คน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 158 คน ผู้ใช้เสพยาเสพติด จำนวน 245 คน รวมทั้งสิ้น 484 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อศึกษาบริบทและข้อมูล การพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 1 คน ตำรวจปราบปรามยาเสพติดจำนวน 1 คน กำนัน จำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 9 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

1.3 กลุ่มตัวอย่างในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองจากที่ว่าการอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จำนวน 3 คน ตำรวจปราบปรามยาเสพติด จำนวน 2 คน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 16 คน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 24 คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 18 คน รวมทั้งสิ้น 67 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

1.4 กลุ่มตัวอย่างในการนำแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองจากที่ว่าการอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จำนวน 7 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 24 คน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 2 คน ตำรวจปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) จำนวน 6 คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 18 คน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 158 คน รวมทั้งสิ้น 224 คน โดยกำหนดคุณสมบัติเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ในระดับชุมชน

1.5 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาผลการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองจากที่ว่าการอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จำนวน 3 คน ตำรวจปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) จำนวน 2 คน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 16 คน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 12 คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 18 คน ผู้แทนกลุ่มเสี่ยงเสพยาเสพติด จำนวน 50 คน รวมทั้งสิ้น 105 คน ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ในระดับชุมชน

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตาม 5 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การศึกษาบริบทและข้อมูลการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม โดยขั้นตอนนี้ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม 2566

**ขั้นตอนที่ 2** การออกแบบและหาวิธีการหรือแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้วิจัยใช้วิธีการ ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิคการระดมสมอง ขั้นตอนนี้ดำเนินการในเดือน กรกฎาคม 2566

**ขั้นตอนที่ 3** การนำไปสู่การปฏิบัติในการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นภาคีเครือข่าย นำวิธีการหรือแนวทางที่เหมาะสมไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัย ติดตามผลและสังเกตการณ์ทุกเดือน โดยจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 16 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2566 ถึง พฤศจิกายน 2566 ดังนี้ 1) ดำเนินการประชุมศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ เดือนละ 1 ครั้ง 2) ประชาคมหมู่บ้านทุกตำบล จำนวน 17 ตำบล 158 หมู่บ้าน เพื่อหารายชื่อกลุ่มเสี่ยงยาเสพติดและจัดทำทะเบียนรายชื่อแยกรายหมู่บ้าน 3) พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการบำบัดในระหว่างการบำบัด เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 5 ครั้ง 4) ดำเนินการบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ในระหว่างการบำบัดเดือนละ 1 ครั้ง 5) บำบัดโดยกระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) จำนวน 5 ครั้ง 6) ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเสพสารเสพติดทุกหมู่บ้าน โดยดำเนินการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด พบผู้ใช้ยาเสพติด จำนวน 245 คน

**ขั้นตอนที่ 4** ภาคีเครือข่ายดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดเขตอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่มีสารเสพติดในปัสสาวะ ที่สมัครใจเข้าร่วมการบำบัด จำนวน 157 คน เพื่อคัดกรองการใช้สารเสพติดของกลุ่มเสี่ยง แล้วนำไปเข้าค่ายศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม จำนวน 15 วัน ขั้นตอนนี้ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2566

**ขั้นตอนที่ 5** การประเมินระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างว่าการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์นั้น บรรลุผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ผู้วิจัยใช้วิธีการแจกแบบสอบถามไปที่หน่วยงานแต่ละแห่ง โดยขั้นตอนนี้ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2566

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวน 4 ชุด ดังนี้

**ชุดที่ 1** ประเด็นสนทนากลุ่ม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับสภาพการบริหารจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ที่ผ่านมา จุดเด่นหรือจุดที่ควรพัฒนาในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์และแนวทางวิธีการที่เหมาะสมในการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ เมื่อผู้วิจัยสร้างข้อคำถามแล้ว จึงนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการหาค่า IOC (Item Objective Index) เลือกเฉพาะที่ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.60 ขึ้นไปมาเป็นข้อคำถามและปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 นำไปใช้ได้

**ชุดที่ 2** ประเด็นการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อออกแบบและหาวิธีการหรือแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหา

ยาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับสภาพการบริหารจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ที่ผ่านมา จุดเด่นหรือจุดที่ควรพัฒนาในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ และแนวทางวิธีการที่เหมาะสมในการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและอุปสรรคปัญหาในการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ เมื่อผู้วิจัยสร้างข้อคำถามแล้ว จึงนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการหาค่า IOC (Item Objective Index) เลือกเฉพาะที่ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.60 ขึ้นไปมาเป็นข้อคำถามและปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 นำไปใช้ได้

**ข้อที่ 3** เป็นแบบสัมภาษณ์ เป็นแบบรายงานการคัดกรองการใช้สารเสพติด (ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

**ข้อที่ 4** ประเมินผลความคิดเห็นหลังการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ เมื่อผู้วิจัยสร้างแบบประเมินแล้ว จึงนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการหาค่า IOC (Item Objective Congruence Index) เลือกเฉพาะที่ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.60 ขึ้นไปมาเป็นข้อคำถามและปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ หลังจากนั้นดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถาม โดยการทดลองใช้ (Try out) กับประชาชน จำนวน 10 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา นำข้อมูลที่ได้จากการทดลอง (Try Out) มาหาความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha - Coefficient)[6] ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1 ผู้วิจัยจัดทำโครงร่างการวิจัย และเสนอขอพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

2. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มเสี่ยงเสพยาเสพติดจากฐานข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์

3. ผู้วิจัยดำเนินการการสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

4. ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อออกแบบและหาวิธีการหรือแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

5. ผู้วิจัยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ นำวิธีการหรือแนวทางที่เหมาะสมไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัย ติดตามผลและสังเกตการณ์ทุกเดือน

6. ผู้วิจัยให้ผู้แทนผู้ที่มีผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวกจากการคัดกรองที่เข้าค่ายศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตอบคำถามแบบสัมภาษณ์

7. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความคิดเห็นในการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 10 ข้อ

8. เก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษา

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis)

## สรุปผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาบริบทและข้อมูลการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า สภาพการบริหารจัดการ บริบทและข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ที่ผ่านมา ภาพรวมในพื้นที่อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ ยังคงเป็นพื้นที่การค้าพักคอย และกระจายยาเสพติด ปัญหาหลักคือการแพร่ระบาดของยาบ้าในพื้นที่ ผลการดำเนินการด้านการบำบัดฟื้นฟูและดูแลผู้ติดยาเสพติด ในปีงบประมาณ 2565 พบว่า กลุ่มที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดสูงสุด คือ กลุ่มวัยทำงาน อายุระหว่าง 18 - 29 ปี ร้อยละ 25.53 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.11 และผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 22.66 รวมถึงการแพร่ระบาดในกลุ่มนักเรียนและนักศึกษา โดยพื้นที่เฝ้าระวังปัญหาการค้ายาและการแพร่ระบาด ได้แก่ ตำบลท่าเสา ตำบลบ้านด่านนาขาม ตำบลงิ้วงาม ตำบลน้ำริด และตำบลวังกะพี้ ประเด็นการเฝ้าระวังปัญหา ได้แก่ มีแหล่งอบายมุขต่างๆ อยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง การแพร่ระบาดของกัญชาในกลุ่มเด็กและเยาวชนโดยเฉพาะในสถานศึกษา และการกลับมากระทำผิดซ้ำของผู้ที่เข้าค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน หรือค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนและร้อยละการคัดกรอง แยกประเภทผู้บำบัดรักษายาเสพติดของอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ 3 ปี ย้อนหลังเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอุตรดิตถ์ทั้งจังหวัด

| อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ | คัดกรอง | | ผู้ใช้ | | ผู้เสพ | | ผู้ติดยาเสพติด | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 2563 | 1,094 | 65.71 | 6 | 13.33 | 642 | 56.12 | 446 | 93.70 |
| 2564 | 914 | 57.27 | 4 | 6.78 | 648 | 52.68 | 262 | 85.34 |
| 2565 | 729 | 52.94 | 0 | 0.00 | 578 | 50.35 | 151 | 73.66 |

ที่มา: โปรแกรมระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์การคัดกรอง แยกประเภทผู้บำบัดรักษายาเสพติดของจังหวัดอุตรดิตถ์ 3 ปีย้อนหลัง มีแนวโน้มที่ลดลง แต่ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ เพราะเมื่อเปรียบเทียบทั้งจังหวัดแล้วอำเภอเมืองยังมีผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดเป็นจำนวนมาก

นอกจากนี้ยังพบว่า การดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดต่างฝ่ายต่างดำเนินการของแต่ละหน่วยงานแยกกันอย่างชัดเจน ผู้นำท้องถิ่นไม่มีการทำงานร่วมกัน งบประมาณส่วนใหญ่เน้นในเรื่องของการประชาสัมพันธ์ ไม่ได้แก้ไขปัญหาที่แท้จริง ไม่มีการติดตามผู้บำบัด ทำให้ผู้บำบัดขาดนัดจำนวนมาก ผู้ติดยาเสพติดได้รับการฟื้นฟูสภาพจำนวนน้อย ส่วนใหญ่กลับมาใช้ยาเสพติด ไม่มีที่ยืนในสังคม คนในชุมชนแสดงความรังเกียจอย่างชัดเจน

สำหรับแนวทางหรือวิธีการที่เหมาะสมในการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ควรมีการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เน้นให้มีการประชาคมคนในหมู่บ้าน ให้ชุมชนช่วยกันสอดส่องดูแล นำเข้าสู่กระบวนการคัดกรองบำบัดติดตาม ให้ความช่วยเหลือเรื่องของการประกอบอาชีพ ให้คนในชุมชนยอมรับ มีกระบวนการคืนคนดีสู่สังคม ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวใช้ความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นจะได้รับการดูแลและส่งต่อไปรักษา เมื่อกลับสู่ชุมชนให้คนในชุมชนช่วยกัน นำเทคโนโลยีมาใช้ในการส่งข้อมูลการติดตาม การตรวจปัสสาวะให้กับเจ้าหน้าที่รพ.สต. เพื่อลงข้อมูลในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพในเรื่องของการคัดกรองผู้ติดยาเสพติด

2. ผลการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ในการป้องกันปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ มีการแต่งตั้งและประชุมคณะทำงาน

การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทภารกิจและหน้าที่ มีการจัดตั้งศูนย์คัดกรองกลุ่มเสี่ยงยาเสพติดทุกตำบล และจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม และดำเนินการพัฒนาศักยภาพ ภาคีเครือข่ายการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงยาเสพติด มีการดำเนินการประชาคมหมู่บ้าน (Re X ray) ทุกตำบล จำนวน 17 ตำบล 158 หมู่บ้าน มีการดำเนินการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด โดยใช้ความพร้อมของชุมชนและภาคีเครือข่ายของตำบล โดยมีผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นผู้ประสานงาน มีการบำบัดกลุ่มเสี่ยงยาเสพติดที่ยินยอมเข้าสู่กระบวนการการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care: CBTx) จำนวน 5 ครั้ง หากมีปัญหาด้านสุขภาพจิตส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ หากไม่เข้าคัดกรอง ไม่บำบัดหรือบำบัดไม่ครบกระบวนการ คณะทำงานจะส่งเข้าค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคม เป็นเวลา 15 วัน มีการดำเนินการติดตามโดยผู้นำชุมชนแยกรายหมู่บ้าน มีการส่งผลปัสสาวะทางแอปพลิเคชันไลน์ ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ตามระยะเวลาที่กำหนดและสรุปผลการดำเนินงานในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้านทุกเดือน ส่วนการแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์นั้นเป็นบทบาทของภาคีเครือข่าย จากเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองจากที่ว่าการอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ ตำรวจปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) และกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ออกตรวจตราในพื้นที่ทั้งในเขตเมืองและนอกเมืองเป็นประจำสัปดาห์ละอย่างน้อย 1 ครั้ง จากการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ที่ต่างฝ่ายต่างดำเนินการในส่วนของภารกิจหน่วยงานของตน มีการดำเนินงานแบบบูรณาการ กล่าวคือ มีการระดมความคิดเห็นจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ร่วมกันหารูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ และนำไปปฏิบัติในชุมชนของตนจนเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้จากที่อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี 2565 มีผู้ติดยาเสพติด จำนวน 151 คน ปี 2566 ไม่มีผู้ติดยาเสพติดคงมีผู้เสพ จำนวน 156 คน เป็นผู้ใช้ 1 คน จะเห็นได้ว่าการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดนั้น หากมีการทำงานแบบร่วมมือกันเป็นเครือข่าย ไม่แยกส่วน จะทำให้มีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับเอกรัตน์ หามนตรี[8] ศึกษาความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง ผลการวิจัยพบว่าแนวทางในการดำเนินงานของชุมชนให้ประสบความสำเร็จในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง โดยใช้หลักการมีส่วนร่วม ได้แก่ ร่วมคิดตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับประโยชน์ และร่วมติดตามประเมินผล และสอดคล้องกับชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์และยอดชาย สุวรรณวงษ์[9] วิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี พบว่า มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) แนวคิดรูปแบบคือ ชุมชนมีความตระหนักเข้าใจและยอมรับผู้ติดยา การใช้ศักยภาพชุมชนร่วมบำบัด องค์กรท้องถิ่นเป็นแกนนำขับเคลื่อนการบำบัดยาเสพติด 2) หลักการรูปแบบ คือ การสร้างค่านิยมความรับผิดชอบระดับครอบครัว เสริมสร้างและสนับสนุนศักยภาพชุมชน ส่งเสริมผู้นำท้องถิ่นเป็นแกนนำการบำบัดยาเสพติด ส่งเสริมการบำบัดยาเสพติดเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิต พัฒนาระบบการสื่อสารด้านยาเสพติด 3) เป้าหมายรูปแบบ คือ ผู้เสพยาเสพติดเข้าถึงการบำบัดที่มีคุณภาพ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านยาเสพติด เกิดการบูรณาการทำงานของภาคีเครือข่าย 4) กระบวนการรูปแบบ คือ การบริหารศักยภาพ เครือข่าย การสร้างความร่วมมือภาคประชาชนการจัดกิจกรรมบำบัดยาเสพติดด้วย 3 ฐานบำบัดและการติดตามเสริมพลัง

3. ผลการศึกษาความคิดเห็นต่อการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอ

เมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.48, S.D. = 0.54) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ลำดับที่ 1 คือ ผลของการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ มีประสิทธิผลมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.66, S.D. = 0.50) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สร้างความตระหนักความรับผิดชอบร่วมกันแก่สังคม($\bar{X}$ = 4.34, S.D. = 0.55) แต่ยังอยู่ในเกณฑ์มากคือมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.51 – 4.50

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ที่มีส่วนร่วมให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี อันได้แก่ นายอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ ปลัดอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ฝ่ายความมั่นคง สาธารณสุขอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ เจ้าหน้าที่ตำรวจจากสถานีตำรวจภูธรเมืองอุตรดิตถ์ เจ้าหน้าที่ตำรวจจากสถานีตำรวจภูธรวังกะพี้ รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ พิญญาพงศ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัญญู เรือนจันทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์ศักดิ์ อ้นมอย นายกเทศมนตรีตำบลในอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ทุกแห่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ทุกแห่ง กำนัน ผู้ใหญ่บ้านในอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ ผู้วิจัยขอขอบคุณมาก ณ โอกาสนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. United nations office on drugs and crime vienna. World Drug Report 2022. New York: United Nations, 2022.

2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2563.

3. วิไลลักษณ์ ลังกา, อรอุมา เจริญสุข, พัชราภรณ์ ศรีสวัสดิ์ และกัมปนาท บริบูรณ์. การวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันของปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยภูมิคุ้มกันและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดของเด็กและเยาวชนในพื้นที่หมู่บ้านอาสาพัฒนาและป้องกันตนเอง (อพป.). วารสารการจัดการทางการศึกษาปฐมวัย 2562; 1(1): 28-43.

4. สุกานดา จันทวารีย์ และสุทธิพันธ์ อรัญญวาส. กลยุทธ์การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษา. วารสารวิชาการธรรมทัศน์ 2560; 17(3): 390–401.

5. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดอุตรดิตถ์. รายงานสถานการณ์ยาเสพติดในจังหวัดอุตรดิตถ์. สำเนาเอกสารการประชุม. 2565.

6. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น (ฉบับปรับปรุงใหม่). พิมพ์ครั้งที่ 10, กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน์; 2560.

7 ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการสำรวจสภาพปัญหายาเสพติดในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2566] เข้าถึงได้จาก: http://ppb.moi.go.th/midev03/content-in.php?catalogy=news&id=2220&flag=0

8. ศิริลักษณ์ ปัญญา. ปัจจัยเสี่ยงของการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2 “การวิจัย 4.0 เพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน” อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2560; 161-169.

9. เอกรัตน์ หามนตรี. ความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาวชนที่มี พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2561; 5(2): 434-451.

10. ชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์และ ยอดชาย สุวรรณวงษ์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2565; 2(1): 49-68.

# การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน: กรณีศึกษา

# Nursing care for opioid addicts with mindfulness-based counseling: Case study

ณิชนันทน์ ลาภใหญ่[1]


## บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการและผลของการให้การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ในผู้ป่วยชายไทยอายุ 28 ปี รักษาแบบผู้ป่วยนอกคลินิกฟ้าใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ เริ่มวันที่ 31 มกราคม พ.ศ.2567 อาการสำคัญ คือ ง่วง สะลึมสะลือ ทำงานไม่ได้ สูบเฮโรอีนครั้งแรกอายุ 18 ปี อายุ 22 ปีใช้วิธีฉีดเข้าหลอดเลือดดำวันละ 3 หลอดกาแฟ ฉีดครั้งสุดท้ายวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 การวินิจฉัยโรคคือความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารโอปิออยด์ รักษาด้วยยาเมทาโดน 32 มิลลิกรัมต่อวันจำนวน 61 วัน ปัญหาสำคัญทางการพยาบาลได้แก่ 1) ไม่สุขสบายจากอาการขาดยา 2) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อชีวิต 3) เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 4) เสี่ยงต่อการใช้ยาเมทาโดนผิดวัตถุประสงค์และกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ 5) นอนไม่หลับ 6) เสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้การพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังนี้ 1) จัดการกับความว้าวุ่นใจ 2) ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ 3) ปล่อยวางอารมณ์และความรู้สึก 4) รู้ทันความคิดและปล่อยวาง 5) ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ 6) สติสื่อสาร 7) เมตตาและให้อภัย 8) ชีวิตต้องเดินหน้า ผลพบว่าผู้ป่วยทบทวนพฤติกรรมอารมณ์ความคิด มีแรงจูงใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง คงอยู่ในการรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวโดยที่ไม่เกิดอันตรายต่างๆ ไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ไม่นำยาเมทาโดนไปใช้ผิดวัตถุประสงค์และปรับปรุงแบบแผนสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นได้กว่าเดิม


**คำสำคัญ:** การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด, การให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน, ยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์

[1] พยาบาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

## Abstract

This case study aimed to study the process and results of providing nursing care to opioid addicts using mindfulness-based counseling. In a Thai male patient aged 28 years, treated as an outpatient at Fah Mai Clinic, Thanyarak Chiang Mai Hospital, starting January 31, 2024. The main symptoms were drowsiness, and unable to work. First smoked heroin at age 18. Age 22 used intravenous injection, 3 coffee straws per day. Last injection was January 1, 2024. The diagnosis was a mental and behavioral disorder caused by opioid abuse. Treated with methadone 32 mg. per day for 61 days. Important nursing problems included in: 1) discomfort from withdrawal symptoms 2) risk of life-threatening complications 3) risk of depression 4) risk of misuse of methadone and relapse into drug use 5) insomnia 6) risk of sexually transmitted diseases. Provide nursing care with mindfulness-based counseling, 8 sessions, 60 minutes per session, 1 time per week, as follows: 1) deal with distractions 2) live life mindfully 3) let go of emotions and feelings 4) be aware thoughts and letting go 5) rethinking relationships 6) mindful communication 7) kindness and forgiveness 8) life must move on. The results found that the patients reviewed their behavior, emotions, and thoughts. Have motivation to change his behavior, remain on long-term methadone treatment without harm. Didn't go back to taking drugs again. Did not misuse methadone and improve his health plan.


**Keywords:** Nursing care for drug patients, Mindfulness-based counseling, Opioid drugs

## บทนำ

แนวโน้มการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในประเทศไทยยังคงเพิ่มขึ้น ดังรายงานผู้ป่วยเฮโรอีนเข้ารับการบำบัดระหว่างพ.ศ. 2562-2566 ดังนี้ 8.07%, 13.78%, 29.68%, 37.39% และ 36.04% ตามลำดับ[1] ผู้ใช้เฮโรอีนด้วยวิธีฉีดส่วนหนึ่งเปลี่ยนจากวิธีสูบหรือนัตถุ์ด้วยเหตุผลว่าการฉีดทำให้ใช้ยาในปริมาณที่น้อยกว่า ยาออกฤทธิ์เร็วกว่าทำให้ไม่เปลืองยา[2] ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด 87.07% พบอาการโรคซึมเศร้าร่วมด้วย สอดคล้องกับกลุ่มผู้เสพยาด้วยวิธีฉีดในสหรัฐอเมริกาช่วงค.ศ. 2017 พบ 92.6% เป็นผู้เสพสารเฮโรอีนและมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ในประเทศอินเดียเมื่อค.ศ. 2013 พบผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด 94.9% เป็นสารกลุ่มโอปิออยด์และมีอาการของโรคซึมเศร้า[3,4] นอกจากนี้พบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่างๆ จากการใช้เข็มและกระบอกฉีดร่วมกับผู้อื่น 34% ผู้หญิงมีการติดเชื้อเอชไอวีสูงมากกว่าผู้ชาย (11%, 7% ตามลำดับ) ข้อมูลที่พบนี้ถือเป็นสัญญาณเตือนและชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติดโดยเฉพาะวิธีฉีด[5] อนึ่งเมื่อหยุดใช้เฮโรอีนจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการขาดยาที่รุนแรงเกิดความทุกข์ทรมาน จากการขาดยาเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยเฮโรอีนกลับไปใช้เฮโรอีนซ้ำสูงถึง 75% ในระยะ 3 เดือนแรกหลังจากหยุดยา[6] ผลจากการใช้สารเสพติดด้วยการฉีดทำให้เกิดการติดที่รุนแรงมากและนำไปสู่การเกิดภาวะโรคร่วมทั้งทางกายและจิตเวชได้ การบำบัดรักษาจึงจำเป็นต้องใช้ทั้งรูปแบบการบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำและการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ตระหนักถึงความเสี่ยงของผู้ป่วยต่ออันตรายต่างๆ อันเกิดจากภาวะถอนจากสารกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid withdrawal) การรักษาผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์จึงมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยการให้สารสังเคราะห์ของอนุพันธุ์ฝิ่น ได้แก่ เมธาโดน มีสรรพคุณเป็น opioid agonist ควรเริ่มต้นให้รับประทาน 5 – 30 มิลลิกรัมในมื้อเช้าขนาดเมทาโดนสูงสุดในสัปดาห์แรกไม่ควรเกิน 40 มิลลิกรัมต่อวัน การปรับขนาดยาสามารถเพิ่มปริมาณเมทาโดนได้ 5 - 10 มิลลิกรัมต่อวันในทุกๆ

3 - 5 วันกรณีเมายาอาจปรับได้จนถึง 60 - 120 มิลลิกรัมต่อวัน หลังจากนั้น 2 - 4 สัปดาห์ระดับขนาดยาเริ่มคงที่ปริมาณเมทาโดนที่คงที่ตั้งแต่ 60 มิลลิกรัมขึ้นไป นอกจากนี้ยังให้การรักษาด้วยการให้โอปิออยด์ทดแทนในระยะยาว (methadone maintenance treatment: MMT) เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอาการขาดยา ซึ่งอาการขาดยาเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากไม่สามารถทนกับอาการขาดยาหรือถอนยาได้ โดยนิยมให้เมทาโดนไปรับประทานที่บ้านได้ภายหลังจากเริ่มต้นรักษาไม่ควรต่ำกว่า 2 เดือน ปริมาณเมทาโดนสูงสุดที่ให้ไม่ควรเกิน 420 มิลลิกรัมต่อครั้ง ขนาดเมทาโดนที่รับประทานและจำนวนวันที่ได้รับยากลับบ้านขึ้นอยู่กับการพิจารณาของทีมผู้รักษา ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลตามความจำเป็น[7] อย่างไรก็ตามการรักษาผู้ติดสารกลุ่มโอปิออยด์ต้องผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยาและกระบวนการทางจิตสังคม อาทิ การให้คำปรึกษารายบุคคล การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การให้คำแนะนำปรึกษาด้านพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายสำคัญอันได้แก่ การลดหรือหยุดใช้ยาเสพติด การป้องกันอันตรายในอนาคตที่อาจเกิดขึ้นจากการเกี่ยวข้องกับสารกลุ่มโอปิออย์ ตลอดจนการเพิ่มคุณภาพชีวิตในการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย[8,9]

ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดผู้ติดสารเสพติดและผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางสุขภาพจิตด้วยการบำบัดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน อาทิ ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับโปรแกรม Mindfulness based relapse prevention; MBRP มีการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำหลังเข้ารับโปรแกรมไป 12 เดือนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ MBRP[10,11,12] ในประเทศไทยพบว่าการกลับมาเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม mindfulness – based therapy and counseling program; MBTC ร่วมกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในแบบเข้มข้นทางสายใหม่ หรือ FAST model น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดเฉพาะ FAST model เพียงอย่างเดียว[13] แนวคิดหลักของโปรแกรม MBTC คือ มนุษย์สามารถพัฒนาสภาวะจิตที่มีคุณภาพในระดับที่สูงขึ้นได้ โดยสามารถอธิบายได้ด้วยหลักทางจิตวิทยาดังนี้ ปกติคนเรามีสภาวะจิตขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การหลับ (จิตพัก) และการตื่น (จิตทำงาน) จิตพื้นฐานนี้เป็นสภาวะจิตที่สะสมความว้าวุ่นและความเครียด นำมาสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและจิตใจได้ในที่สุด อย่างไรก็ตามมนุษย์มีความสามารถในการพัฒนาสภาวะจิตให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งสภาวะจิตที่มีคุณภาพนี้สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ กระบวนการและวิธีการคือการใช้ลมหายใจในการทำให้เกิดสภาวะจิตพักโดยที่ยังรู้ตัวสร้างความสงบผ่อนคลาย เรียกว่า “สมาธิ” และสภาวะที่จิตทำงานได้โดยไม่วอกแวกไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์สามารถรับรู้ปัจจุบันขณะได้อย่างต่อเนื่องหรือเรียกว่า “สติ” จึงนำแนวคิดนี้มาพัฒนาร่วมกับกระบวนการให้คำปรึกษาซึ่งสามารถช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักรู้ต่อปัญหาของตัวเองและมีทักษะในการสร้างความสงบผ่อนคลายรู้เท่าทันอารมณ์ ความคิดหรือพฤติกรรรมของตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้[14] ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงใช้การให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานด้วยโปรแกรม MBTC14 ในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ร่วมกับการบำบัดด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์

## วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษากระบวนการและผลของการให้การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน

### รายงานกรณีศึกษา

**ข้อมูลทั่วไป** เพศชาย สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย อายุ 28 ปี เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรกคือกัญชาเมื่ออายุ 17 ปี ปัจจุบันยาเสพติดหลักที่ใช้คือเฮโรอีนชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ สารเสพติดอื่นที่ใช้ ได้แก่ ยาทรามาดอล ยาน้ำแก้ไอ กัญชา บุหรี่ สุรา ประวัติการรักษายาเสพติดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ครั้งแรกเมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 และมาเริ่มรักษาที่คลินิกเมทาโดนของคลินิกฟ้าใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ อำเภอเมืองเชียงใหม่เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ.2566 ช่วงที่รับผู้ป่วยเข้าเป็นกรณีศึกษาระหว่างวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2567 - วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2567

**อาการสำคัญ** ง่วง สะลึมสะลือ ทำงานไม่ได้ และมารับการรักษาด้วยยาเมทาโดนรอบใหม่

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน** อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเมทาโดน 20 มิลลิกรัมมื้อเช้า และ 12 มิลลิกรัมมื้อเย็น จำนวน 61 วัน ดื่มเมทาโดน 32 มิลลิกรัมมื้อสุดท้ายวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2567 เวลา 18.00 น. มีการกลับไปฉีดเฮโรอีนซ้ำเมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 แพทย์วินิจฉัยเป็นความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารโอปิออยด์ (F 11.2 Opioid dependence syndrome)

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** วันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 มาโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ อำเภอแม่ริม แผนกผู้ป่วยนอกด้วยการส่งต่อจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ที่ผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ด้วยอาการเกร็งชัก หมดสติขณะรับประทานอาหารเย็น ญาตินำส่งโรงพยาบาลสังเกตอาการในแผนกฉุกเฉินเป็นเวลา 2 วัน ก่อนหน้านี้ประมาณ 5 วันสูบเฮโรอีนทุกวัน วันละ 3 หลอดกาแฟ สูบครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 เวลา 17.00 น.

**การประเมินแบบแผนสุขภาพ** (ตาม 11 แบบแผน)

**แบบแผนที่ 1** แบบแผนการรับรู้ปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองบกพร่อง

**แบบแผนที่ 2** แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารปกติ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวคงที่

**แบบแผนที่ 3** แบบแผนการขับถ่ายปกติ

**แบบแผนที่ 4** แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย บกพร่องเล็กน้อย

**แบบแผนที่ 5** แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ ประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยแบบประเมินของของพิตต์สเบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ได้ 12 คะแนนมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

**แบบแผนที่ 6** แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ บกพร่องด้านการแสดงอารมณ์และความคิดในการแก้ไขปัญหา

**แบบแผนที่ 7** แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มีรับรู้ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับเรื่องการติดยาเสพติด แต่บกพร่องในด้านการรับรู้การมองตัวเองสืบเนื่องจากการรับรู้ตัวตนจากมุมมองของผู้อื่น การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ

**แบบแผนที่ 8** บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว บกพร่องทั้งด้านการสื่อสารในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ

**แบบแผนที่ 9** แบบแผนเพศสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์ บกพร่องด้านการเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย อาทิ ไม่ได้สวมใส่ถุงยางขณะมีเพศสัมพันธ์ จึงมีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

**แบบแผนที่ 10** การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด บกพร่องโดยเฉพาะด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

**แบบแผนที่ 11** แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ นับถือศาสนาพุทธ ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อค่านิยมของผู้ป่วยคือความใกล้ชิดหรือความสนใจที่ตรงกันของบุคคลรอบตัวผู้ป่วย อาทิ กลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด มีผลต่อการโน้มนำให้ผู้ป่วยเกิดค่านิยมที่แตกต่างจากค่านิยมปกติโดยรวมของสังคม

**การประเมินสภาพร่างกาย อารมณ์จิตใจ** เมื่อแรกพบไว้ในการดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวแต่มีอาการง่วงสะลึมสะลือ สีหน้าไม่สดชื่น มีอาการปวดกล้ามเนื้อดังที่ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกหงุดหงิดรำคาญ ปวดกระดูก ปวดอาการปวดตามกระดูกและกล้ามเนื้อ นอนหลับยาก” ตอบคำถามได้ตรงประเด็น ให้ความร่วมมือดี น้ำหนักตัว 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) เท่ากับ 20.76 อยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/74 มิลลิเมตรปรอท การตอบสนองของรูม่านตาทั้งสองข้างปกติ ขนาดรูม่านตาทั้งสองข้างเท่ากับ 2 มิลลิเมตร

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจอื่นๆ** ประเมินอาการถอนพิษยาด้วย Clinical opiate withdrawal scale (COWs) เท่ากับ 2 คะแนน มีอาการถอนพิษยาเล็กน้อย ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2 ข้อคำถาม (2Q) ได้

2 คะแนนหมายถึงมีแนวโน้มที่เป็นโรคซึมเศร้า จึงประเมินต่อด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 ข้อคำถาม (9Q) ได้ 14 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ประเมินความเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สารเสพติดด้วยแบบคัดกรอง ASSIST V3.1 พบมีความเสี่ยงระดับรุนแรงของการใช้เฮโรอีนชนิดฉีด (27 คะแนน) และมีความเสี่ยงระดับปานกลางของการสูบกัญชา (20 คะแนน) ประเมินระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยไม้บรรทัดแห่งความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงตนเองได้ 6 คะแนนหมายถึงระดับแรงจูงใจขั้นลังเลใจ

**การรักษาและการบำบัดที่ได้รับ** คำสั่งการรักษาของแพทย์คือให้รับประทานยาเมทาโดน 20 มิลลิกรัม มื้อเช้า และ 12 มิลลิกรัมมื้อเย็น จำนวน 61 วัน ระหว่างวันที่ 31 มกราคม ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2567 และเข้าโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์

**สรุปปัญหาที่พบมีดังนี้** 1) ไม่สุขสบายจากอาการขาดยา 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อชีวิต 3) เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า 4) เสี่ยงต่อการใช้ยาเมทาโดนผิดวัตถุประสงค์และกลับใช้ยาเสพติดซ้ำ 5) นอนหลับยาก และ 6) เสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล** จากการรวบรวมข้อมูลประวัติผู้ป่วย การประเมิน การตรวจสภาพร่างกายและจิตใจนำมาสู่การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะเริ่มต้น ระยะคงที่ และระยะต่อเนื่อง

| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล** | | |
|---|---|---|
| **ระยะเริ่มต้น** (31 ม.ค.- 2 ก.พ.2567) | **ระยะคงที่** (3 ก.พ.- 1 มี.ค. 2567) | **ระยะต่อเนื่อง** (2 – 27 มี.ค. 2567) |
| **ข้อที่ 1** ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการขาดยา | | |
| **ข้อที่ 2** เสี่ยงต่ออันตรายแก่ชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน อาทิ อุบัติเหตุ ระบบหายใจล้มเหลวเนื่องจากภาวะเมาสารโอปิออยด์หรือได้รับเมทาโดนเกินขนาด | | |
| **ข้อที่ 3** เสี่ยงต่อการเป็นโรคภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการใช้สารเสพติดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง | **ข้อที่ 1** เสี่ยงต่อการเป็นโรคภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการใช้สารเสพติดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง | **ข้อที่ 1** เสี่ยงต่อการเป็นโรคภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการใช้สารเสพติดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง |
| **ข้อที่ 4** เสี่ยงต่อการใช้ยาเมทาโดนสำหรับการบำบัดผิดวัตถุประสงค์ และการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ | **ข้อที่ 2** เสี่ยงต่อการใช้ยาเมทาโดนสำหรับการบำบัดผิดวัตถุประสงค์ และการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ | **ข้อที่ 2** เสี่ยงต่อการนำยาตามแผนการรักษาของแพทย์ไปใช้ผิดวัตถุประสงค์และกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ |
| | **ข้อที่ 3** มีปัญหาการนอนหลับจากผลของการใช้สารเสพติด | |
| | **ข้อที่ 4** มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคติดต่ออื่น | **ข้อที่ 3** มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคติดต่ออื่น |

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | | |
|---|---|---|
| **ระยะเริ่มต้น** (31 ม.ค.- 2 ก.พ.2567) | **ระยะคงที่** (3 ก.พ.- 1 มี.ค. 2567) | **ระยะต่อเนื่อง** (2 – 27 มี.ค. 2567) |
| | | วางแผนการจำหน่ายออกจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานด้วยD-METHOD-P |

การวางแผนการพยาบาลและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** วันเดือนปีที่ให้การพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานในแต่ละระยะ

| ระยะการพยาบาล | ครั้งที่ : วันเดือนปีที่ให้การพยาบาล | กิจกรรมการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน |
|---|---|---|
| ระยะเริ่มต้น | ครั้งที่ 1 : 31 มกราคม พ.ศ. 2567 | การจัดการกับความว้าวุ่นใจ |
| ระยะคงที่ | ครั้งที่ 2 : 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 | ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ |
| | ครั้งที่ 3 : 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 | รู้จักปล่อยวางอารมณ์ |
| | ครั้งที่ 4 : 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 | รู้ทันความคิดและปล่อยวาง |
| ระยะต่อเนื่อง | ครั้งที่ 5 : 7 มีนาคม พ.ศ. 2567 | ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ |
| | ครั้งที่ 6 : 14 มีนาคม พ.ศ. 2567 | ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น |
| | ครั้งที่ 7 : 21 มีนาคม พ.ศ. 2567 | สติเมตตาและให้อภัย |
| | ครั้งที่ 8 : 27 มีนาคม พ.ศ. 2567 | ชีวิตต้องเดินหน้า |

ผลการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานตามตัวชี้วัดผลลัพธ์ ดังตาราง 3

**ตารางที่ 3** ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ฯ ตามตัวชี้วัด

| ตัวชี้วัดผลลัพธ์ | ผลลัพธ์ |
|---|---|
| 1. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ไม่เกิดอันตรายทางร่างกายและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากการขาดยาหรือใช้ยาเกินขนาด ในช่วงระหว่างการเข้ารับการบำบัด | - ไม่มีอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนใดๆ เกิดขึ้น<br>- คะแนนประเมินอาการถอนพิษยาวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2567 และวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 เท่ากับ 0 คะแนน |
| 2. ผู้ป่วยมาเข้ารับบริการพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ครบ 8 ครั้ง | - ผู้ป่วยมาตามนัดครบ 8 ครั้ง |
| 3. ระยะเวลาระหว่างการร่วมเป็นกรณีศึกษาไม่พบการกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำ หรือการใช้ยาในการบำบัดผิดวัตถุประสงค์ มารับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ตรงตามนัด นำความรู้และทักษะที่ได้รับจากโปรแกรม MBTC ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ | - กลับไปสูบกัญชาซ้ำ 1 ครั้งเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ตรวจปัสสาวะหาสารกัญชา เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ผล Positive<br>- มาตามตรวจและรับยาเมทาโดนตามนัดทุกครั้ง (ขอเลื่อนนัด 1 ครั้ง จากวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 เป็นวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567) |

**ผลการให้การพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน** มีดังนี้

**ครั้งที่ 1 เรื่อง การจัดการกับความว้าวุ่นใจ** เป็นการฝึกหยุดความคิดด้วยการรับรู้ลมหายใจ ระหว่างทำกิจกรรมพยาบาลให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การฝึกและผลที่เกิดขึ้น ดังคำพูด *“รู้สึกผ่อนคลาย สงบจน รู้สึกง่วง” “รู้สึกว่าความเครียด ความโกรธเมื่อกี้หายไป*

*เมื่ออยู่กับความเงียบ” “หยุดความว้าวุ่นใจได้เร็ว กลับมาตั้งใจทำงานได้”*

ผลการประเมิน สามารถฝึกทักษะการจัดการกับความว้าวุ่นใจและรับรู้ผลที่เกิดขึ้นจากการฝึกได้ วางแผนการฝึกในชีวิตประจำวันอย่างน้อย 5-10 นาที ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q และ 9Q ได้คะแนน 2 และ 14 คะแนน แสดงถึงระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง

**ครั้งที่ 2 เรื่อง ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ** ฝึกโดยรู้ถึงลมหายใจที่ปลายจมูกที่เข้าและออกไว้เล็กน้อย และรู้ตัวในขณะที่ทำสิ่งต่างๆ ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ดังนี้ *“ขณะมีลมหายใจอยู่กับการทำสมาธิ ช่วงแรกรู้สึกไม่ดีพอได้ยินเสียงพยาบาลเตือนให้กลับมามีสมาธิที่ลมหายใจเข้าออกของตนเองจึงค่อยคลายความรู้สึกไม่ดีและไม่ค่อยรู้ถึงเสียงดังภายนอกห้อง” “ถ้าเราตัดอารมณ์โกรธเครียดออกไปจากหัวในระหว่างที่ทำงานอยู่ก็คงดี” “ลมหายใจหายไปเมื่อเราขยับตัว เห็นความเมื่อยความเหนื่อย ใจสั่น รู้สึกหายใจไม่ทันขณะลุกนั่ง” “ขณะสังเกตลมหายใจที่ปลายจมูกพร้อมการยืนหรือการเดินต่อส้นเท้าได้มั่นคงขึ้น”*

ผลการประเมิน สามารถฝึกปฏิบัติตามได้ บอกความแตกต่างระหว่างสมาธิและสติได้ วางแผนการนำสมาธิและสติไปฝึกในชีวิตประจำวัน ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q และ 9Q ได้คะแนน 1 และ 12 คะแนน แสดงถึงระดับภาวะซึมเศร้าน้อย

**ครั้งที่ 3 รู้จักปล่อยวางอารมณ์** ฝึกทักษะการรู้จักปล่อยวางอารมณ์ด้วยการฝึกสังเกตความรู้สึกบนร่างกายอย่างเป็นระบบกล่าว คือ ฝึกการรับรู้ลมหายใจเล็กน้อยไปพร้อมกับการรับรู้ความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นทั่วร่างกายหรือเรียกว่า body scan ฝึกดูการเปลี่ยนแปลงฝึกปล่อยวางอารมณ์หรือความรู้สึกอยากเสพยาเสพติดที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ดังนี้*“ตอนเราโกรธมันไม่สบายกาย ใจหงุดหงิด รำคาญมาก โกรธอยู่นาน แม้กลับไปใช้ผงขาวให้สะใจแล้ว กลับบ้านก็ยังหงุดหงิดรำคาญ” “วางใจให้นิ่งยากมาก เริ่มกระวนกระวาย มีความคิดว่าเมื่อใดพยาบาลจะบอกให้หยุดสักที” “เห็นความต่างกันของฉันโกรธ ไม่ใช่ ฉันเห็นความโกรธ (เหมือนวันนี้) รู้สึกหงุดหงิดหายไปได้”*

ผลการประเมิน ให้ความร่วมมือ และสามารถฝึกทักษะ Body scan ได้

**ครั้งที่ 4 เรื่อง รู้ทันความคิดและปล่อยวาง** เป็นการสำรวจความคิดเชิงลบ ฝึกทักษะรู้ทันความคิดลบ ด้วยเทคนิคการติดป้ายความคิด (labelling) ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ดังนี้ *“ผมมีความคิดอัตโนมัติทางลบเกือบทุกข้อ ผมเป็นแบบนี้จริงๆ บางข้อเกิดจากความคิดของผมเอง เป็นความคิดที่มาเองโดยที่ไม่ใครทำอะไร พูดอะไรกับผมเลย” “พอคิดว่าไม่มีใครเข้าใจเรา ก็ไม่อยากอยู่ที่นี่ (หมายถึงบ้าน) “ผมบอกความคิดผมกับแฟนนะ บางทีก็ไลน์ ในโทรศัพท์ เช่น ไม่ชอบพ่อแม่พูดแบบนี้เลย มีความโกรธมาอีกแล้วนะ แล้วกว่าผมจะกลับดูลมหายใจได้ ใช้เวลานานอยู่นะ มันจะเป็นถอนหายใจแบบนี้ ก็ดูๆ ไป ลุกไปทำงานเปลี่ยนที่นั่งทำงาน หรือไปช่วยงานตำแหน่งอื่น สักพักรู้ตัวอีกทีความคิดนั้นหายไปแล้ว” “ผมสามารถสร้างความสุขสบายใจ และทำงานได้อย่างเต็มที่จากการฝึกสร้างสมาธิและบันทึกการมีสติอย่างน้อยผมก็มีเวลาจัดการอารมณ์ความรู้สึกลบนี้ ได้วันละ 2 ครั้ง”*

ผลการประเมิน เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างความคิดลบและอารมณ์ลบ ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q ไม่พบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

**ครั้งที่ 5 เรื่องทบทวนสัมพันธภาพใหม่** ให้สำรวจความคิดที่มีต่อสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิดและผลที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ดังนี้*“พูดไป พ่อกับแม่ก็ว่าผมเถียง แต่ถ้าผมไม่พูดเขาก็ซ้ำเติมผม ใช่ มันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง แต่มันเป็นสิ่งที่ทำไปแล้ว ผมขอโทษแล้ว ยอมรับแล้วว่าผมติดยา แต่จะทำอย่างไรละมันไม่ง่ายเลยนะ” “กับพ่อแม่ แม้ไม่ค่อยได้คุยกันดีๆ แต่พอเรามีอาการ หรืออารมณ์ไม่ดี สิ่งที่พ่อทำ ด่าด้วยคำพูดแรงๆ ทำให้เราหนีออกไปจากตรงนั้น”*

ผลการประเมิน ระหว่างทำกิจกรรมเกิดการเรียนรู้การปรับสัมพันธภาพใหม่ ดังคำพูด*“กับเพื่อนร่วมงาน แม่ของแฟน และก็แฟน บางทีเราก็คิดไปเอง คิดว่าเขารังเกียจเรา แล้วเราก็ไม่เคยคุยกับเขา ความจริงแล้วเขาไม่เคยรังเกียจเรา” “พ่อ เพื่อนร่วมงานและแฟนอาจจะไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นคุยกับเราแบบไหน” “อย่าว่าแต่พวกเขาเลย บางทีผมเองก็ไม่รู้จะเริ่มต้น ขอโทษหรือร้องขอความช่วยเหลือจากเขาอย่างไรเช่นกัน” “แม่และแฟนจะคอยช่วยเหลือ เตือนให้มาทำงาน มารับยา พามารับ*

*การปรึกษาตามเวลานัด คอยซักถามว่าเหนื่อยมั้ย ยุ่งยากใจบ้างมั้ย" "ตอนผมกลับไปเสพอีก ผมเป็นคนทำตัวเองไม่มีใครบังคับผม ก็มีแม่และแฟนมาส่งผมที่นี่ ให้เจอหมอ ทั้งหมดก็ล้วนแต่ให้โอกาสผมเริ่มต้นใหม่ครั้งแล้วครั้งเล่า"*

**ครั้งที่ 6 เรื่องปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น** ฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีสติ ใช้สติในการใคร่ครวญเลือกภาษาท่าทางหรือประโยคคำพูดที่เหมาะสม (ภาษาฉัน) ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ดังคำพูด*"พ่อมักใช้ภาษาแกกับผม .....ทำให้รู้สึกว่า.....อีกละ" "มีแต่ผมเองที่พูดไปด้วยความโกรธ เครียด ทำให้ผมพูดไม่ดีกับเค้า (แฟน) ก็คงเสียใจ มาถึงตอนนี้ผมก็อยากจะขอโทษเค้า"*

<u>ผลการประเมิน</u> สามารถวิเคราะห์ภาษาแกที่เป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ และฝึกใช้ภาษาฉันได้ ดังคำพูดนี้ *"พี่เจ้าของอู่ที่ผมทำงานด้วย เป็นห่วงผม จะพูดว่า สิ่งที่พลาดมาแล้ว ก็จำไว้เป็นบทเรียน อย่าไปเสพซ้ำอีก ผมไม่ได้มีอาการเสี้ยนยาจริงๆ แค่รู้สึกโกรธ ยาทดแทนก็มีให้ดื่ม กินทุกวัน เริ่มต้นใหม่มากี่รอบแล้ว คิดใหม่ ทำใหม่" "พยาบาลทำให้ผมรู้สึกแปลกไปจากการพูดแบบเดิมๆ อย่างตอนที่ผมไม่เอาบันทึกมา และตรวจฉี่ พยาบาลก็ฟังผมทุกอย่าง ไม่ว่า ไม่ซ้ำเติม มีแต่จะถามว่าเกิดอะไรขึ้น ชี้ให้เห็นความจริงที่เกิดขึ้นกับตัวผม สิ่งเหล่านี้ทำให้ผมอยากเล่า ให้พยาบาลฟัง อยากให้พ่อแม่เป็นแบบนี้บ้างจัง" "จะพยายามฝึกสติเรื่อยๆ เวลาพูดจะได้คิดก่อนพูด แฟนจะได้ไม่เสียใจ"*

**ครั้งที่ 7 เรื่องสติเมตตาและให้อภัย** สติจะช่วยให้ยอมรับ กล้าเผชิญกับความนึกคิดอารมณ์เดิมๆ เห็นการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความเบาสบายและสงบ นำมาสู่การเกิดความเมตตาและให้อภัยตัวเอง

<u>ผลการประเมิน</u> ฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ได้ ดังคำพูดต่อไปนี้*"สิ่งที่ทำลงไป เป็นสิ่งที่ผมไม่รู้ตัว ไม่ได้เจตนาหรือตั้งใจ ผมทำร้ายทั้งตัวผมเอง และทำร้ายคนที่ดูแลผม" "ขอบคุณ (แฟน) นะที่ยังทนอยู่ดูแล ก็รู้อยู่ว่าพ่อและแม่ผมไม่ชอบเค้า ขอบคุณคุณน้า (แม่ของแฟน) ที่ช่วยผมและยอมให้(แฟน)มาอยู่เป็นเพื่อนผม" "ขอบคุณพยาบาล ที่ให้ผมได้รับรู้และปล่อยวางความเศร้าลงได้ รู้สึกถึงอิสระกับความรู้สึกเหล่านี้มากขึ้น"*

**ครั้งที่ 8 เรื่อง ชีวิตต้องเดินหน้า** ให้วางแผนการฝึกสมาธิและสติในชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยในเกิดการฝึกทักษะที่ต่อเนื่อง

<u>ผลการประเมิน</u> ให้ความร่วมมือในการฝึกทักษะต่างๆ ทั้งหมดได้ดี ดังคำพูด*"ทุกครั้งที่มารับยาตรงตามนัด ผมจะพยายามเป็นพี่เลี้ยง ช่วยแชร์ประสบการณ์นี้ให้กับเพื่อนผู้ใช้ยาคนอื่นๆ" "ไม่น่าเชื่อเลยนะครับที่ผมจะมาเข้าได้ครบ 8 ครั้ง ขอบคุณพี่พยาบาลที่ให้เวลาและยอมรับสภาพของผม ทีแรกผมก็ถอดใจ ขอบคุณที่อนุญาติให้(แฟน)มาช่วยผม"*

ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q ไม่พบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วย PSQI ได้ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับดี

**วิเคราะห์กรณีศึกษา**

การเปรียบเทียบระหว่างแนวคิดและทฤษฎีกับกรณีศึกษา นำเสนอตามตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบระหว่างแนวคิดและทฤษฎีกับกรณีศึกษา

| แนวคิดและทฤษฎี | กรณีศึกษา |
|---|---|
| 1. ภาวะโรคร่วมในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ มีทั้งโรคและอาการทางร่างกาย จิตเวช และอารมณ์ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเฮโรอีนแบบฉีด<br>1.1 อาการซึมเศร้าในผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ อาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ทางสุขภาพ | - ยาเสพติดหลักที่ใช้คือเฮโรอีนชนิดฉีดและมีความเสี่ยงระดับรุนแรงของการใช้เฮโรอีนชนิดฉีดจากการประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพ พบ แบบแผนที่ 10 ด้านการปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด บกพร่อง และการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q ระหว่างวันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 - วันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2567 ได้ 1-2 คะแนนแปลว่ามีแนวโน้มเป็นภาวะซึมเศร้า<br>- ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคต่างๆ จากการประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพ พบแบบแผนที่ 9 บกพร่องด้านการเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |

| แนวคิดและทฤษฎี | กรณีศึกษา |
|---|---|
| 2. เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ คือ 1) ลดหรือหยุดใช้ยาเสพติด 2) ป้องกันอันตรายในอนาคตที่อาจเกิดขึ้นจากการเกี่ยวข้องกับสารกลุ่มโอปิออยด์ 3) เพิ่มคุณภาพชีวิตในการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย จึงเลือกการพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน โดยที่ยังคงความสำคัญของการดูแลภายใต้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ ต้องการตอบคำถามที่ว่า“พยาบาลทำหน้าที่อะไร”และ“พยาบาลควรทำอย่างไร” ทำให้สะท้อนภาพลักษณ์ของพยาบาลและบทบาทของการให้คำปรึกษา ตลอดจนการรับรู้ของพยาบาลและผู้รับบริการต้องสอดคล้องกัน ทั้งสองฝ่ายจะต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ยอมรับนับถือในความสามารถของบุคคลที่คิด แสวงหาและใช้ความรู้ตัดสินใจและเลือกการกระทำ | - การให้การพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ในแต่ละครั้งมีการตั้งเป้าหมายต่อการฝึกทักษะพยาบาลจะชี้แจงและอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เข้าใจถึงเป้าหมายว่าการทำกิจกรรมหรือฝึกทักษะในวันนี้จะนำไปสู่เป้าหมายอะไร ผู้ป่วยจึงให้ความร่วมมือในการฝึก จนเกิดการเรียนรู้ภายในตนเอง<br>- เลือกใช้การให้การปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานเป็นเครื่องมือทางการพยาบาล ต้องใช้กระบวนการและทักษะพื้นฐานของการให้คำปรึกษา เป็นการสร้างการสื่อสารแบบสองทางทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสโต้ตอบ แสดงออกทางความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม เอื้อต่อการทบทวนตรวจสอบด้วยการใช้คำถาม การทวนความ การฟัง การเงียบ การสรุปความเพื่อยืนยันความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ความเข้าใจผู้ป่วยจะเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่เอื้อต่อการพัฒนาสัมพันธภาพเชิงบำบัดให้มีมากยิ่งขึ้นต่อไป<br>- ใช้ทักษะพื้นฐานของการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะการฟังอย่างใส่ใจ และการใช้คำถามปลายเปิด ทำให้รู้ความคิดความรู้สึกและต้องการของผู้ป่วยนำไปสู่การตั้งเป้าหมายร่วมกันได้ อีกทั้งให้ความสำคัญกับความสามารถของผู้ป่วย ดังตัวอย่างการฝึกสมาธิหรือสติในชีวิตประจำวันตามโปรแกรมต้องฝึก 10 นาที และเพิ่มขึ้นต่อในสัปดาห์ต่อไป แต่ผู้ป่วยรายงานการฝึกเพียง 3-5 นาที หรือช่วงแรกไม่ได้บันทึกการฝึก พยาบาลยอมรับในความสามารถของผู้ป่วยที่ปฏิบัติได้ผลเพียงระดับที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ และถือเป็นโอกาสให้พยาบาลกระตุ้นผู้ป่วยเพิ่มระยะเวลาการฝึกโดยตั้งคำถามถึงประโยชน์หรือข้อดีของการได้ฝึก คำตอบของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตัวเองว่าควรเพิ่มเวลาการฝึก หรือ การจดบันทึกดีหรือไม่ |
| 3. การประเมินการบรรลุเป้าหมายพยาบาลและผู้รับบริการต้องร่วมกันประเมิน โดยประเมินจากปัญหา และอุปสรรคระหว่างกิจกรรม แนวทางการจัดการ หรือใช้เครื่องมือในการประเมินความสำเร็จตามเป้าหมาย | - การพยาบาลแต่ละครั้ง พยาบาลจะรวบรวมข้อมูลทั้งจากข้อมูลประวัติเดิม ประวัติอาการหรือการตรวจประเมินต่างๆ มาพิจารณาประกอบการประเมินความก้าวหน้าของแต่ละข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทั้งนี้ ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลต่างๆ ร่วมด้วย เช่น ผลการประเมินต่าง ๆ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากตัวผู้ป่วยเอง ดังเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยกลับไปใช้กัญชาซ้ำและขอเลื่อนนัด แต่ในที่สุดด้วยสัมพันธภาพเชิงบำบัด และผลการตรวจปัสสาวะที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกเล่าข้อมูลตามความจริง นำไปสู่การตั้งเป้าหมายเรื่องการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและทบทวนทักษะต่างๆ ร่วมกัน |
| 4. กระบวนการหลักของการพยาบาลคือ การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย | - มีการรวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วยจากเวชระเบียน การซักประวัติ การตรวจสภาพร่างกายจิตใจ การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน การคัดกรองประเมินภาวะทางสุขภาพจิต การนอนหลับ แรงจูงใจ ความเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการให้การพยาบาลต่อไป |

| แนวคิดและทฤษฎี | กรณีศึกษา |
|---|---|
| 5. การวินิจฉัยการพยาบาล แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่<br>1) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว<br>2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้<br>3) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น<br>4) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี | 2.6 กรณีศึกษานี้มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทที่ 1 และ 2 คือ<br>1) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว ได้แก่ ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการขาดยา มีปัญหาการนอนหลับยากเนื่องจากแบบแผนการนอนที่ผิดปกติอันเป็นผลจากการใช้สารเสพติด<br>2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง ได้แก่<br>-เสี่ยงต่ออันตรายแก่ชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน เสี่ยงต่อการเป็นโรคภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการใช้สารเสพติดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง<br>- เสี่ยงต่อการเป็นโรคภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการใช้สารเสพติดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง<br>- เสี่ยงต่อการใช้ยาเมทาโดนสำหรับการบำบัดผิดวัตถุประสงค์ และการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ<br>- มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคติดต่ออื่นๆ |
| 6. หัวใจสำคัญของโปรแกรม MBTC คือการใช้สติและสมาธิเป็นเครื่องมือเยียวยาอาการทางกายและใจควบคู่กัน ใช้สมาธิลดความวิตกกังวล และใช้การฝึกสติเพื่อปล่อยวางจากอารมณ์ และความคิดทางลบ | - ผู้ป่วยสามารถฝึกทักษะหลัก ทั้ง 2 ทักษะนี้ได้ แม้ว่าการนำกลับไปฝึกต่อที่บ้านอาจยังไม่ระยะยาวนานตามที่กำหนดในโปรแกรม หรือความสม่ำเสมออาจยังไม่ต่อเนื่องนัก แต่ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ตรงจากการฝึก รับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นดังเช่นคำบอกเล่าในระหว่างการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ดังตัวอย่างคำพูด*“ผมสามารถสร้างความสุข สบายใจ และทำงานได้อย่างเต็มที่จากการฝึกสร้างสมาธิและบันทึกการมีสติอย่างน้อยผมก็มีเวลาจัดการอารมณ์ความรู้สึกลบนี้ ได้วันละ 2 ครั้ง”* |

## สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวเป้าหมายคือ หยุดการใช้เฮโรอีน ลดความเสี่ยงต่ออันตรายจากการขาดเฮโรอีน และเพิ่มคุณภาพชีวิต แต่จากประวัติต่างๆ ผลการตรวจร่างกายและจิตใจ ระดับแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยพบปัญหาและความเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ 1) ไม่สุขสบายจากอาการขาดยา 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อชีวิต 3) เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า 4) เสี่ยงต่อการใช้ยาเมทาโดนผิดวัตถุประสงค์และหรือกลับใช้ยาเสพติดซ้ำ 5) ปัญหาการนอนหลับ 6) เสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงให้การพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาโดยการใช้สติเป็นพื้นฐานร่วมด้วยประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง การเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะต่างๆ อาทิ การจัดการกับความว้าวุ่นใจ (สมาธิ) ช่วยให้จัดการความคิดเกิดความสงบผ่อนคลายได้ ทักษะสติช่วยให้มีความรู้สึกตัวในปัจจุบันเอื้อต่อการรู้เท่าทันตัวกระตุ้นทั้งอารมณ์ ความคิดเชิงลบที่เชื่อมโยงไปถึงการกระทำและการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมอันส่งผลต่อการเกิดความขัดแย้งกับบุคคลใกล้ชิดและคนในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความอยากเสพยาเสพติดซ้ำได้ กล่าวได้ว่ากิจกรรม 8 ครั้งนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ภายในตนเอง ได้ไคร่ครวญทบทวนทั้งด้านพฤติกรรมอารมณ์ความคิด และกระตุ้นแรงจูงใจต่อความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในการรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวโดยที่ไม่เกิดความเสี่ยงอันตรายต่างๆ ไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ไม่นำยาเมทาโดนไปใช้ผิดวัตถุประสงค์และปรับปรุงแบบแผนสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นได้

## วิจารณ์

กรณีศึกษานี้ สามารถดำเนินกิจกรรมได้ครบทั้ง 8 ครั้งโดยที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี แม้บางครั้งผู้ป่วยมีการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ หรือมีอารมณ์

โกรธโมโห แต่ผู้ป่วยยอมรับและบอกเล่าให้ผู้ศึกษารับรู้ตามจริง ทั้งนี้เนื่องจากสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างผู้ป่วยและผู้ศึกษา อีกทั้งผู้ศึกษายึดหลักการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กล่าวคือการมาตามนัดครั้งใดที่ผู้ป่วยมีอารมณ์หรือพฤติกรรมไม่พร้อมต่อการเรียนรู้กิจกรรมครั้งใหม่ ผู้ศึกษาจะยอมรับโดยการฟัง สะท้อน และให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง จึงพบว่าการทำกิจกรรมตามโปรแกรมต้องยืดหยุ่นตามความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะเรียนรู้ทักษะใหม่เพิ่มเติมจะให้ทบทวนหรือฝึกทักษะเดิมซ้ำก่อน เนื่องจากทักษะเดิมที่ได้เรียนรู้มาก่อนจะเป็นพื้นฐานต่อการเรียนรู้ทักษะใหม่ต่อไป นอกจากนี้ญาติใกล้ชิดเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สามารถช่วยสนับสนุนกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการคงอยู่ในการบำบัดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งญาติต้องได้รับการดูแลและสนับสนุนทางจิตใจด้วยเช่นกัน การเรียนรู้จากกรณีศึกษานี้คือ ญาติมีความต้องการเรียนรู้กิจกรรมต่างๆ เช่นเดียวกับผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงหาเวลาในการแนะนำและให้ญาติฝึกทักษะพื้นฐานโดยเฉพาะการจัดการกับความว้าวุ่นใจด้วยหยุดความคิดโดยการรับรู้ลมหายใจ (สมาธิ) และฝึกสติสามารถนำไปใช้ในขณะสื่อสารกับผู้ป่วยได้ซึ่งส่งผลทำให้ลดความขัดแย้งลงและสามารถส่งเสริมให้กำลังใจซึ่งกันและกันได้ กล่าวได้ว่าการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานจัดเป็นการให้คำปรึกษาที่มุ่งเป้าการให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง สามารถมองเห็นปัญหาและวิธีการแก้ไขได้ด้วยตนเองเช่นเดียวกับการให้คำปรึกษารายบุคคล แต่มีความแตกต่างคือการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานมีการสอดแทรกความรู้ความเข้าใจและวิธีการฝึกทักษะสำหรับจัดการอารมณ์ความคิดและพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการนำไปสู่ความอยากเสพยาเสพติดหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างๆ และเอื้อต่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองด้วย กล่าวคือเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระตุ้นอารมณ์ความคิดเชิงลบแล้วสามารถรับรู้ความรู้สึกความคิดลบนั้น สามารถใช้ทักษะในการผ่อนคลายและปรับเปลี่ยนมุมมองการกระทำจะสร้างความรู้สึกสำเร็จภายในตัวของผู้ป่วยและความรู้สึกดังกล่าวนี้จัดเป็นแรงเสริมภายในที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการฝึกทักษะให้ต่อเนื่อง

## ข้อเสนอแนะ

1. สนับสนุนให้มีการพัฒนาผู้ให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานให้เพิ่มมากขึ้นและพัฒนาคุณภาพของผู้ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องโดยอาจทำให้รูปแบบชมรม ชุมชนนักปฏิบัติ

2. พัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานแบบกลุ่มเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

## ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 - 90 นาที บางครั้งผู้ป่วยอาจไม่มีความตั้งใจ หรือความจดจ่อได้ไม่ค่อยต่อเนื่อง จึงต้องมีการทำความเข้าใจถึงลักษณะการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนเริ่มโปรแกรมและพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

2. ผู้ให้การปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐานต้องฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน จึงจะสามารถเข้าใจประสบการณ์ อุปสรรคที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการนำทักษะต่างๆไปใช้ของผู้ป่วยตลอดจนให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. ข้อมูลสถิติ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category&sectioned=2&id=9&Itemid=53

2. ปรีชญาณ์ นักฟ้อน. การสำรวจพฤติกรรมของกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดที่เข้ารับบริการตามมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2561;21:132-147.

3. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic

review. Lancet Glob Health. 2017;5(12):e1192-e1207.

4. พิมพ์ชมพู ศรีถนอม. ผลของโปรแกรมจัดการการตีตราตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.

5. ดุสิตา พึ่งสำราญ, อภินันท์ อร่ามรัตน์. การศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไวรัสตับบีและซี และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยการฉีด เชียงใหม่ ประเทศไทย. เชียงใหม่: ม.ป.พ.; 2562.

6. ไพวัล อาจหาญ, ชมชื่น สมประเสริฐ, นุชนาถ บรรทุมพร. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2562;33(2):61-75.

7. อังกูร ภัทรากร, วรพงษ์ สราญทิวาวัลย์, สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา, ธวัช ลาพินี, อดิศักดิ์ งามขจรวิวัฒน์, วีรวัต อุครานันท์, และคณะ. มาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดน ระยะยาวของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ม.ป.ป. เข้าถึงได้จาก: https://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/59/1-59.pdf?utm_source=chatgpt.com

8. วีรวัต อุครานันท์. การรักษาด้วยการให้เมทาโดนทดแทน ในกลุ่มผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ : ทบทวนวรรณกรรม. วารสารกรมการแพทย์. 2560; 42(2):116-121.

9. ดวงใจ ดวงฤทธิ์, นัทชา ชีวินอภิรักษ์, รวิพร จันทร์ศิริยานันท์, ธนานันท์ เพ็ชร์นิล. การพัฒนาแนวทางการบำบัดผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยเมทาโดนระยะยาว. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564; 36(1):119-125.

10. Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. Subst Abus. 2009;30(4):295-305.

11. Davis JP, Berry D, Dumas TM, Ritter E, Smith DC, Menard C, et al. Substance use outcomes for mindfulness based relapse prevention are partially mediated by reductions in stress: Results from a randomized trial. J Subst Abuse Treat. 2018;91:37- 48.

12. Glasner-Edwards S, Mooney LJ, Ang A, Garneau HC, Hartwell E, Brecht ML, et al. Mindfulness Based Relapse Prevention for Stimulant Dependent Adults: A Pilot Randomized Clinical Trial. Mindfulness (NY). 2017;8(1):126-135.

13. วรรณจรี มณีแสง. ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติบำบัดต่อการกลับมาเสพซ้ำในกลุ่มผู้เข้ารับการ บำบัดการติดสารเมทแอมเฟตามีน [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.

14. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. คู่มือสติบำบัด (Mindfulness–based therapy and counseling: MBTC manual). นนทบุรี: บียอนด์พับลิชชิ่ง; 2559.

# ผลของรูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพผู้ติดสารเสพติดแบบหน่วยเคลื่อนที่ต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัด Modified Matrix Program โรงพยาบาลมวกเหล็ก

# The effective of mobile drug abuse treatment model on retention in the Modified Matrix Program, Muaklek Hospital

รุ้งทิพย์ อาสะโภ[1]

## บทคัดย่อ

การวิจัยแบบทดลองเบื้องต้นครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพผู้ติดสารเสพติดแบบหน่วยเคลื่อนที่ Mobile Unit ด้วยโปรแกรม Modified Matrix Program โรงพยาบาลมวกเหล็ก ในประเด็นการคงอยู่ในระบบการบำบัด ความรู้เรื่องโรคสมองติดยา ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพผู้ติดยาเสพติดที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลลำสมพุง ลำพญากลาง ซับสนุ่น และหนองย่างเสือ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี บำบัดรักษายาเสพติดรูปแบบหน่วยเคลื่อนที่ Modified Matrix Program โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 53 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมจิตสังคมบำบัด แบบวัดความรู้โรคสมองติดยา และแบบประเมินความพึงพอใจ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ ผลการศึกษา เปรียบเทียบการคงอยู่ในระบบบำบัด ระหว่างรูปแบบหน่วยเคลื่อนที่กับรูปแบบผู้ป่วยนอกช่วงเวลาเดียวกัน พบว่า การคงอยู่ในระบบบำบัดของผู้ใช้รูปแบบหน่วยเคลื่อนที่ Mobile Unit สูงกว่าผู้ใช้รูปแบบบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P= 0.006) คือ ร้อยละ 50.9 และร้อยละ 23.1 ตามลำดับ ส่วนผลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยาของผู้ใช้รูปแบบบำบัดยาเสพติดแบบหน่วยเคลื่อนที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.6 ระดับต่ำร้อยละ 34.0 และระดับสูง ร้อยละ 26.4 และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.27 ข้อเสนอแนะ ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยาที่น้อยที่สุด ได้แก่ การกลับไปเสพซ้ำแม้เพียงครั้งเดียวนับเป็นความล้มเหลวในการบำบัดรักษา ร้อยละ 77.4 รองลงมาคือ การติดยาเป็นเรื่องส่วนบุคคลผลกระทบเกิดขึ้นเฉพาะกับตัวบุคคลเท่านั้น ร้อยละ 56.6 ควรให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้รับการบำบัดยาเสพติด โดยเน้นสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องว่าการเสพซ้ำไม่นับว่าเป็นความล้มเหลว แต่เป็นโอกาสทบทวนปัจจัยกระตุ้นเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ และผลกระทบจากการเสพยาเสพติดไม่ได้เกิดเฉพาะกับตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังกระทบต่อครอบครัว สังคม ประเทศชาติ การดำเนินงานของโรงพยาบาลมวกเหล็กยังไม่สอดคล้องตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาและการติดตามไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ควรคืนข้อมูลการศึกษาครั้งนี้แก่ภาคีเครือข่าย สร้างความร่วมมือในระดับอำเภอ เร่งรัดค้นหา คัดกรองส่งต่อผู้เสพผู้ติดเข้าสู่การรักษา สนับสนุนการดำเนินงานรูปแบบหน่วยเคลื่อนที่อย่างต่อเนื่อง และติดตามช่วยเหลือให้ผู้รับการบำบัดสามารถบำบัดครบตามโปรแกรม

**คำสำคัญ:** การบำบัดยาเสพติดรูปแบบหน่วยเคลื่อนที่, โปรแกรมจิตสังคมบำบัดประยุกต์, การคงอยู่ในระบบการบำบัด

[1] โรงพยาบาลมวกเหล็ก อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี

## Abstract

This preliminary experimental study aims to investigate the effects of a mobile unit-based Modified Matrix Program at Muaklek Hospital on drug users in terms of retention in treatment, knowledge of drug-induced brain disease, and satisfaction with the service. The sample consisted of 53 drug users residing in the sub-districts of Lamsampung, Lamphayaklang, Sapsunun, and Nongyangsuea, Muaklek District, Saraburi Province, who received treatment through a mobile unit-based Modified Matrix Program. The sampling method was purposive. Data collection instruments included a general information form, a form for recording participation in psychosocial treatment programs, a knowledge scale of drug-induced brain disease, and a satisfaction assessment form. The content validity of these instruments was verified by three experts. Data was analyzed using descriptive statistics and the chi-square test.

The study compared the retention rates of drug users in a mobile unit-based treatment program versus a traditional outpatient treatment program over the same period. The results showed a significantly higher retention rate ($p = 0.006$) among participants in the mobile unit program (50.9%) compared to those in the outpatient program (23.1%).

Regarding knowledge of drug-induced brain disease, participants in the mobile unit program demonstrated a moderate level of knowledge (39.6%), with a lower proportion having low knowledge (34.0%) and a smaller proportion having high knowledge (26.4%). The average satisfaction score for the mobile unit service was high, with a mean score of 4.27. Regarding knowledge about substance addiction, users of the Mobile Unit showed moderate levels, with percentages of 39.6% at a medium level, 34.0% at a low level, and 26.4% at a high level. Satisfaction with the service model was rated as high, with an average score of 4.27.

The study found that the least understood concept regarding brain disease related to drug use was the idea that relapse, even once, is considered a treatment failure (77.4%). This was followed by the belief that drug addiction is a personal issue that only affects the individual (56.6%). It is recommended that additional education be provided to substance users, emphasizing the correct understanding that relapse is not a failure but an opportunity to review triggering factors and prevent future relapse. Additionally, the impact of drug use extends beyond the individual and affects families, society, and the nation.

The performance of Muaklek Hospital does not align with the Ministry of Public Health's target of a minimum 60% retention rate and follow-up rate. It is recommended that the findings of this study be shared with network partners to foster collaboration at the district level. Efforts should be made to accelerate the identification, screening, and referral of substance users into treatment. Furthermore, continued support for the Mobile Unit program and follow-up care for recipients should be provided to ensure the successful completion of treatment programs.


**Keywords:** Mobile drug abuse treatment model, Modified Matrix Program, Retention in the treatment system.

## บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดโลก ข้อมูลรายงาน World Drug Report 2021 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime) พบผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก สถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทยจากรายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีการจับกุมคดียาเสพติดทั้งหมด 337,186 คดี ผู้ต้องหา 350,758 คน ของกลางยาบ้า 554.7 ล้านเม็ด ไอซ์ 26,662 กิโลกรัม เฮโรอีน 4,520 กิโลกรัม คีตามีน 1,350 กิโลกรัม โคเคน 45 กิโลกรัม เอ็กซ์ตาซี 447,213 เม็ด และกัญชา 41,573 กิโลกรัม การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีในการค้ายาเสพติด การติดต่อสื่อสาร การเงิน การขนส่งมีมากขึ้น การค้ายาเสพติดในปัจจุบันพบว่ากลุ่มผู้ค้ายาเสพติดได้ใช้ช่องทางออนไลน์ควบคู่กับการส่งยาเสพติดทางพัสดุไปรษณีย์ ในการกระจายยาเสพติดไปสู่กลุ่มผู้เสพมากขึ้น กลยุทธ์การค้าทำให้ยาเสพติดมีราคาถูกลง กระตุ้นการใช้ยาเสพติด ผู้เสพรายใหม่เข้าสู่วงจรยาเสพติดมากขึ้น จากข้อมูลผู้เข้าบำบัดรักษาที่เข้าสู่ระบบจะพบสัดส่วนผู้เสพรายใหม่ถึงร้อยละ 70.34 จากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 155,500 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.66 กลุ่มอายุส่วนใหญ่ 25-29 ปี ร้อยละ 18.24 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 17.01 กลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 15.29 และกลุ่มอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 13.78 ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 63.61 รองลงมาคือ ผู้ติด ร้อยละ 31.99 และ ผู้ใช้ ร้อยละ 4.40 ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดคือ ยาบ้า ร้อยละ 79.2 รองลงมาคือไอซ์ ร้อยละ 8.3 กัญชา ร้อยละ 4.4 และเฮโรอีนร้อยละ 3.3[1] สถานการณ์ยาเสพติดของจังหวัดสระบุรี เนื่องจากจังหวัดสระบุรีเป็นพื้นที่เศรษฐกิจสำคัญมีการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรม โดยมีจำนวนโรงงานและแรงงานเข้าสู่พื้นที่เพิ่มขึ้น กลุ่มที่มีแนวโน้มใช้ยาเสพติดจะเป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงานและผู้ว่างงาน ประเภทยาเสพติดที่แพร่ระบาด ได้แก่ เมทแอมเฟตามีน กัญชา ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มใช้แรงงาน[2]

อำเภอมวกเหล็ก ภูมิประเทศมีเส้นทางป่าเขา เดินทางลำบากไม่ค่อยสะดวก เหมาะสำหรับการหลบหนี ยากลำบากต่อการสกัดกั้นของเจ้าหน้าที่ และเป็นที่พื้นที่รอยต่อจึงมักเป็นแหล่งพักยาเสพติดที่มีจำนวนมาก สารเสพติดที่พบบ่อยในพื้นที่ ได้แก่ ยาบ้า ไอซ์ ยาอี กัญชา กลุ่มผู้ใช้ได้แก่กลุ่มใช้แรงงานภาคการเกษตร กลุ่มผู้ว่างงาน กลุ่มวัยรุ่นทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา โรงพยาบาลมวกเหล็กให้บริการการบำบัดรักษายาเสพติด มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการและลดอันตรายหรือผลกระทบจากยาเสพติด บำบัดรักษาโดยใช้โปรแกรมกายจิตสังคมบำบัด (Modified Matrix Program) รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี[3] จากรายงานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) โรงพยาบาลมวกเหล็ก ปี 2564 ผู้เข้ารับการบำบัด 26 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 96.15 กลุ่มอายุส่วนใหญ่ คือ 18-24 ปี ร้อยละ 46.15 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 19.23 กลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 15.38 และกลุ่มอายุมากกว่า 39 ปี ร้อยละ 15.38 เป็นผู้เสพ ร้อยละ 73.08 รองลงมา คือ ผู้ติด ร้อยละ 11.54 และผู้ใช้ ร้อยละ 15.38 ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดคือ ยาบ้าร้อยละ 96.15 ยาไอซ์ ร้อยละ 3.85 จากการทบทวนผลงานบำบัดรักษายาเสพติดของโรงพยาบาลมวกเหล็กปี 2562 - 2564 ผู้ป่วยที่หยุดรับการบำบัดฟื้นฟูหรือบำบัดไม่ครบโปรแกรม (Drop out) ในช่วง 3 ปีนั้น ร้อยละ 57.14 มีบ้านอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลมวกเหล็ก รองลงมาร้อยละ 30.05 เป็นกลุ่มแรงงาน ไม่ต้องการขาดงานกลัวเสียรายได้ และร้อยละ 9.25 ออกจากพื้นที่หรือถูกจำคุก กลุ่มที่ออกจากระบบบำบัดมากเป็นอันดับแรกอยู่ในตำบลหนองย่างเสือ ตำบลซับสนุ่น ตำบลลำพญากลาง และตำบลลำสมพุงไกลที่สุดห่างจากตัวอำเภอมวกเหล็ก 90 กิโลเมตร ภูมิประเทศมีเส้นทางป่าเขา ไม่มีรถโดยสารวิ่งผ่าน การเดินทางลำบาก โรงพยาบาลมวกเหล็กแก้ปัญหาลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการ โดยใช้รูปแบบหน่วยเคลื่อนที่บำบัดรักษายาเสพติด จัดบริการเหมือนกับ OPD คือลงทะเบียน ตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ กิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรม Modified Matrix

โดยนักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลวิชาชีพ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 16 ครั้ง ระยะเวลา 4 เดือน สิ่งที่แตกต่างจาก OPD คือการปรับเปลี่ยนสถานที่นัดหมายให้เหมาะสม สำหรับผู้รับบริการที่อยู่ห่างไกลตามแนวคิดการบริการใกล้บ้านใกล้ใจ โดยหน่วยบำบัดรักษาที่เคลื่อนที่ได้เดินทางไปพบผู้ป่วยตามจุดนัดหมายในชุมชน ช่วยลดค่าใช้จ่ายจ้างเหมารถรับจ้างเพื่อเดินทางมาโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดรักษาสารเสพติด โดยใช้รูปแบบหน่วยเคลื่อนที่ Mobile Unit โปรแกรม Modified Matrix หากผลการวิจัยนี้เสร็จสิ้นจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยบริการบำบัดยาเสพติดที่มีบริบทใกล้เคียงกับอำเภอมวกเหล็ก สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปปรับปรุงให้เกิดความเหมาะสมกับพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาการบำบัดไม่ครบโปรแกรมของผู้ป่วยบำบัดรักษายาเสพติดในพื้นที่อื่นๆ ได้

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพผู้ติดสารเสพติดแบบหน่วยเคลื่อนที่ (Mobile Unit) โปรแกรม Modified Matrix Program โรงพยาบาลมวกเหล็กต่อการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยา และความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (Pre Experimental Research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลหลังการทดลอง (One-group posttest-only design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้เสพผู้ติดยาเสพติดที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลลำสมพุง ตำบลลำพญากลาง ตำบลซับสนุ่น และตำบลหนองย่างเสือ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ได้รับบริการบำบัดรักษายาเสพติดระบบสมัครใจรูปแบบหน่วยเคลื่อนที่ Modified Matrix Program จำนวน 53 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

**เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)** มีดังนี้

1. เป็นผู้เสพผู้ติดยาบ้า ยาไอซ์ ที่คะแนนคัดกรอง V.2 ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป

2. ติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยินและการมองเห็นที่เป็นอุปสรรค ในการอ่านเขียนหนังสือ

3. มีช่องทางติดต่อสื่อสารได้ ได้แก่ เบอร์โทรศัพท์ หรือ แอปพลิเคชันไลน์

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

**เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)** มีดังนี้

1. มีอาการทางจิตที่ยังไม่สงบ

2. ผู้ป่วยขอถอนตัวจากการวิจัย

**การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง**

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณจากแอปลิเคชัน N4Studies ข้อมูลเป็นกลุ่ม และทราบประชากร (N) เลือกใช้สูตร Finite Population Proportion[4,5,6]

$$n = \frac{Np(1-p)z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2(N-1)+p(1-p)z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

กำหนดค่า Proportion จากงานศึกษาวิจัยของธัญญาพร สายโน, ปวีณา ลิมปิทีปราการ, อรุณ บุญสร้าง, ปัณฑิตา สุขุมาลย์ และ พลากร สืบสำราญ. (2564). การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบจิตสังคมบำบัดประยุกต์ รพ.สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีผู้ป่วยบำบัดครบโปรแกรม (คงอยู่ในระบบบำบัดรักษา) ร้อยละ 40.4 ดังนั้นค่า Proportion (p)= 0.40 Error (d)= 0.05 Alpha ($\alpha$)= 0.05 Z (0.975) = 1.96 มีจำนวนผู้เสพผู้ติดสารเสพติดที่ใช้รูปแบบหน่วยเคลื่อนที่ทั้งหมด 53 คน Population size(N)= 53 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวกลุ่มตัวอย่าง (n) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 47 คน เพื่อป้องกันผู้ป่วยสูญหาย เช่น มีอาการป่วยทางจิตระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย ย้ายออกนอกพื้นที่ เช่น ย้ายที่อยู่ เข้าเรือนจำ ส่งต่อสถานฟื้นฟูฯ ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ 53 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับความรุนแรงของการติดสารเสพติด หรือ คะแนนคัดกรอง V.2 โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

1.2 แบบบันทึกข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมจิตสังคมบำบัด/ Modified Matrix Program จำนวน 16 กิจกรรม โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

1.3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยา จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบถูกผิด คะแนนเต็ม 10 คะแนน เป็นข้อคำถามเชิงบวก 6 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ แปลผลโดยใช้การแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning of Mastery ของ Bloom (Benjamin Bloom,1986 อ้างใน สมหมาย คชนาม)[7,8] คำนวณค่าเป็นร้อยละ แบ่งเป็น 3 ระดับ

| | | |
|---|---|---|
| ความรู้ระดับสูง | หมายถึง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป | (8-10 คะแนน) |
| ความรู้ระดับปานกลาง | หมายถึง คะแนนร้อยละ 60-79 | (6-7 คะแนน) |
| ความรู้ระดับต่ำ | หมายถึง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 | (0-5 คะแนน) |

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) มีจำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน มีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.95 จากนั้นจัดอันดับของช่วงคะแนนแบบอิงกลุ่มโดยพิจารณาค่าจากคะแนนดิบ คะแนนต่ำสุด (1 คะแนน) และค่าคะแนนสูงสุด (5 คะแนน) แล้วแบ่ง 3 ช่วง (ระดับน้อย/ปานกลาง/มาก) ใช้สูตร Class Interval (Best, 1970 อ้างใน สมหมาย คชนาม[7,9]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย คือ รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบหน่วยเคลื่อนที่ (Mobile Unit)[10,11] ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ประเมินปัญหาข้อจำกัดด้านการเดินทาง และเสนอทางเลือกรูปแบบบำบัดรักษาแบบหน่วยเคลื่อนที่ กำหนดวัน เวลา และสถานที่นัดหมาย ประสานเครือข่ายฯจัดเตรียมสถานที่ทำกิจกรรมกลุ่ม จัดบริการแบบหน่วยเคลื่อนที่ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรม Modified Matrix จำนวน 16 ครั้ง ระยะเวลา 4 เดือน ประเมินการเสพซ้ำโดยการตรวจปัสสาวะทุก 1 สัปดาห์ แฟ้มเวชระเบียน คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงาน คู่มือสำหรับผู้รับบำบัด แผ่นพับให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดยา อุปกรณ์เก็บปัสสาวะ ระบบสื่อสารที่ใช้ในการติดตามและให้คำปรึกษา ได้แก่ โทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์ (Line)

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาดังนี้

1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยา ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 0.83

2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 0.95 ซึ่งเป็นค่าที่มากกว่า 0.80 จึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์คุณภาพดี[12]

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach’s Coefficient +Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยา เท่ากับ 0.683

2. ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ เท่ากับ 0.678 ซึ่งค่าที่มากกว่า 0.60 ถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นที่สามารถยอมรับได้[13]

**สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาระหว่างรูปแบบหน่วยเคลื่อนที่กับรูปแบบผู้ป่วยนอก (รูปแบบเดิม) โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ Chi-square test มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ p-value < 0.05

**จริยธรรมในการวิจัย**

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เลขที่โครงการวิจัย EC 040/2566 รับรองเมื่อวันที่ 11 เดือน สิงหาคม พ.ศ 2566

## ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงแบบทดลองเบื้องต้นครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพผู้ติดสารเสพติดแบบหน่วยเคลื่อนที่ (Mobile Unit) ประกอบด้วย การคงอยู่ในระบบบำบัดรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยา และความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการของผู้เสพผู้ติดยาเสพติดที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลลำสมพุง ลำพญากลาง ซับสนุ่น และหนองย่างเสือ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี บำบัดรักษายาเสพติดด้วยรูปแบบหน่วยเคลื่อนที่ Modified Matrix Program ผลการวิจัยดังต่อไปนี้

**1. ข้อมูลทั่วไป**

ผู้รับการบำบัดยาเสพติดแบบหน่วยเคลื่อนที่ (Mobile Unit) จำนวน 53 คนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 77.4 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน อายุระหว่าง 40-49 ปีมากที่สุด ร้อยละ 39.6 รองลงมาอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 30.2 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 81.1 จำแนกระดับความรุนแรง เป็นผู้เสพ ร้อยละ 92.5 เป็นผู้ติด ร้อยละ 7.5

**2. การคงอยู่ในระบบบำบัดรักษา โปรแกรมจิตสังคมบำบัด Modified Matrix Program**

2.1 ผู้รับการบำบัดเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมจิตสังคมบำบัด Modified Matrix Program รูปแบบหน่วยเคลื่อนที่จำแนกตามสถานะจำหน่ายได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 จำหน่ายครบโปรแกรม ร้อยละ 50.9 กลุ่มที่ 2 จำหน่ายไม่ครบโปรแกรม (Drop Out) ร้อยละ 49.1 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของผู้รับการบำบัดยาเสพติดคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาโปรแกรมจิตสังคมบำบัด Modified Matrix Program จำแนกตามสถานะการจำหน่าย

| สถานะ การจำหน่าย | จำนวน ( คน ) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| จำหน่ายครบโปรแกรม | 27 | 50.9 |
| จำหน่ายไม่ครบโปรแกรม | 26 | 49.1 |
| รวม | 53 | 100.0 |

2.2 การเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบบำบัดยาเสพติดตามโปรแกรมจิตสังคมบำบัด Modified Matrix Program กับการคงอยู่ในระบบบำบัดของผู้เสพผู้ติดยาเสพติด

ผู้เสพผู้ติดสารเสพติดที่ใช้รูปแบบการบำบัดรักษาแบบหน่วยเคลื่อนที่ Mobile Unit มีการคงอยู่ในระบบบำบัดสูงกว่ารูปแบบการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก คือ ร้อยละ 50.9 และร้อยละ 23.1 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า รูปแบบบริการมีผลต่อการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบการคงอยู่ในระบบบัดรักษาระหว่างรูปแบบบำบัดยาเสพติดรูปแบบหน่วยเคลื่อนที่และรูปแบบผู้ป่วยนอก OPD ทั้งหมดมี 52 หรือเลือกมาวิเคราะห์เพียง 52 คน

| รูปแบบบำบัดยาเสพติดโปรแกรม Modified Matrix Program | การคงอยู่ในระบบบำบัด | | รวม |
|---|---|---|---|
| | ครบโปรแกรม | ไม่ครบโปรแกรม | |
| รูปแบบหน่วยเคลื่อนที่ ( Mobile Unit) | 27 (50.9) | 26 (49.1) | 53 (100) |
| รูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD) | 12 (23.1) | 40 (76.9) | 52 (100) |
| รวม | 39 (37.1) | 66 (62.9) | 105 (100) |

$\chi^2$ = 7.58, df = 1, p = 0.006

**3. ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยา**

ผู้รับการบำบัดยาเสพติดมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยาที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก ได้แก่ เรื่องผลของยาบ้าต่อสมอง ร้อยละ 88.7 รองลงมา คือ การติดยาเสพติดเป็นโรคเรื้อรังชื่อโรคสมองติดยา ร้อยละ 79.2

ผู้รับการบำบัดยาเสพติดมีความรู้น้อยที่สุดหรือตอบผิดมาก 2 ลำดับแรก ได้แก่ การกลับไปเสพซ้ำแม้เพียงครั้งเดียวนับเป็นความล้มเหลวในการบำบัดรักษา ร้อยละ 77.4 รองลงมาคือ การติดยาเป็นเรื่องส่วนบุคคลผลกระทบเกิดขึ้นเฉพาะกับตัวบุคคลเท่านั้น ร้อยละ 56.6 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ร้อยละของผู้รับการบำบัดยาเสพติด จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยา

| ข้อที่ | ความรู้ | ตอบถูก ร้อยละ | ตอบผิด ร้อยละ |
|---|---|---|---|
| 1 | ผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง เรียกว่า โรคสมองติดยา | 79.2 | 20.8 |
| 2 | การกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีกเกิดจากความสุขความพอใจในฤทธิ์ของยา | 71.7 | 28.3 |
| 3 | ความผิดปกติของสมองของผู้ติดยาเสพติดไม่เกี่ยวข้องกับปริมาณ ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ยา | 50.9 | 49.1 |
| 4 | ผลของยาบ้าต่อการทำลายเซลล์สมองทำให้เกิดความบกพร่องด้านความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม | 88.7 | 11.3 |
| 5 | วงจรของสมองติดยา เริ่มจาก ทดลองใช้ → ติดใจ (ติดความสุขจากฤทธิ์ยา) → ใช้บ่อย → สมองติดยา | 67.9 | 32.1 |
| 6 | การติดยาเป็นเรื่องส่วนบุคคลผลกระทบเกิดขึ้นเฉพาะกับตัวบุคคลเท่านั้น | 43.4 | 56.6 |
| 7 | โรคสมองติดยาเกิดได้ยาก บำบัดรักษาได้ง่าย | 45.3 | 54.7 |
| 8 | กลไกของสมองดื้อยาจะทำให้ต้องเพิ่มปริมาณการเสพมากขึ้นเรื่อย ๆ | 67.9 | 32.1 |
| 9 | การกลับไปเสพซ้ำแม้เพียงครั้งเดียว ถือว่าเป็นความล้มเหลวในการบำบัดรักษา | 22.6 | 77.4 |
| 10 | การบำบัดรักษาโรคสมองติดยาต้องใช้ยาควบคู่กับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของครอบครัว ต้องนัดพบผู้บำบัดอย่างสม่ำเสมอ | 77.4 | 22.6 |

เมื่อพิจารณา ความรู้ของผู้รับการบำบัดยาเสพติด พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคสมองติดยาอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำร้อยละ 39.6 และร้อยละ 34.0 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของผู้รับการบำบัดยาเสพติด จำแนกตามระดับความรู้

| ระดับความรู้ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| ต่ำ (0 - 5 คะแนน) | 18 | 34.0 |
| ปานกลาง (6 -7 คะแนน ) | 21 | 39.6 |
| สูง (8 - 10 คะแนน ) | 14 | 26.4 |
| รวม | 53 | 100.0 |

$\overline{X}$ = 6.15, S.D. = 1.76, Min = 2, Max = 10

**4. ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ**

ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมของความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.27) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจจากมากไปหาน้อยตามลำดับดังนี้ พฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ ($\overline{X}$ = 4.78) คุณภาพบริการ ($\overline{X}$ = 4.40) รูปแบบบริการ ($\overline{X}$ = 4.34) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังบำบัด ($\overline{X}$ = 4.26) ระยะเวลาในการบำบัดรักษา ($\overline{X}$ = 4.17) กิจกรรมบริการ ($\overline{X}$ = 4.13) และความต้องการกลับมาใช้บริการซ้ำ ($\overline{X}$ = 3.83) ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการของกลุ่มตัวอย่าง

| **ความพึงพอใจ** | **ค่าเฉลี่ย** | **ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน** | **ระดับความพึงพอใจ** |
|---|---|---|---|
| คุณภาพบริการ | 4.40 | 0.72 | มาก |
| รูปแบบบริการ | 4.34 | 0.68 | มาก |
| กิจกรรมบริการ | 4.13 | 0.71 | มาก |
| ระยะเวลาในการบำบัดรักษา | 4.17 | 1.12 | มาก |
| พฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ | 4.78 | 0.42 | มาก |
| ความต้องการกลับมาใช้บริการซ้ำ | 3.83 | 0.85 | มาก |
| การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังบำบัด | 4.26 | 0.45 | มาก |
| รวม | 4.27 | 0.45 | มาก |

## สรุปผลและอภิปรายผล

**สรุปผล**

กลุ่มตัวอย่างคงอยู่ในระบบบำบัดรักษา ร้อยละ 50.9 ออกจากระบบบำบัดก่อนครบโปรแกรม ร้อยละ 40.1 มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.6 ระดับต่ำร้อยละ 34.0 และระดับสูง ร้อยละ 26.4 มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.27 เมื่อเปรียบเทียบการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาระหว่างรูปแบบบำบัดยาเสพติดแบบหน่วยเคลื่อนที่กับรูปแบบผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาเดียวกัน พบว่า การคงอยู่ในระบบบำบัดของผู้ใช้รูปแบบหน่วยเคลื่อนที่ Mobile Unit สูงกว่าผู้ใช้รูปแบบบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ร้อยละ 50.9 และร้อยละ 23.1 ตามลำดับ

**อภิปรายผล**

หลังการใช้รูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพผู้ติดสารเสพติดแบบหน่วยเคลื่อนที่ (Mobile Unit) ของโรงพยาบาลมวกเหล็ก ผู้เสพผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ห่างไกล มีการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาสูงกว่ารูปแบบเดิม (ผู้ป่วยนอก) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรูปแบบบริการบำบัดรักษาผู้เสพผู้ติดสารเสพติดแบบหน่วยเคลื่อนที่ (Mobile Unit) ดำเนินการดังนี้ คัดเลือกกลุ่มผู้เสพผู้ติดทั้งรายใหม่และรายเก่าที่อาศัยอยู่ใน 4

ตำบลห่างไกล คือ ตำบลลำพญากลาง ตำบลลำสมพุง ตำบลหนองย่างเสือ ตำบลซับสนุ่น ที่มีปัญหาข้อจำกัดด้านการเดินทางและค่าใช้จ่ายเดินทาง เสนอรูปแบบบำบัดรักษาแบบหน่วยเคลื่อนที่ Mobile Unit กำหนดวัน เวลา และสถานที่นัดหมายใกล้บ้านผู้รับบริการ แจ้งช่องทางการติดต่อหากต้องการเลื่อนวันนัดหมาย ประสานงานกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ เพื่อจัดเตรียมสถานที่สำหรับทำกิจกรรมกลุ่ม 8 - 10 คน จัดบริการแบบหน่วยเคลื่อนที่ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยนักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลวิชาชีพ เตรียมแฟ้มเวชระเบียน คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงาน คู่มือสำหรับผู้รับบำบัด อุปกรณ์เก็บปัสสาวะ เดินทางไปยังสถานที่นัดหมาย ดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรม Modified Matrix จำนวน 16 ครั้ง ระยะเวลา 4 เดือน ประเมินการเสพซ้ำ โดยตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะทุก 1 สัปดาห์ หลังครบระยะเวลา 4 เดือน เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามเมื่อครบระยะเวลา 4 เดือน โดยกลุ่มที่บำบัดครบโปรแกรมสัมภาษณ์หรือให้ตอบแบบสอบถาม ส่วนกลุ่มที่บำบัดไม่ครบ (Drop Out) ติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือการเยี่ยมบ้านพร้อมผู้นำชุมชน

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของธัญญาพร สายโนและคณะ[14] เรื่องผลของการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัดประยุกต์แบบผู้ป่วยนอก ในผู้ป่วยยาเสพติดที่รักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ระหว่างเดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนสิงหาคม 2559 จำนวน 235 คน ผลการบำบัดประเมินจากการไม่เสพซ้ำที่ 3 เดือน และ 1 ปีหลังการบำบัด พบว่า มีผู้ป่วย ร้อยละ 40.4 บำบัดครบตามโปรแกรม และไม่เสพซ้ำเมื่อสิ้นสุด 16 สัปดาห์ คนที่มีการเสพยาระหว่างการบำบัดจะมีโอกาสที่บำบัดไม่ครบมากกว่าคนที่ไม่มีการเสพยา 3.5 เท่า และให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาการหายไประหว่างการบำบัด และการติดตามหลังการบำบัดควรเพิ่มการติดตามเชิงรุกโดยให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการบำบัดและสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาภรณ์ ปัญญาดี[15] เรื่องผลการปรับรูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบจิตสังคมบำบัดต่อการปฏิบัติตามแผนการบำบัดของผู้รับการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกเข้ารับการบำบัดรักษารูปแบบเดิม และกลุ่มที่ 2 เป็นผู้เข้ารับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด ที่มีการปรับรูปแบบโดยเพิ่มกิจกรรม One Day Camp, Family Camp และกิจกรรมจิตอาสา เข้าไปในโปรแกรมเดิม ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.36) เป็นเพศชาย มีอายุโดยเฉลี่ย 26.32 ปี ($\overline{X}$ = 26.32, SD = 11.19) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.77) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 1.14) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และส่วนใหญ่มีรายได้โดยเฉลี่ย 8,400 บาทต่อเดือน ($\overline{X}$ = 8,399, SD = 538.66) ผลของวิเคราะห์ผลการปรับรูปแบบการนำจิตสังคมบำบัดต่อการปฏิบัติตามแผนการบำบัดรักษา มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า ผู้เข้าร่วมจิตสังคมบำบัดแบบปรับแต่งมีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ทั้งในมิติของการมารับการบำบัดรักษาตามนัด ผลการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดตกค้างที่ได้ผลลบและระยะเวลาการคงอยู่ในระบบการรักษาจนถึงวันครบบำบัด

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพผู้ติดสารเสพติดรูปแบบหน่วยเคลื่อนที่ (Mobile Unit) ซึ่งเป็นบริการเชิงรุกมีผลการบำบัดในด้านการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาดีกว่าบริการเชิงรับรูปแบบ OPD สมควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องกับผู้เสพผู้ติดยาเสพติดที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล

## ข้อเสนอแนะ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองติดยาของผู้รับการบำบัดยาเสพติดที่น้อยที่สุดหรือตอบผิดมากสองลำดับแรก ได้แก่ การกลับไปเสพซ้ำแม้เพียงครั้งเดียวนับเป็นความล้มเหลวในการบำบัดรักษา ร้อยละ 77.4 รองลงมา คือ การติดยาเป็นเรื่องส่วนบุคคล ผลกระทบเกิดขึ้นเฉพาะกับตัวบุคคลเท่านั้น ร้อยละ 56.6 พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้รับการบำบัดยาเสพติด โดยเน้นเนื้อหาเรื่องการป้องกันการเสพซ้ำ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องว่าการเสพซ้ำเกิดขึ้นได้ในระหว่างการบำบัด

แต่ไม่นับว่าเป็นความล้มเหลว หากเป็นโอกาสให้ทบทวนการจัดการปัจจัยกระตุ้นทั้งภายในภายนอก เพื่อสามารถลด ละ เลิกการกลับไปเสพซ้ำ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเสพยาเสพติดไม่ได้เกิดผลกระทบเฉพาะกับตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังกระทบต่อครอบครัว สังคม ประเทศชาติ

2. ผู้เสพผู้ติดสารเสพติดที่ใช้รูปแบบการบำบัดรักษาแบบหน่วยเคลื่อนที่ Mobile Unit ของโรงพยาบาลมวกเหล็ก กระบวนการจัดบริการเหมือนกับ OPD คือ ลงทะเบียน ตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ กิจกรรมบำบัดแบบกลุ่มตามโปรแกรม Modified Matrix รับผิดชอบโดยนักจิตวิทยาคลินิกพยาบาลวิชาชีพ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 16 ครั้ง ระยะเวลา 4 เดือน แตกต่างที่กำหนดสถานที่นัดหมายโดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้รับบริการที่อยู่ห่างไกลตามแนวคิดการบริการใกล้บ้านใกล้ใจโดยหน่วยบำบัดรักษาที่เคลื่อนที่ได้เดินทางไปพบผู้ป่วยตามจุดนัดหมายในชุมชนมีการคงอยู่ในระบบบำบัดสูงกว่ารูปแบบการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก คือ ร้อยละ 50.9 และ ร้อยละ 23.1 ตามลำดับ

3. การศึกษาครั้งที่มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาดำเนินการวิจัย การประเมินประสิทธิผลการบำบัดรักษาจึงเปรียบเทียบการบำบัดครบโปรแกรม (Retention Rate) เมื่อสิ้นสุด 16 สัปดาห์ หากสามารถขยายเวลาดำเนินการวิจัยให้มากขึ้น ควรเพิ่มการประเมินผลการบำบัดรักษาโดยเปรียบเทียบการไม่เสพซ้ำ (Remission Rate) ที่ 3 เดือนและ 1 ปีหลังการบำบัด อย่างไรก็ตามผลการบำบัดของโรงพยาบาลมวกเหล็กยังไม่สอดคล้องกับนโยบายและตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้อัตราการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาและการติดตามไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกบำบัดยาเสพติดควรคืนข้อมูลผลการศึกษาวิจัยแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมวกเหล็ก ซึ่งมีบทบาทคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอมวกเหล็กได้สะท้อนปัญหาอุปสรรค สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ เพื่อเร่งรัด การค้นหาคัดกรอง ส่งต่อผู้เสพผู้ติดเข้ารับการบำบัดรักษา สนับสนุนการดำเนินงานในรูปแบบหน่วยเคลื่อนที่อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการติดตามช่วยเหลือให้ผู้รับการบำบัดสามารถบำบัดครบตามโปรแกรม เพื่อลดการกลับไปเสพซ้ำ ลดอันตรายจากยาเสพติด

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพผู้ติดสารเสพติดแบบหน่วยเคลื่อนที่ต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัด Modified Matrix Program โรงพยาบาลมวกเหล็ก ผู้ศึกษามีโอกาสรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด และมีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อให้เข้าถึงบริการ ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน โดยเฉพาะผู้รับบริการที่บ้านอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลมีถิ่นอาศัยอยู่ในภูมิประเทศเป็นป่าเขาไม่มีรถโดยสารวิ่งผ่าน การเดินทางลำบากไม่สะดวก การจัดบริการด้วยรูปแบบหน่วยเคลื่อนที่จึงเป็นการลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการ ผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาซึ่งสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาแนะนำให้คำปรึกษาและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจาก ดร.สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงศิรดา ภูริวัฒนพงศ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ คุณกมลวรรณ แสงแก้ว นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ และคุณวรัชยากร จักร์อินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำตรวจสอบความน่าเชื่อถือหลักฐานเชิงประจักษ์ ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตตำบลลำสมพุง ตำบลลำพญากลาง ตำบลซับสนุ่น และตำบลหนองย่างเสือ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ที่มีความมุ่งมั่นในการติดตามผู้รับการบำบัดให้เข้าร่วมกิจกรรมและเอื้ออำนวยด้านสถานที่ในการจัดกิจกรรมโปรแกรมจิตสังคมบำบัด

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี และหัวหน้าพยาบาลที่ให้ความสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต].

2565 [เข้าถึงเมื่อ 27 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.oncb.go.th/

2. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://antidrugnew.moph.go.th/zCustom

3. กรมการแพทย์, สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, โรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค. การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบ Matrix Program: คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. 2563. เข้าถึงได้จาก: http://www.pmnidat.go.th/

4. สมหมาย คชนาม. การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย [เอกสารประกอบการบรรยาย]. โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี; รุ่นที่ 1 ระยะที่ 1, 4-6 พ.ค. 2566. หน้า 69-71.

5. Ngamjarus C, Pattanittum P. n4Studies: application for sample size calculation in health science research. Version 2.2. App Store; 2023.

6. Ngamjarus C. Sample size calculation for health science research. 1st ed. Khon Kaen: Khon Kaen University Printing House; 2021.

7. สมหมาย คชนาม. การเขียนรายงานการวิจัย [เอกสารประกอบการบรรยาย]. โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี; รุ่นที่ 1 ระยะที่ 3, 18-20 ก.ย. 2566. หน้า 24-31.

8. Bloom BS. Learning for mastery. Evaluation Comment. 1986;2:47-62.

9. Best JW. Research in education. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1970.

10. มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. ประวัติมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี [อินเทอร์เน็ต]. 2517 [เข้าถึงเมื่อ 7 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pmmv.or.th/aboutus.php

11. สมปรารถ์ หมั่นจิต. มฟล.ออกหน่วยแพทย์อาสาบรมราชกุมารี บริการด้านสุขภาพประชาชนพื้นที่ห่างไกล. เชียงรายนิวส์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chiangrainews.net/2020/03/12526/

12. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2553.

13. สมหมาย คชนาม. เครื่องมือการวิจัยและสถิติ [เอกสารประกอบการบรรยาย]. โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี; รุ่นที่ 1 ระยะที่ 2, 12-14 มิ.ย. 2566. หน้า 58-60.

14. ธัญญาพร สายโน, ปวีณา ลิมปิทีปราการ, อรุณ บุญสร้าง, ปัณฑิตา สุขุมาลย์, พลากร สืบสำราญ. ผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดประยุกต์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmpubu/article/view/247237

15. วิภาภรณ์ ปัญญาดี. ผลการปรับรูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบจิตสังคมบำบัดต่อการปฏิบัติตามแผนการบำบัดของผู้รับการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/SASAJ/article/view/245773

## ภาคผนวก



**คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ**



**แบบขอนำส่งบทความ/งานวิจัยเพื่อตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด**



**หนังสือรับรองก่อนตีพิมพ์บทความลงวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด**



**เอกสารที่ต้องนำส่งเพื่อตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด**



**Format บทความวิจัยสำหรับตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด**

## ภาคผนวก (ต่อ)



**วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด**
**ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม**



**วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด**
**ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม**

**สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด**
**กระทรวงสาธารณสุข**
**อาคาร 6 ชั้น 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000**
**Tel : 02 590 24 22  Website : http://ncmc.moph.go.th**