JARAS
Journal of Addiction Research and Academic Science
วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม 2567
Vol. 2 No. 2 September-December 2024

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences



ISSN : 2985-170X
E-ISSN : 2985-2226

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด Journal of Addiction Research and Academic Sciences
ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม 2567 Vol. 2 No. 2 September-December 2024

JARAS
Journal of Addiction Research and Academic Science
วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม 2567
Vol. 2 No. 2 September-December 2024

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences



ISSN : 2985-170X
E-ISSN : 2985-2226

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด
Journal of Addiction Research and Academic Sciences

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม 2567 Vol. 2 No. 2 September–December 2024

บทความพิเศษ

- ศูนย์คัดกรองตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

บทความวิจัย

- ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนด้วยต้นตำรับยาสมุนไพรโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพมหานคร
- การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
- คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติด ที่มารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี
- ผลของสถานการณ์จำลองต่อการปฏิบัติและความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
- ผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model
- การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในระยะคลอดและหลังคลอดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์: ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ชื่อวารสาร : วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด
เจ้าของ : สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
ISSN : 2985-170X (Print) 2985-2226 (Online)
พิมพ์ที่ : บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด
ปีที่พิมพ์ : พ.ศ. 2567

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการหรือกึ่งวิชาการ การศึกษา การวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด การป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เกิดความรู้ ความเข้าใจ มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบำบัดรักษาที่มีมาตรฐานเดียวกัน

3. เพื่อให้บุคลากร เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดทุกหน่วยงาน สามรถเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด

4. เพื่อสนับสนุนการประเมินผลงานด้านวิชาการ และการสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด

กำหนดออกวารสาร

ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม
ฉบับที่ 3 มกราคม – เมษายน

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 บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด

ออกแบบโดย

บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

นพ. โอภาส การย์กวินพงศ์	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นพ. ศักดา อัลภาชน์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

นพ. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล	ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข) ระดับ 11

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร. ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

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
ผศ. (พิเศษ) นายแพทย์ชลอวัฒน์ อินปา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านสาธารณสุข) สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
ศ.ดร.พญ. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.ดร.นพ. ปัตพงษ์ เกษมสมบูรณ์	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร. ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา

รศ.ดร. ดวงใจ วัฒนสินธุ์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ.ดร. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร. วไลลักษณ์ พุ่มพวง	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อ.ดร. ณฐวัฒน์ ล่องทอง	อาจารย์ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อ.ดร. อรุโณทัย สิงห์ตาแก้ว	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต วิทยาเขตปทุมธานี
นางกษมา ประไชโย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเวียง
นายณัฐบดินทร์ แก้วกำ	เภสัชกรปฏิบัติการ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
นายชลภัชร ลันสุชีพ	นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
นายประวิทย์ เกตุทอง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มพัฒนาวิจัยและนวัตกรรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายปรีชวิชญ์ พรมจักร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
นางลัดดาวัลย์ ธีรภาพชัยศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางเลน
อ.ดร. สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี	กลุ่มงานวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
อ.ดร. สุภัทรญาณ ทองจิตร	อาจารย์ประจำสาขาวิชาสุขภาพช่องปากครอบครัวและชุมชน สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ศ.ดร. รัตนา สำโรงทอง	ผู้เชี่ยวชาญสาขาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขสิ่งแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ. นพ. สมชาติ โตรักษา	ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ


กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 ประกอบด้วย บทความพิเศษ 1 เรื่อง ได้แก่ 1) ศูนย์คัดกรองตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 และบทความวิจัย 6 เรื่อง ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนด้วยต้นตำรับยาสมุนไพรโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพมหานคร 2) การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น 3) คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติด ที่มารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี 4) ผลของสถานการณ์จำลองต่อการปฏิบัติและความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ 5) ผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model และ 6) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในระยะคลอดและหลังคลอดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์: ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด ซึ่งได้จัดทำขึ้นเพื่อการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการทางการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุขด้านยาเสพติด กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิชาการและวิจัยยาเสพติดของสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เป็นประโยชน์แก่นักวิชาการ เจ้าหน้าที่ และประชาชนทั่วไปที่สนใจศึกษาด้านยาเสพติด

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าและให้เกียรติร่วมพิจารณากลั่นกรอง และตรวจสอบบทความในครั้งนี้

บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บทความพิเศษ

ศูนย์คัดกรองตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 1
ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล

บทความวิจัย

ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนด้วยต้นตำรับยาสมุนไพร 11
โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพมหานคร
ปรีชา หนูทิม, เฟื่องฉัตร นันทศรี, ชุติวัต หยู่ทองอินทร์, พิมพ์ลดา พงศ์ชัยชานนท์, ศรีสุภัค นันทา, จักรเวทย์ ต้นแทน และลักขณา รามวงศ์

การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติด 25
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
นิตยา เติมแก้ว และวัชรินทร์ ทองสีเหลือง

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติดที่มารับการบำบัดรักษา 38
ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี
ลออทิพย์ เจติยานุวัตร, นภาพร สุขวัฒนาวิทย์ และกัลย์ธิดา เอี่ยมสะอาด

ผลของสถานการณ์จำลองต่อการปฏิบัติและความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติด 50
ที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
ขวัญชนก เตชะรัตนะคุณ, รุ่งทิวา ใจจา และนัชชารินทร์ ช่ำชองกิจ

ผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model 66
รพีพร คำแก้ว

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในระยะคลอดและหลังคลอดในหอผู้ป่วย 80
โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์: ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
ปิยมาศ วงค์ไชยชาญ

ศูนย์คัดกรองตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล
ที่ปรึกษาระดับกระทรวง
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข) ระดับ 11

ความเป็นมาและพัฒนาการที่สำคัญ

แนวคิดและนโยบาย “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” เริ่มต้นมาเมื่อหลายสิบปีก่อน โดยมีกฎหมายที่เกี่ยวกับการป้องกัน ปราบปราม และควบคุมยาเสพติด รวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดกระจายอยู่ในกฎหมายหลายฉบับ แต่แนวทางปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบายดังกล่าวยังไม่ชัดเจน ผู้เสพยังไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างผู้ป่วยอย่างแท้จริง ผู้เสพจำนวนมากจึงยังไม่กล้าเปิดเผยตัวเพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู เพราะเกรงว่าจะถูกจับกุมดำเนินคดี [1] ซึ่งการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดของโลก ค.ศ. 2016 (United Nations General Assembly Special Session 2016 – UNGASS 2016) ได้มีมติและนโยบายใหม่ต่อปัญหายาเสพติดว่าแท้จริงแล้วปัญหายาเสพติดเป็นเรื่องของสุขภาพ เรื่องของระบบสาธารณสุข เรื่องของอาชญากรรม เรื่องของสิทธิมนุษยชน เรื่องของความยากจน ฯลฯ และให้มีการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยมุ่งเน้นด้านสาธารณสุข เน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบบูรณาการ โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนอย่างครอบคลุม

ในปี พ.ศ. 2545 รัฐบาลได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดขึ้น โดยตราพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เพื่อให้การปฏิบัติในการฟื้นฟูบำบัดอาการติดยาเสพติดของผู้เสพได้กว้างและครอบคลุม โดยถือว่าผู้เสพตามกฎหมายจะต้องได้รับการฟื้นฟู บำบัด รักษาให้หายขาดจากการติดยาเสพติด โดยหลักการและเหตุผลในการตราพระราชบัญญัติ ได้กำหนดไว้ว่า โดยที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในปัจจุบันมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งโดยหลักการแล้วผู้เสพยาเสพติดมีสภาพเป็นผู้ป่วยอย่างหนึ่ง มิใช่อาชญากรปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดจึงสมควรกระทำให้กว้างขวาง และอาจถือได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นวิธีการบังคับรักษาเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายที่จะแยกผู้เสพออกจากผู้ค้ายาเสพติด ซึ่งจะทำให้บุคคลเหล่านั้นกลายเป็นแนวร่วมของภาครัฐแล้วกลับเป็นคนดีสู่สังคม และจะส่งผลให้คดียาเสพติดที่จะต้องเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมอย่างเต็มรูปแบบลดปริมาณลงบางส่วน บุคคลผู้ที่จะเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต้องเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตามที่พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 กำหนดไว้และเมื่อเข้าสู่กระบวนการดังกล่าวแล้วการดำเนินการต่าง ๆ ย่อมเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดไว้เป็นการเฉพาะ โดยเจตนารมณ์ของกฎหมายไม่ต้องการที่จะลงโทษผู้กระทำความผิดจึงถือว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นผู้ป่วย ซึ่งผู้ที่จะเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟู

สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ 1. ผู้เสพยาเสพติด 2. ผู้เสพและมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติด 3. ผู้เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่ายยาเสพติด 4. ผู้เสพและจำหน่ายยาเสพติด โดยบุคคลเหล่านี้จะต้องไม่ปรากฏว่าเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างเป็นผู้ถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุกหรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล มิฉะนั้น จะไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พนักงานสอบสวนมีหน้าที่ต้องนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายใน 48 ชั่วโมง หรือภายใน 24 ชั่วโมงถ้าผู้ต้องหามีอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ นับตั้งแต่เวลาที่ผู้ต้องหามาถึงที่ทำการของพนักงานสอบสวน โดยขั้นตอนนี้พนักงานสอบสวนจะต้องทำคำร้องเพื่อขอให้ศาลพิจารณาส่งตัวผู้ต้องหาไปยังสถานที่ควบคุมเพื่อตรวจพิสูจน์ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เมื่อพนักงานสอบสวนส่งตัวผู้ต้องหามาเพื่อตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติดตามคำสั่งศาล กระบวนการนี้จะมีคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ควบคุมการดำเนินการให้พนักงานเจ้าหน้าที่จัดทำบันทึก ประวัติ พฤติกรรมในการกระทำความผิด ตลอดจนสภาพแวดล้อมทั้งปวงของผู้ต้องหา โดยต้องทำให้แล้วเสร็จภายใน 15 วันนับตั้งแต่วันที่รับตัวไว้ในสถานที่ตรวจพิสูจน์ เว้นแต่มีเหตุจำเป็นคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด อาจสั่งให้ขยายเวลาตรวจพิสูจน์ออกไปได้อีกไม่เกิน 30 วัน โดยระหว่างนั้นผู้ต้องหาจะถูกควบคุมตัวไว้ในสถานที่ควบคุมเพื่อการตรวจพิสูจน์ ซึ่งตั้งอยู่ในเรือนจำของกรมราชทัณฑ์หรือสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ต่อมาในปี พ.ศ. 2557 เพื่อให้การดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดเป็นไปโดยเหมาะสม สมควรกำหนดให้ผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติดหรือเสพและมียาเสพติดไว้ในครอบครอง ตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กฎหมายกำหนด ซึ่งไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม ได้รับการบำบัดฟื้นฟูโดยการยินยอม และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังผ่านการบำบัดฟื้นฟู รวมทั้งกำหนดอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการดังกล่าวเพื่อให้การบำบัดฟื้นฟูเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลสูงสุด คณะรักษาความสงบแห่งชาติจึงมีประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู โดยกำหนดให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครจัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในทุกอำเภอและทุกเขต และจัดตั้งศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูในระดับอำเภอหรือเขต และระดับจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร โดยให้ศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการคัดกรองและจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองเพื่อจำแนกผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู และการส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูไปยังสถานบำบัดฟื้นฟูหรือสถานที่อื่นตามที่หัวหน้าศูนย์กำหนด ทั้งนี้ ให้กระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานครประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง[2] หลังจากประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 ที่ได้ดำเนินการมาจนถึงปี พ.ศ. 2561 พบปัญหาในทางปฏิบัติ เช่น ผู้เสพที่ยินยอมเข้ารับการบำบัด แต่พอถึงเวลากลับไม่เข้ารับการบำบัดตามที่กำหนด โดยมีพฤติกรรมฝ่าฝืนไม่เข้ารับการบำบัดฯ หรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือข้อกำหนดของสถานบำบัดฟื้นฟู จนเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อความสงบสุขและความเชื่อมั่นของประชาชน จากปัญหาดังกล่าว จึงเป็นเหตุให้สำนักงาน

ป.ป.ส. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการประชุมหารือร่วมกัน เพื่อปรับแนวทางในการดำเนินการกับผู้ต้องสงสัยว่าเสพ โดยเพิ่มกระบวนการเก็บหลักฐานสำหรับประกอบการดำเนินคดี เพื่อไม่ให้กลุ่มคนที่มีพฤติการณ์หลบเลี่ยงไม่เข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูอาศัยช่องว่างดังกล่าวในการให้ความยินยอมเพื่อจะได้ไม่ถูกดำเนินคดี แต่กลับไม่เข้าสู่การบำบัดฯ รวมไปถึงผู้ที่มีพฤติกรรมเสพซ้ำซากหรือไม่มีความตั้งใจที่จะเลิกยาเสพติด โดยมีแนวทางการปฏิบัติเพิ่มเติมจากแนวทางเดิมในสาระสำคัญ [3] ดังนี้

1. ให้เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดนำส่งตัวผู้ต้องสงสัยไปยังศูนย์เพื่อการคัดกรองและให้ศูนย์เพื่อการคัดกรองส่งปัสสาวะไปตรวจเพื่อรับรองผลในขั้นที่สอง (ตามแนวทางการตรวจพิสูจน์สารเสพติดในปัสสาวะตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545) เพื่อเก็บเป็นหลักฐานในการดำเนินคดี

2. ในกรณีที่ศูนย์เพื่อการคัดกรองไม่เปิด เนื่องจากเป็นวันหยุดราชการหรือเป็นช่วงเวลากลางคืนให้นำตัวผู้ต้องสงสัยไปยังสถานีตำรวจ เพื่อให้พนักงานสอบสวนแห่งท้องที่นั้นลงบันทึกประจำวัน พร้อมกำหนดวันและเวลาให้ผู้ต้องสงสัยต้องไปแสดงตนที่ศูนย์เพื่อการคัดกรองซึ่งคือวันเปิดทำการวันแรก และให้พนักงานสอบสวนส่งเอกสารต่าง ๆ และตัวอย่างปัสสาวะไปยังศูนย์เพื่อการคัดกรอง เพื่อดำเนินการตรวจรับรองผลในขั้นที่สองต่อไป

3. กรณีที่ผู้ต้องสงสัย ไม่ไปยังศูนย์เพื่อการคัดกรองหรือไม่ไปบำบัดฟื้นฟูฯ ภายในระยะเวลาที่กำหนดให้ศูนย์เพื่อการคัดกรองหรือสถานบำบัดฟื้นฟู จัดทำบันทึกการไม่มาแสดงตัวพร้อมเอกสารหลักฐานส่งไปยังพนักงานสอบสวนแห่งท้องที่นั้นดำเนินการออกหมายเรียก เพื่อนำส่งเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในระบบบังคับบำบัดต่อไป

4. การติดตามให้ดำเนินการนัดหมายให้ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูมาแสดงตนเพื่อรับการติดตามดูแลช่วยเหลือภายหลังการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องทุกเดือนตลอดระยะเวลา 12 เดือน และให้มีการตรวจปัสสาวะผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูทุกครั้ง โดยให้ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูอำเภอประสานขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชนในการดำเนินงาน

ศูนย์คัดกรองตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

ในปี พ.ศ. 2564 โดยที่กฎหมายเกี่ยวกับการป้องกันปราบปราม และควบคุมยาเสพติด รวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้กระจายอยู่ในกฎหมายหลายฉบับและการดำเนินการตามกฎหมายแต่ละฉบับเป็นหน้าที่และอำนาจของหลายองค์กร ทำให้การบังคับใช้กฎหมายไม่มีความสอดคล้องกัน อีกทั้งบทบัญญัติของกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดบางประการไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน รวมทั้งกำหนดให้มีระบบคณะกรรมการที่ประกอบด้วยบุคลากรซึ่งมีความหลากหลายจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณากำหนดนโยบายในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ปราบปราม และควบคุมยาเสพติด รวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดให้เป็นไปด้วยความรอบคอบและมีประสิทธิภาพ รัฐบาลจึงตราพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม 2564 [4] โดยที่ประมวลกฎหมายกำหนดให้มีสถานที่เพื่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดอยู่ 4 ประเภท (4 สหาย) คือ

1. ศูนย์คัดกรอง หมายถึง สถานที่คัดกรองการใช้ยาเสพติด

2. สถานพยาบาลยาเสพติด หมายถึง โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนดให้เป็นสถานที่ทำการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

3. สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หมายถึง สถานพยาบาล สถานฟื้นฟู หรือ สถานที่อื่นใดตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กำหนดให้เป็นสถานที่ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

4. ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมหมายถึงสถานที่ทำการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

การจัดตั้งและรับรองคุณภาพศูนย์คัดกรอง

เนื่องจากศูนย์คัดกรองถือเป็นด่านแรกของผู้ติดยาเสพติดที่จะเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในกรณีที่เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจตรวจพบ ผู้ที่มีพฤติการณ์อันควรสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติดในประเภท 1 ประเภท 2 หรือประเภท 5 หรือเสพวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 หรือประเภท 2 หรือเสพสารระเหย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดเพื่อเสพ ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุกหรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม หรือมีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคมที่เกิดจากโรคทางจิตและประสาท หรืออาการที่เกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติดที่ใช้ และสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ให้เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจส่งตัวผู้นั้นไปสถานพยาบาลยาเสพติดหรือศูนย์คัดกรองต่อไป (ม.114) หากปฏิเสธเข้ารับการบำบัดรักษาต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ม.162 และ 163) แต่ในกรณีครอบครองเพื่อเสพโทษจะสูงขึ้นเป็นสองเท่าคือต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ม. 164)

สำหรับความแตกต่างระหว่างศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 และศูนย์คัดกรองตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่มีการจัดตั้ง และอำนาจหน้าที่ที่แตกต่างกันสามารถเปรียบเทียบได้ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 และศูนย์คัดกรองตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

บทบัญญัติ	ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557	ประมวลกฎหมายยาเสพติดพ.ศ. 2564
นิยาม	ศูนย์เพื่อการคัดกรอง หมายถึง สถานที่ทำการจำแนกคัดกรองผู้เสพผู้ติดยาเสพติด หรือศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในระดับอำเภอ/เขต ตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2557 ทำหน้าที่ประเมินคัดกรองสภาพการเสพติดและประเมินความรุนแรงของสภาพการติดยาเสพติด ตามแบบคัดกรองที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	ศูนย์คัดกรอง หมายถึงสถานที่คัดกรองการใช้ยาเสพติด
สถานที่ตั้ง	ผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครจัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในครอบคลุมทุกอำเภอและทุกเขต	ให้มีศูนย์คัดกรองในพื้นที่ระดับตำบลทุกจังหวัดและในระดับเขตในกรุงเทพมหานคร โดยไม่ได้กำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบ แต่ต้องขึ้นทะเบียนที่สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
หน้าที่และอำนาจ	ศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการคัดกรองและจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองเพื่อจำแนกผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู และการส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูไปยังสถานบำบัดฟื้นฟูหรือสถานที่อื่นตามที่หัวหน้าศูนย์กำหนด ทั้งนี้ให้กระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานครประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ศูนย์คัดกรองมีหน้าที่และอำนาจ (ม.116) ดังต่อไปนี้ (1) ตรวจหาสารเสพติดในร่างกาย (2) คัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด ภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต (3) พิจารณาส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดรักษาไปยังสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (4) จัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองและข้อมูลอื่นของผู้รับการคัดกรอง

จากตารางเห็นได้ว่าศูนย์คัดกรองตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีความครอบคลุมในพื้นที่ระดับตำบลทุกจังหวัดและในระดับเขตในกรุงเทพมหานคร โดยไม่ได้กำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งต่างจากศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 ที่ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครจัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในครอบคลุมทุกอำเภอและทุกเขต และประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจัดตั้งและรับรองคุณภาพศูนย์คัดกรอง พ.ศ. 2565 กำหนดให้มีศูนย์คัดกรองในพื้นที่ระดับตำบล

ทุกจังหวัดและระดับเขตในกรุงเทพมหานคร โดยจะเป็นสถานที่ใดก็ได้ แต่ต้องประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ด้าน [5] ดังนี้

1. มาตรฐานสถานที่ สถานที่สำหรับการคัดกรองต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

(1) มีสถานที่จัดแยกไว้เป็นสัดส่วน อากาศถ่ายเทสะดวก ปลอดภัยไม่มีผู้คนพลุกพล่าน

(2) มีสถานที่เพื่อจัดเก็บปัสสาวะและตรวจหาสารเสพติด

2. มาตรฐานบุคลากร เจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรองประกอบด้วย

(1) หัวหน้าศูนย์คัดกรอง

(2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

(3) บุคคลที่ได้รับการอบรมการคัดกรองตามหลักสูตรการอบรมที่คณะอนุกรรมการจัดตั้งและควบคุมคุณภาพมาตรฐานศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่อธิบดีกรมการแพทย์เป็นประธาน กำหนด เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชนหรือผู้แทน อาสาสมัครสาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

หัวหน้าศูนย์คัดกรองอาจกำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ร่วมปฏิบัติงานประจำศูนย์คัดกรองได้ตามที่เห็นสมควร เช่น ตำรวจ อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.)

3. มาตรฐานอุปกรณ์

ศูนย์คัดกรองต้องมีอุปกรณ์ที่จำเป็นในการคัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด ภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต เช่น ชุดทดสอบหาสารเสพติดในปัสสาวะ เครื่องวัดอุณหภูมิ เครื่องวัดความดันโลหิต

4. มาตรฐานระบบข้อมูลสารสนเทศ

ศูนย์คัดกรองจะต้องมีระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อจัดทำทะเบียนหรือข้อมูลผู้รับบริการที่สามารถจะเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขได้ โดยให้ขึ้นทะเบียน ผ่านระบบ e-service และให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดติดตามกำกับการดำเนินงานของศูนย์คัดกรองและเมื่อดำเนินการจัดตั้งครบ 3 ปี ให้ยื่นขอรับรองคุณภาพต่อกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และให้ขอรับรองคุณภาพทุก 3 ปี

การปฏิบัติตามกฎหมายและหน้าที่

1. ศูนย์คัดกรองต้องให้การดูแลผู้ติดยาเสพติดตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข การคัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและการประเมินผลการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนด

2. หน้าที่ของผู้อำนวยการ

ผู้อำนวยการ ตามระเบียบนี้ หมายถึง หัวหน้าศูนย์คัดกรอง โดยผู้อำนวยการมีหน้าที่ในการควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัยสำหรับศูนย์คัดกรองดังต่อไปนี้

(1) ควบคุมการดำเนินงานศูนย์คัดกรอง

(2) กำกับดูแลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรอง

(3) ออกแนวทางปฏิบัติสำหรับศูนย์คัดกรองโดยไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบหรือประกาศที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนด

(4) รายงานการรับผู้เข้ารับการคัดกรอง การบำบัดรักษาและสถิติข้อมูลต่าง ๆ ของการบำบัดรักษาหรือรายงานอื่น

(5) พิจารณาการส่งตัวจากศูนย์คัดกรองไปยังสถานพยาบาลหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามมาตรา 116

3. หน้าที่ของเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ ตามระเบียบนี้หมายถึงเจ้าหน้าที่ของศูนย์คัดกรอง ซึ่งหัวหน้าศูนย์คัดกรองมอบหมาย

ให้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง มีหน้าที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข การคัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และการประเมินผลการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนด

บทกำหนดโทษตามกฎหมาย

1. กรณีสถานที่ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย

ศูนย์คัดกรอง ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย คณะอนุกรรมการจัดตั้งและควบคุมคุณภาพมาตรฐานศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ที่อธิบดีกรมการแพทย์เป็นประธานอาจมีคำสั่ง ดังนี้

(1) ตักเตือน

(2) ดำเนินการหรือยุติการดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อระงับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากกระบวนการบำบัดรักษาเป็นการชั่วคราว

(3) ไม่รับรองคุณภาพหรือถูกเพิกถอนจากการเป็นศูนย์คัดกรอง

2. กรณีฝ่าฝืนระเบียบ

ผู้อำนวยการหรือเจ้าหน้าที่ที่ฝ่าฝืนระเบียบนี้อาจได้รับโทษ ดังนี้

(1) ตามมาตรการควบคุมมาตรฐานวิชาชีพของผู้ที่เป็นผู้อำนวยการหรือเจ้าหน้าที่

(2) ตามกฎหมายที่ใช้บังคับกับตำแหน่งของผู้ที่เป็นผู้อำนวยการหรือเจ้าหน้าที่

(3) ความผิดต่อตำแหน่งหน้าที่ราชการ ความผิดเกี่ยวกับเอกสาร ตามประมวลกฎหมายอาญา

(4) การตัดสิทธิการฝึกอบรมหลักสูตรของเจ้าหน้าที่ที่คณะอนุกรรมการกำหนด

ผลการขึ้นทะเบียนและการดำเนินงานของศูนย์คัดกรอง

หลังจากพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม 2564 สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สลบ.) ได้ดำเนินการขึ้นทะเบียนศูนย์คัดกรองในระบบทั่วประเทศ โดยมีศูนย์คัดกรองที่ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 9,775 แห่ง โดยเป็นหน่วยงานภาครัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร และรวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนศูนย์คัดกรองที่ขึ้นทะเบียนแยกตามหน่วยงาน

หน่วยงาน	จำนวน (แห่ง)
กระทรวงสาธารณสุข	5,975
กระทรวงมหาดไทย	3,749
กรุงเทพมหานคร	51
รวม	9,775

*ข้อมูลจากสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เดือนกันยายน 2567

ผลการดำเนินงานของศูนย์คัดกรอง จำแนกตามปีงบประมาณตั้งแต่ พ.ศ. 2565 – 2567 เปรียบเทียบ 3 ปีย้อนหลังพบว่ามีจำนวนลดลง ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการดำเนินงานของศูนย์คัดกรอง พ.ศ. 2565 – 2567

เขตสุขภาพ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
เขตสุขภาพที่ 1	20,430	23,407	16,542
เขตสุขภาพที่ 2	11,687	15,339	10,818
เขตสุขภาพที่ 3	10,250	8,216	6,098
เขตสุขภาพที่ 4	15,325	19,842	10,362
เขตสุขภาพที่ 5	7,870	14,395	6,477
เขตสุขภาพที่ 6	12,350	14,557	9,090
เขตสุขภาพที่ 7	44,043	18,028	11,039
เขตสุขภาพที่ 8	23,556	19,892	12,376
เขตสุขภาพที่ 9	16,911	17,631	13,321
เขตสุขภาพที่ 10	11,962	16,679	11,009
เขตสุขภาพที่ 11	10,513	15,593	6,496
เขตสุขภาพที่ 13	10,255	9,312	6,303
รวม	209,547	204,914	128,249

*ข้อมูลจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) เดือน กันยายน 2567

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง

ในปี พ.ศ. 2565 สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สคส.สธ.) ได้จัดทำ “โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง (ครู ก.) และการอบรมเผยแพร่ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพที่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง (ครู ข.)” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในระดับประเทศและระดับจังหวัด สร้างสมรรถนะของวิทยากรหลัก (ครู ก.) สู่การพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด โดยมีกลุ่มเป้าหมายจำนวน 49,175 คน จากทั้ง 77 จังหวัด ได้แก่

1. ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรองระดับประเทศ (ครู ก.) 385 คน ประกอบด้วย

- ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดระดับจังหวัด
- ผู้แทนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน
- ผู้แทนจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- ผู้แทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

- เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน

2. ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรองระดับประเทศ (ครู ข.) จำนวน 48,790 คน

- ผู้อำนวยการ รพ.สต./ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ผู้อำนวยการสำนักงานเขต
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน
- เจ้าหน้าที่สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

โดยหลักสูตรดังกล่าวประกอบด้วยการ บรรยาย อภิปราย ฝึกปฏิบัติ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้คำแนะนำแบบสั้น (BRIEF ADVICE: BA) และการบำบัดแบบสั้น (BRIEF INTERVENTION: BI), การใช้รายงานการคัดกรองการใช้สารเสพติด การประเมินสภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคม Assist v.2, ระบบส่งต่อและเทคนิคการบันทึกการส่งต่อ, เทคนิคการประสานงานกับภาคีเครือข่าย ซึ่งเนื้อหาดังกล่าวถือเป็นมาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์คัดกรองที่กำหนดไว้

การดำเนินโครงการดังกล่าวส่งผลให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรองเกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การขึ้นทะเบียนศูนย์คัดกรองจำนวนกว่า 9,000 แห่ง ดังตารางที่ 2 และสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สลบ.) จึงได้พัฒนาระบบการเรียนรู้หลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง (E-Learning) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อตอบสนองการเข้าถึงความรู้ สะดวกต่อผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดใหม่ หรือผู้ปฏิบัติงานที่มาทดแทนผู้เกษียณอายุราชการ ประหยัดงบประมาณของส่วนราชการ โดยผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าถึงหลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง (E-Learning) ผ่านทางเว็บไซต์ของสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สคส.สธ.) และเมื่อสำเร็จหลักสูตรการอบรมผ่านทาง E-Learning แล้ว ผู้อบรมจะต้องดำเนินการสอบวัดความรู้ในระบบ และได้คะแนนเกินร้อยละ 60 จึงได้รับใบประกาศผ่านการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง (ซึ่งสามารถแสดงได้ว่าเป็นบุคลากรที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามกฎหมาย ปัจจุบันมีผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรองดังกล่าวแล้วทั้งสิ้น 1,323 คน

สรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย

ศูนย์คัดกรองถือเป็นด่านแรกของผู้ติดยาเสพติดที่จะเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา จึงต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด และได้รับการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สคส.สธ.) โดยปัจจุบันมีศูนย์คัดกรองที่ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 9,775 แห่ง โดยเป็นหน่วยงานภาครัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร และรวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นเพื่อให้ศูนย์คัดกรองตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ติดยาเสพติดสามารถเข้าถึงได้มากยิ่งขึ้น จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญดังนี้

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรบูรณาการการทำงานระหว่าง ศูนย์คัดกรอง และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่ให้มีบทบาทร่วมกันในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน หรือ Community based treatment (CBTx) โดยมีการประสานงานร่วมกับสถานพยาบาลในพื้นที่ ภายใต้การ

สนับสนุนของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สคส.สธ.) ควรประเมินผลการทำงานของศูนย์คัดกรองทุกปีว่าได้มีการดำเนินการและมีผลลัพธ์การบริการครอบคลุมคุณภาพมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดหรือไม่ เช่น ร้อยละของศูนย์คัดกรองที่ขึ้นทะเบียนและเปิดให้บริการ ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการให้คำแนะนำแบบสั้น (BRIEF ADVICE: BA) และการบำบัดแบบสั้น (BRIEF INTERVENTION: BI)

3. กระทรวงมหาดไทย และกรุงเทพมหานคร ควรจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อชุดตรวจปัสสาวะให้กับศูนย์คัดกรองในสังกัด และมีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรประจำปี โดยผ่านระบบ E-Learning ของสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สคส.สธ.)

4. สนับสนุนให้ภาคเอกชน และองค์กรการกุศลขึ้นทะเบียนศูนย์คัดกรอง และลงข้อมูลผู้เข้ารับการคัดกรองในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

5. กระทรวงสาธารณสุขควรยกระดับมาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน หรือ Community based treatment (CBTx) ให้ครอบคลุมทั้งการป้องกัน ค้นหา คัดกรอง ส่งต่อ บำบัด ฟื้นฟู และติดตาม คล้ายคลึงกับโครงการ รพ.สต.ติดดาว หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ซึ่งเป็นโครงการที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อยกระดับคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้สามารถดูแลประชาชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเป็นการบริการที่เน้นชุมชนและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ที่มาของนโยบายยาเสพติดแนวใหม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2017 [เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2024]. เข้าถึงได้จาก: https://www.oncb.go.th/PublishingImages/Pages/againstdrugs2017/

2. คณะรักษาความสงบแห่งชาติ. ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู. ราชกิจจานุเบกษา. 2557 ก.ค. 30; เล่ม 131 ตอนพิเศษ 143 ง:18-19.

3. เลขาธิการ ป.ป.ส. ให้สัมภาษณ์ในประเด็นการบำบัดรักษายาเสพติดตามนโยบาย “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม; 261. เข้าถึงได้จาก: https://www.moj.go.th/view/15102

4. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา. 8 พ.ย. 2564; เล่มที่ 138 ตอน 73 ก. หน้า 1.

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

ประสิทธิภาพผลการดูแลผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนด้วยต้นตำรับยาสมุนไพรโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพมหานคร

ปรีชา หนูทิม, เฟื่องฉัตร นันทศรี, ชุติวัต หยู่ทองอินทร์, พิมพ์ลดา พงศ์ชัยชานนท์, ศรีสุภัค นันทา, จักรเวทย์ ต้นแทน, ลักขณา รามวงศ์

โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

วันที่รับ 2 กันยายน 2567, วันที่แก้ไข 19 พฤศจิกายน 2567, วันที่ตอบรับ 18 ธันวาคม 2567

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยยาเสพติดที่ใช้เมทแอมเฟตามีนหรือยาบ้า เป็นกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระบบสาธารณสุขมากที่สุด กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้เช่นกัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลประเมินการดูแลผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนด้วยตำรับยาสมุนไพรของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพมหานคร โดยเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ตำรับยาทำให้อดฝิ่น รูปแบบเม็ดฟู่ละลายน้ำ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามอาการถอนยาแอมเฟตามีน (AWQ, 7.5.2) และแบบประเมินความสัมพันธ์ของยากับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ดำเนินการติดตามประเมินผลและดูแลก่อนและหลังได้รับยาเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ wilcoxon signed rank test ในการเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 34.41 ± 9.24 ปี เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 20.94 ± 8.67 ปี ก่อนการทดลองมีผลรวมคะแนนอาการถอนยาแอมเฟตามีน (Total AWQ) เท่ากับ 4.68 ± 4.42 เมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่า ผลรวมคะแนนอาการถอนยาแอมเฟตามีน (Total AWQ) เท่ากับ 3.70 ± 3.46 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) และไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงหลังการใช้ยา

คำสำคัญ: ตำรับยาสมุนไพร, ประสิทธิผล, เมทแอมเฟตามีน, อาการถอนยา

fficacy of Herbal Medicine Formula in Methamphetamine-Dependent Patient Care at the Thai Traditional and Complementary Medicine Hospital, Bangkok.

Preecha Nootim, Fuangchat Nantasri, Chutiwat Yuthong-in, Pimlada Pongchaichanon, Srisupak Nantha, Jagavet Tontan, Lakkana Ramwomg

Thai Traditional and Complementary Medicine Hospital,
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine.

Received 2 September 2024, Revised 19 November 2024, Accepted 18 December 2024

Abstract

Methamphetamine-dependent patients represent the largest group undergoing substance use rehabilitation within the Thai public health system. Department of Thai traditional and alternative medicine has also contributed to the rehabilitation of these patients. This study aims to demonstrate the efficacy of methamphetamine patient care by using herbal medicine formula at the Thai traditional and complementary medicine hospital in Bangkok. The study was designed as quasi-experimental research, conducted from May to August 2024. The sample group consisted of 63 participants by purposive sampling and passed the inclusion criteria. The treatment involved the use of the herbal medicine formula in a form of effervescent tablets dissolved in water. Data collecting tools included the personal information record form, the amphetamine withdrawal questionnaire (AWQ, 7.5.2) and the adverse drug reaction assessment questionnaire. Patients were monitored and assessed both before and after receiving the medication over the past 4 weeks. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and wilcoxon signed-rank test. The results showed that the majority of the participants were male (93.66%) with an average age of 34.41 ± 9.24 years. The mean age at first-experience substance use was 20.94 ± 8.67 years. Before receiving the medication, the mean total AWQ score was 4.68 ± 4.42 which decreased to 3.70 ± 3.46 at the end of the study, showing a statistically significant distribution (P-value<0.05) and no severe adverse events were reported following the use of the herbal medicine formula.

Keyword: Drug withdrawal symptoms, Efficacy, Herbal medicine formula, Methamphetamine

บทนำ

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทยยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัด 120,915 คน มีจำนวนผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนหรือยาบ้ามากที่สุด คือ 96,248 คน [1] หน่วยงานภาครัฐจึงดำเนินการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดมากขึ้น ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วยรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงมหาดไทย เปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) หรือ “ชุมชนล้อมรักษ์” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยบูรณาการ 5 ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง ได้แก่ ทหาร ตำรวจ นายอำเภอ นายก อบต. และสาธารณสุขอำเภอ จาก 200 อำเภอ ใน 31 จังหวัด ร่วมกันดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและส่งเสริมให้กลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัยทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน [2]

เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine: METH) หรือยาบ้า เป็นสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาทในกลุ่ม Amphetamine type stimulants (ATS) เช่นเดียวกับยาไอซ์และยาอี ผู้เสพติดสารเสพติดกลุ่มนี้จะมีผลอย่างเฉียบพลันให้ร่างกายตื่นตัว หายใจถี่ หัวใจเต้นเร็ว มีกำลัง ตัดสินใจเร็ว อารมณ์พลุ่งพล่าน ไม่ง่วง ไม่หิว ทนต่อความเจ็บปวดและสภาพอากาศได้มากขึ้น หากเสพในขนาดสูงจะมีอาการมึนงง และอาการหลอน (hallucination) ได้ ในระยะยาวส่งผลให้ร่างกายมีความผิดปกติของระบบประสาท เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท จากการที่เมทแอมเฟตามีนเข้าจับ Vesicular monoamine transporter type 2 (VMAT2) ยับยั้งการจัดเก็บ monoamine ได้แก่ Dopamine, Norepinephrine และ Serotonin ไว้ใน synaptic vesicle และยับยั้งการดูดกลับ Dopamine จากภายนอกเซลล์ประสาทส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของ Dopamine บริเวณ synaptic cleft และ monoamine อื่น ๆ เพิ่มขึ้นเช่นกันในระบบประสาท เมื่อผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีนหยุดใช้ยาจึงส่งผลต่อ Dopamine, Norepinephrine และ Serotonin ลดลงทันที ผู้ป่วยจึงเกิดอาการถอนยาซึ่งในผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนจะมีอาการอยากยา (Craving) อย่างมาก จนก้าวร้าว กระวนกระวาย ในขณะเดียวกันผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า บางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง จนพยายามฆ่าตัวตายได้ และมีอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป ฝันร้ายเสมือนจริง (vivid or unpleasant dreams) อ่อนเพลีย อยากอาหาร [3] จากการกระตุ้นของเมทแอมเฟตามีนให้ Dopamine สูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อระบบ Brain rewarding system ที่ทำให้เกิดอาการเสพติดสารเสพติดขึ้น ประกอบด้วย Ventral tegmental area (VTA), Hippocampus และ Nucleus accumbens กรณีผู้เสพติดเมทแอมฟามีนส่งผลให้ VTA ตอบสนองต่อการกระตุ้นของ Dopamine แล้ว Hippocampus จึงจดจำความรู้สึกเป็นสุขจากการใช้เมทแอมเฟตามีนรวมถึงก่อให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาสิ่งเสพติด (Drug-seeking behavior) และ Nucleus accumbens สั่งการให้เกิดแรงจูงใจให้ร่างกายได้รับเมทแอมเฟตามีนอีกครั้ง เช่น อาการอยากยา กระวนกระวาย [4]

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ดำเนินการเปิดให้บริการ คลินิกบำบัดยาเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทยโดยร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บำบัดรักษา ฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Care: CBTx)

ชุมชนล้อมรักษ์ จำนวน 35 ชุมชน ทั้งกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพมหานคร เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้ดำเนินการนำร่องบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนล้อมรักษ์ร่วมกับโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สาขาเขตสุขภาพจังหวัดอุดรธานีและพัทลุง สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนการแพทย์แผนไทยให้การบำบัดโดยใช้ยาสมุนไพรในกลุ่มล้างพิษ เช่น ยารางจืด ยาตรีผลา ร่วมกับยาบรรเทาตามอาการ เช่น ยาหอมเพื่อแก้อาการนอนไม่หลับ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพมหานคร มีการใช้ “ตำรับยาทำให้อดฝิ่น” เป็นตำรับยาที่มีการบันทึกไว้ในคัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 1 ขุนโสภิตบรรณลักษณ์ [5] เนื้อหาว่าด้วยคัมภีร์ ดังต่อไปนี้ “ยาทำให้อดฝิ่น เอาขี้ยา 2 สลึง เถาวัลย์เปรียงพอประมาณ กัญ(น)ชาครึ่งกำ ใบกระท่อม เอาให้มากกว่ายาอย่างอื่น ต้มกิน ให้กินตามเวลาที่เคยสูบฝิ่น เมื่อกินไป 1 ถ้วย ให้เติมน้ำ 1 ถ้วย ให้ทำดังนี้จนกว่ายาจะจืด เมื่อกินจนน้ำจืดแล้วยังไม่หาย ให้ต้มกินหม้อใหม่ต่อไป” ผลิตและพัฒนาโดยกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยตัดขี้ยาฝิ่นซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ออกรวมถึงยารูปแบบเดิมเป็นยาต้มดื่มซึ่งไม่สะดวกในการนำไปใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนต่าง ๆ จึงได้ผลิตออกมาเป็นตำรับยาทำให้อดฝิ่นในรูปแบบเม็ดฟู่ โดยมีส่วนประกอบของสมุนไพร 3 ชนิด ได้แก่ กระท่อม (Mitragyna speciosa (Korth.) Havil.) กัญชา (Cannabis sativa L.) และเถาวัลย์เปรียง (Derris scandens (Roxb.) Benth) เพื่อลดอาการถอนยาจากการหยุดใช้สารเสพติด (Drug withdrawal symptoms) ในผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนล้อมรักษ์ โดยให้รับประทานครั้งละ 1 เม็ดละลายในน้ำ 150 - 250 มิลลิลิตร วันละ 1 - 2 ครั้ง หรือตามที่แพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ สั่งแต่ไม่เกิน 5 เม็ดต่อวัน จากผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับตำรับยา ทำให้อดฝิ่น จำนวน 407 คน ประเภทสารเสพติดที่ใช้ร้อยละ 93 คือ ยาบ้า รองลงมา คือ เฮโรอีน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 5 ผลหลังจากการใช้ยาเบื้องต้น พบว่า ผู้ป่วยมีอาการอยากยาลดลง พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในช่วงวันที่ 1 - 7 จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.98 ประกอบไปด้วย คอแห้ง 1 ราย คลื่นไส้อาเจียน 1 ราย แน่นหน้าอก 1 ราย และง่วงนอน 1 ราย ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง [6] กระท่อม หรือ Mitragyna speciosa (Korth) Havil เป็นพืชที่พบได้มากในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทเช่นเดียวกับเมทแอมเฟตามีน แต่การก่อให้เกิดอาการเสพติดและอาการถอนยาไม่รุนแรง มีการใช้กระท่อมเพื่อลดการติดสารเสพติดในศาสตร์การแพทย์พื้นบ้าน เช่น ฝิ่น เฮโรอีน ยาบ้า

จากการศึกษาผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่ศูนย์บำบัดยาเสพติดในประเทศมาเลเซีย 332 คน ที่เสพติดเมทแอมเฟตามีนและเฮโรอีน พบว่า ร้อยละ 59 ใช้น้ำต้มกระท่อมทดแทนการเสพเมทแอมเฟตามีนและเฮโรอีนได้ [7] ในการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของกระท่อมและกัญชาในกระบวนการบำบัดยาเสพติด โดยกระท่อมให้สารสำคัญคือ mitragynine และ 7-hydroxymitragynine โดย mitragynine เป็นตัวออกฤทธิ์หลักผ่านการยับยั้ง Ca2+ channals ในระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลกระตุ้นทางอ้อมให้ระดับ Dopamine สูงขึ้นจึงเกิดความรู้สึกเป็นสุข มีเรี่ยวแรงเช่นเดียวกับเมทแอมเฟตามีน นอกจากนี้ยังเข้าจับกับ μ, β, และ k Opiod Recaptors จึงสามารถเป็นตัวทดแทนสารกลุ่ม Opioids เพื่อบำบัดการเสพติดเฮโรอีนได้ [8,9] ในส่วนของกัญชา สารสำคัญที่ออกฤทธิ์คือ Cannabidiol (CBD) มีการศึกษาผลของ CBD ต่อ Brain

rewarding system โดยการลดการตอบสนองของสมองต่อสารกระตุ้นประสาทและกระตุ้น 5HT1A receptor ช่วยรักษาระดับของ Serotonin จึงบรรเทาอาการวิตกกังวลและสภาวะผิดปกติทางอารมณ์จากการถอนยาได้ [10,11] นอกจากนี้ มีการศึกษาทางคลินิกของเถาวัลย์เปรียงที่ชี้ให้เห็นว่าเถาวัลย์เปรียงมีประสิทธิภาพในการต้านการอักเสบของร่างกายโดยยับยั้งเอนไซม์ COX-1 และลดอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกเทียบเท่ากับยาแก้อักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) รวมถึงมีรายงานความปลอดภัยที่ไม่แตกต่างกับกลุ่มอาสาสมัครที่ได้รับยา NSAIDs [12]

จากการที่แพทย์แผนไทยมีบทบาทมากขึ้นในการบำบัด รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด จึงมีความจำเป็นในการศึกษาวิจัยตำรับยาและสมุนไพรในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งตำรับยาอดฝิ่นมีข้อมูลเบื้องต้นในการนำไปใช้ในผู้ป่วยยาเสพติดจากชุมชนล้อมรักษ์ พบว่า มีประสิทธิผลที่น่าพึงพอใจ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและมองเห็นโอกาสในการต่อยอดการนำตำรับยาแผนไทยมาใช้ในผู้ป่วยยาเสพติด จึงจัดทำการศึกษาครั้งนี้เพื่อประเมินผลการรักษาก่อนและหลังได้รับตำรับยาสมุนไพรในผู้ป่วยยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน การนำข้อมูลที่ได้มาสนับสนุนการเสริมสร้างความน่าเชื่อมั่นของตำรับยาอดฝิ่นและผลักดันการแพทย์แผนไทยให้เป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในระบบบริการสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการรักษาก่อนและหลังได้รับตำรับยาสมุนไพร (ยาทำให้อดฝิ่น) ในผู้ป่วยยาเสพติด ประเภทเมทแอมเฟตามีน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) รูปแบบ Pre-post design one group, non-controlled ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 63 คน ที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2567

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

1. ผู้ป่วยเพศชายและ/หรือหญิง ที่มีสัญชาติไทย ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ใช้และผู้เสพเท่านั้น ตามแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

- คะแนนรวม 2 - 3 คะแนน ระดับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดต่ำ เป็นผู้ป่วยที่ประเมินแล้วอยู่ในกลุ่ม “ผู้ใช้” (substance users)

- คะแนนรวม 4 - 26 คะแนน ระดับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดปานกลาง เป็นผู้ป่วยที่ประเมินแล้วอยู่ในกลุ่ม “ผู้เสพ” (substance addictors)

3. เป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ที่แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ ประเมินแล้วสามารถให้การดูแลรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยได้ และได้รับการตรวจคัดกรองว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช

4. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพและอาการทางคลินิกคงที่ (Vital Signs Stable & Clinically Stable)

5. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

6. ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยลงนามในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

1. มีภาวะทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท มีอาการหลอน (hallucination) และมีการใช้สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างรุนแรง

2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน (บคก.กสธ.) V.2 แล้วอยู่ในกลุ่ม “ผู้ติด” (substance dependents) (27 คะแนนขึ้นไปหรือมีประวัติเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีด)

3. ผู้ที่ใช้ยาที่เมตาบอลิซึมผ่านเอนไซม์ cytochrome P450 เช่น กลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด กลุ่มยาต้านมะเร็ง และยาระงับปวดกลุ่มโอปีออยด์ [13]

4. มีประวัติแพ้สมุนไพร กระท่อม กัญชา เถาวัลย์เปรียง และส่วนประกอบอื่น ๆ ในตำรับยา

5. หญิงตั้งครรภ์ วางแผนตั้งครรภ์ หรือมารดาที่อยู่ในระหว่างการให้นมบุตร

6. ผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคติดเชื้อระยะแพร่กระจาย เช่น โรคเอดส์ วัณโรค

7. ผู้ป่วยที่มีการโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อการทำงานของตับและไต เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคตับ

8. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ต้องใช้ยาและอยู่ในการควบคุมของแพทย์ เช่น ภาวะไทรอยด์ผิดปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ ตำรับยาทำให้อดฝิ่น ในรูปแบบเม็ดฟู่ละลายน้ำ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพการสมรส อาชีพ การศึกษา สัมพันธภาพในครอบครัว อายุเมื่อใช้สารเสพติดครั้งแรก และปริมาณยาบ้าที่ใช้ต่อวัน

- แบบสอบถามอาการถอนยาแอมเฟตามีน (AWQ, 7.5.2) ของ Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc.[14] โดยมีทั้งหมด 10 ข้อ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินตนเองแล้วระบุคะแนนแต่ละข้อตามระดับความรุนแรง 0 - 4 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเลย จนถึง 4 หมายถึง มีอาการอย่างยิ่ง และแปลผลคะแนนเป็น คะแนนรวมทั้งหมด (ตั้งแต่ 0 - 40 คะแนน) และจำแนกคะแนนตามกลุ่มอาการ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. Hyperarousal subscale กลุ่มอาการตื่นตัวต้องการเสพยา

2. Anxiety subscale กลุ่มอาการวิตกกังวล

3. Reversed vegetative subscale กลุ่มผลกระทบความอยากอาหารและการนอนหลับยิ่งคะแนนรวมมากแสดงถึงความรุนแรงของอาการถอนยาแอมเฟตามีนที่มากตามไปด้วย [15] ดำเนินการติดตามประเมินผลก่อนและหลังได้รับยาเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

- แบบประเมินความสัมพันธ์ของยากับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Naranjo’s algorithm)

การวิเคราะห์ผล

วิเคราะห์ผลการศึกษาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อประเมินผลก่อนและหลังการใช้ยาโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-ranks test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เลขที่ T 008/67 รับรองเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

จากผลการประเมินคัดกรอง (บคก.กสธ.) V.2 และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 63 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 93.66 มีอายุเฉลี่ย 34.41 ± 9.24 ปี น้ำหนักตัวเฉลี่ย 65.89 ± 13.06 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 169.35 ± 5.69 เซนติเมตร มีสถานภาพโสด ร้อยละ 58.73 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 55.56 การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 46.03 มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับต่างคนต่างอยู่ ร้อยละ 36.51 เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุ 10-19 ปี ร้อยละ 55.56 ปริมาณยาบ้าที่ใช้ต่อวันเฉลี่ย 3.19 ± 3.79 เป็นผู้ใช้ ร้อยละ 4.76 และเป็นผู้เสพ ร้อยละ 95.24 รายละเอียดดังแสดงใน Table 1

Table 1 Personal Information of Research Participants

Personal Information	(n= 63)	%
Gender		
Male	59	93.66
Female	4	6.34
Age (years) (Mean 34.41, S.D. 9.24: min=20, max=60)		
20-30	25	39.68
31-40	20	31.75
41-50	16	25.40
More than 50	2	3.17
Weight (kg.) (Mean 65.89, S.D. 13.06: min=45, max=105)		
Less than 50	6	15.87
50-59	17	30.16
60-69	19	30.16
70-79	13	15.87
80-89	4	3.17
More than 89	4	3.17
Height (cm.) (Mean 169.35, S.D. 5.69: min=155, max=180)		
Less than 160	5	7.94
160-164	4	6.34
165-169	23	36.51
170-174	18	28.57
More than 174	13	20.63

Personal Information	(n= 63)	%
Marital Status		
Single	37	58.73
Married	24	38.10
Divorced/Seperated	2	3.17
Occupation		
Self-employed / Business Owner	3	4.76
Employee	35	55.56
Agricultural Worker	9	14.29
Unemployed	16	25.40
Education		
Primary school	4	6.35
Pre-high school	20	31.75
High school	29	46.03
Vocational education	10	15.87
Family Relationship		
Harmonious	19	30.16
Living independently	23	36.51
Occasionally conflicts	20	31.75
Frequently conflicts	1	1.59
First-experience substance use age (years) (Mean 21.43, S.D. 8.08: min=12, max=59)		
Less than 19	36	57.14
20-29	17	26.98
30-39	9	14.29
More than 39	1	1.59
Total Methamphetamine uses (tablet/day) (Mean 3.19, S.D. 3.79: min=1, max=30)		
1-5	60	95.24
6-10	2	3.17
More than 10	1	1.59
Assist V2		
Substance users	3	4.76
Substance addictors	60	95.24

2. ผลคะแนนอาการถอนยาแอมเฟตามีน

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามอาการถอนยาแอมเฟตามีน (AWQ, 7.5.2) สามารถแบ่งตามกลุ่มอาการ 3 กลุ่ม และคะแนนรวมคำถามทั้ง 10 ข้อ ดังต่อไปนี้

Hyperarousal subscale score การประเมินความรุนแรงต่ออาการตื่นตัว ก่อนได้รับยาผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 0.86 ± 1.32 และหลังได้รับยามีค่าเฉลี่ยของคะแนนลดลง เท่ากับ 0.25 ± 0.67 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังได้รับยามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) หลังได้รับยาเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังแสดงใน Table 2

Anxiety subscale score การประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวล พบว่า ก่อนได้รับยา ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.40 ± 1.59 และหลังได้รับยามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.40 ± 1.17 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังได้รับยามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) หลังได้รับยาเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังแสดงใน Table 2

Reversed vegetative subscale score การประเมินความรุนแรงของกลุ่มผลกระทบความอยากอาหารและการนอนหลับ พบว่า ก่อนได้รับยา ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 ± 2.49 และหลังได้รับยามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 ± 2.16 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังได้รับยามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) หลังได้รับยาเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังแสดงใน Table 2

Total AWQ score การประเมินความรุนแรงโดยรวมของอาการถอนยาแอมเฟตามีน ก่อนได้รับยาผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 4.68 ± 4.42 และหลังจากได้รับยาผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 ± 3.46 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังได้รับยามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) หลังได้รับยาเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังแสดงใน Table 2

Table 2 Before and After scores of Amphetamine Withdrawal Questionnaire (AWQ, 7.5.2) (n=63)

AWQ score	Before medication		After medication			
	Mean	SD	Mean	SD	Z	P-value
1) Hyperarousal subscale score	0.86	1.32	0.25	0.67	4.037	0.000*
2) Anxiety subscale score	1.40	1.59	0.40	1.17	4.953	0.000*
3) Reversed vegetative subscale score	2.21	2.49	2.97	2.16	2.365	0.018*
Total AWQ score	**4.68**	**4.42**	**3.70**	**3.46**	**2.346**	**0.019***

หมายเหตุ ทดสอบโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test; *ค่าความแตกต่างทางสถิติที่ P-value < 0.05

3. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

จากข้อมูลดังแสดงใน Table 3 พบว่า จากการติดตามเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรง จำนวน 17 ราย โดยพบอาการปัสสาวะบ่อยมากที่สุด รองลงมา คือ อาการอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูก ตามลำดับ จากการแปลผลแบบประเมินความสัมพันธ์ของยากับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Naranjo's algorithm) พบว่า มีความสัมพันธ์ของยากับอาการไม่พึงประสงค์ในระดับ น่าจะใช่ (Probable) จำนวน 10 ราย และ อาจจะใช่ (Possible) จำนวน 7 ราย และไม่พบความสัมพันธ์ของยากับอาการไม่พึงประสงค์ในระดับ ใช่แน่นอน และไม่น่าใช่

Table 3 Adverse drug reactions after 4 weeks of treatment

Adverse drug reactions (ADR)	n	ADR rates*	Naranjo's algorithm			
			Definite (> or = 9)	Probable (5-8)	Possible (1-4)	Doubtful (≤0)
Frequent urination	6	0.10	-	4	2	-
Fatique	3	0.05	-	2	1	-
Dizziness	2	0.03	-	2	-	-
Somnolence	2	0.03	-	-	2	-
Vomit	2	0.03	-	1	1	-
Nausea	1	0.02	-	1	-	-
Constipation	1	0.02	-	-	1	-
Total	**17**	**0.27**	**-**	**10**	**7**	**-**

*จำนวนที่เกิด ADR ต่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ 63 รายเนื่องจากไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ในการจัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จึงให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อในขนาดยาเดิม ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยดีขึ้นและหายได้เองเมื่อรับประทานยาต่อเนื่อง 4-7 วัน เป็นต้นไป

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการติดตามผลก่อนและหลังได้รับตำรับยาทำให้อดฝิ่น ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 34.4 ± 19.24 ปี เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 20.94 ± 8.67 ปี ปริมาณยาบ้าที่ใช้ต่อวันมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.19 ± 3.79 เม็ดต่อวัน และเป็นผู้เสพ ร้อยละ 95.24 เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลก่อนและหลังได้รับยาทำให้อดฝิ่น โดยใช้แบบสอบถาม Amphetamine Withdrawal Questionnaire (AWQ 7.5.2) พบว่า กลุ่มอาการตื่นตัวจากความต้องการเสพยาลดลงจาก 0.86 ± 1.32 เป็น 0.25 ± 0.67 กลุ่มอาการวิตกกังวลลดลงจาก 1.40 ± 1.59 เป็น 0.40 ± 1.17 และกลุ่มผลกระทบความอยากอาหารและการนอนหลับเพิ่มขึ้นจาก 2.21 ± 2.49 เป็น 2.97 ± 2.16 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรวม AWQ score พบว่ามีระดับคะแนนลดลงจาก 4.68 ± 4.42 เป็น 3.70 ± 3.46 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุด คือ ปัสสาวะบ่อย โดยไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง จึงสรุปได้ว่า ตำรับยาทำให้อดฝิ่นสามารถบรรเทาอาการถอนยาในผู้ป่วยยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนได้โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบที่ร้ายแรงต่อสุขภาพ

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนยาแอมเฟตามีน (AWQ 7.5.2) ก่อนและหลังได้รับตำรับยาทำให้อดฝิ่น มีค่าคะแนนกลุ่มอาการตื่นตัวและกลุ่มอาการวิตกกังวลลดลง แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของอาการถอนยาโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P<0.05$ สอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิภาพของชารางจืดต่อการถอนพิษยาผู้ป่วยยาเสพติดประเภทยาบ้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับชารางจืดเพียงอย่างเดียวมีคะแนนอาการถอนพิษยาแอมเฟตามีน (AWQ 7.5.2) เช่น อาการอยากยา ซึมเศร้า วิตกกังวล ลดลงอย่างเห็นได้ชัดกว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ได้รับชารางจืดและวิตามินซี [16] นอกจากนี้ภายในตำรับยาทำให้อดฝิ่นมีกระท่อมเป็นส่วนประกอบ ซึ่งฤทธิ์ของกระท่อมมีสรรพคุณช่วยลดอาการถอนยาในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน สอดคล้องกับการศึกษาของ Saref A. และคณะได้ศึกษาผลของน้ำต้มกระท่อมต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศมาเลเซีย จำนวน 260 คน พบว่า ก่อนการทดลองมีผู้ป่วยยาเสพติดที่ใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นจำนวนร้อยละ 83 (216 คน) หลังได้รับน้ำต้มกระท่อม จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เมทแอมเฟตามีนลดลงเหลือเพียงร้อยละ 53 (138 คน) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P<0.001$ [17] ส่วนค่าคะแนนผลกระทบต่อความอยากอาหารและการนอนหลับที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงขึ้นนั้น พบว่า หลังได้รับยาผู้ป่วยจะมีความอยากอาหารและนอนหลับมากขึ้น เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแนวทางการรักษาผู้ป่วยถอนยาเมทแอมเฟตามีน ในช่วง 1-10 วันหลังจากหยุดใช้ยา ผู้ป่วยจะมีความอยากอาหารมากขึ้นและนอนหลับเป็นระยะเวลานานขึ้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปอาจพบปัญหาคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี นอนหลับยาก และฝันร้ายได้ [14] ทั้งนี้ อาจเป็นผลของกัญชาในตำรับยา ที่ส่งผลต่อการหลั่ง Insulin และ Ghrelin ให้เพิ่มขึ้นจึงกระตุ้นความอยากอาหาร รวมถึง THC ยังออกฤทธิ์ต่อ CB1 receptor หากใช้ในขนาดที่เหมาะสมจะช่วยให้รู้สึกสงบ ลดระยะเวลาการเข้าสู่สภาวะนอนหลับ [18,19] อาการไม่พึงประสงค์ที่พบจากการใช้ตำรับยาอดฝิ่นส่วนใหญ่ คือ ปัสสาวะบ่อย ซึ่งอาจเป็นผลมาจากเถาวัลย์

เปรียงที่มีสรรพคุณในการขับปัสสาวะ [12] และพบอาการวิงเวียนศีรษะ ง่วงซึม และอ่อนเพลีย เช่นเดียวกับผลการศึกษาตำรับยาแผนจีนในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ประกอบด้วยสมุนไพรจีนที่มีสรรพคุณบำรุงกำลังและขับพิษ โดยพบอาการไม่พึงประสงค์หลังการใช้ยา ได้แก่ วิงเวียนศีรษะ ง่วงซึม อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว และริมฝีปากแห้ง ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวอาจแยกได้ยากกว่าเกิดจากตำรับยาหรือเป็นอาการจากการหยุดใช้สารเสพติดของผู้ป่วย [20]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

การศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สนับสนุนประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่จะใช้ประกอบการวางแผนการรักษา และผลักดันการนำตำรับยาทำให้อดฝิ่นสู่กระบวนการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ณ ศูนย์บำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การประเมินความรุนแรงอาการถอนยาเมทแอมเฟตามีนโดยใช้แบบสอบถาม Amphetamine Withdrawal Questionnaire (AWQ, 7.5.2) ควรประเมินควบคู่กับแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการถอนยาเมทแอมเฟตามีนสามารถมีทั้งอาการนอนไม่หลับและนอนหลับมากเกินไปได้ ในการประเมินประสิทธิผลการดูแลจึงอาจประเมินจากคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นหรือแย่ลงของผู้ป่วยควบคู่กับคะแนนอาการถอนยาเมทแอมเฟตามีนได้

2. ควรให้มีการศึกษาเปรียบเทียบตำรับยาทำให้อดฝิ่นกับยามาตรฐาน เพื่อเป็นข้อมูลความแตกต่างของประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนด้วยตำรับยาสมุนไพร และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3. ควรมีการเพิ่มจำนวนประชากรในการศึกษาและขยายระยะเวลาในการติดตามผลการรักษา รวมถึงควรมีการเก็บข้อมูลด้านความปลอดภัยเพิ่มเติม เช่น การตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

4. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับวิธีการตัดสินใจ การประเมินผลการรักษาและประสบการณ์ในการใช้ตำรับยา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานตามแบบบำบัดรักษา ระหว่าง วันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.asia/Y0Ejm.

2. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) “ชุมชนล้อมรักษ์” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี:กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dtam.moph.go.th/news-release/9358/.

3. Miguel I., Paz-Ramos, Silvia L. Cruz, Valeria Violante-Soria. Amphetamine-type stimulants: Novel insights into their actions and use patterns. Revista de Investigacion Clinica. 2023;75(3):143-57.

4. Birgit A Vollm, Ivan E de Araujo, Philip J Cowen, Edmund T Rolls, Morten L Kringelbach, Katharine A Smith et al. Methamphetamine Activates Reward Circuitry in Drug Naïve Human Subjects. Neuropsychopharmacology. 2004;29:1715–1722.

5. คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 1 ขุนโสภิต บรรณลักษณ์ (อำพัน กิตติขจร) (สมาคม เภสัชกรรมไทยโบราณแห่งประเทศไทย)

6. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ตำรับยาอดยาบ้าทางเลือกการรักษาผู้ติดยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [สืบค้นเมื่อ 27 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dtam.moph.go.th/dtam-news/13324/.

7. Elisabeth Prevete, Kim Paula Colette Kuypers, Eef Lien Theunissen, Gianluca Esposito, Johannes Gerardus Ramaekers, Massimo Pasquini et al. Clinical Implications of Kratom (Mitragyna speciosa) Use: a Literature Review. Current Addiction Reports. 2023;10:317-334.

8. ฤทธิณรงค์ มีพงษ์. ผลของมิทราไกนีนต่อการเสพติดมอร์ฟีนและเมทแอมเฟทามีนในแบบจำลองการติดยาของสัตว์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ncs.oncb.go.th/kratom/knowledge/pharmacology/4265/.

9. Jakkrit Nukitram, Dania Cheaha, Narumon Sengnon, Juraithip Wungsintaweekul, Supattra Limsuwanchote, Ekkasit Kumarnsit. Ameliorative effects of alkaloid extract from Mitragyna speciosa (Korth.) Havil. Leaves on methamphetamine conditioned place preference in mice. [Internet]. Thailand: Prince of Songkla University; 2022 [cited 1 April 2023]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378874121010540.

10. Asrin Sharifi, Saeideh Karimi-Haghighi, Ronak Shabani, Hamid Reza Asgari, Reza Ahadi, Abbas Haghparast. Cannabidiol impairs the rewarding effects of methamphetamine: Involvement of dopaminergic receptors in the nucleus accumbens. Prog. in Neuro-Psychopharmacology and Biol. Psychiatry. 2022;113:110458.

11. Yasaman Razavi, Fariborz Keyhanfar, Ronak Shabani, Abbas Haghparastc, Mehdi Mehdizadeh. Therapeutic Effects of Cannabidiol on Methamphetamine Abuse: A Review of Preclinical Study. Iranian Journal of Pharmaceutical Research 2021;20(4):152-164.

12. Panupong Puttarak, Ratree Sawangjit, Nathorn Chaiyakunapruk. Efficacy and safety of Derris scandens (Roxb.) Benth. for musculoskeletal pain treatment: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Ethnopharmacology. 2016; 194, 316–323. doi: 10.1016/j.jep.2016.09.021.

13. Elliot V. Hersh, Paul A. Moore. Drug interactions in dentistry The importance of knowing your CYPs. J Am Dent Assoc. 2004;135:298-311.

14. Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc. Methamphetamine Treatment Guildline [Internet].2018. [cited 20 March 2024]. Available from: https://tph.go.th/th/upload_research/result_research/2014/ Research_ 6113600120121535.pdf.

15. Ronnachai Kongsakon, Konstantinos I. P., Rapeepun Saguansiritham. Mirtazapine in amphetamine detoxification: a placebo-controlled pilot study. International Clinical Psychopharmacology 2005;20:253-256.

16. นายิกา เทพขุน, นริศรา งามขจรวิวัฒน์, สาวิตรี ยกเส้ง, วันวีนัส แวสามะ และปวีณา ชูมณี. ประสิทธิภาพของชารางจืดต่อการถอนพิษยาผู้ป่วยยาเสพติด ประเภทยาบ้า ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี [อินเทอร์เน็ต]. ปัตตานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด บรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://tph.go.th/th/upload_research/ result_research/2014/Research_6113600120121535.pdf.

17. Saref A, Suraya S, Singh D, Grundmann O, Narayanan S, Swogger MT et al. Self-report data on regular consumption of illicit drugs and HIV risk behaviors after kratom (Mitragyna speciosa korth.) initiation among illicit drug users in Malaysia. J Psychoactive Drugs. 2020;52(2):138–44.

18. Mehdi Farokhnia, Gray R. McDiarmid, Matthew N. Newmeye, Vikas Munja, Osama A. Abulseoud, Marilyn A. Huestis et al. Effects of oral, smoked, and vaporized cannabis on endocrine pathways related to appetite and metabolism: a randomized, double-blind, placebo-controlled, human laboratory study. Translational Psychiatry. 2020;10:71.

19. Malvika Kaul, Phyllis C. Zee, Ashima S. Sahni. Effects of Cannabinoids

การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุม ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

นิตยา เติมแก้ว[1]
วัชรินทร์ ทองสีเหลือง[2]
[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาด
[2] ศูนย์แพทย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

วันที่รับ 29 ตุลาคม 2567, วันที่แก้ไข 2 ธันวาคม 2567, วันที่ตอบรับ 23 ธันวาคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพบริบทของการบำบัดยาเสพติด ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบ และประเมินผล ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการศึกษา 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหา บริบทการบำบัดยาเสพติด ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล หาปัจจัยสู่ความสำเร็จ ทำการศึกษาตั้งแต่มกราคม 2566 ถึง กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน จำนวน 85 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามบทบาทการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของรูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด ค่าความชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย ขั้นตอนที่ 1 พื้นที่ที่ศึกษามีจุดแข็งเป็นชุมชนที่มีการวางระบบการปกครองชัดเจน แบ่งอาณาเขตการดูแล โดยมีหัวหน้าชุมชน หัวหน้าคุ้มคอยกำกับติดตามดูแลป้องกันยาเสพติด มีการจัดทำประชาคม เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุม มีดำเนินงาน 8 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลบทบาทการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนและความพึงพอใจก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลางและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 และปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ SA-AD Model โดยการส่งเสริมกิจกรรมในชุมชนโดยการพัฒนาศักยภาพทีมบูรณาการป้องกันปัญหายาเสพติด การค้นหาผู้ป่วยยาเสพติด เสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจโดยการใช้ธรรมะ และการสร้างงาน สร้างอาชีพ สามารถขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน

คำสำคัญ: การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ผู้ใช้ยาเสพติด

Development of a Model for Driving the Treatment and Rehabilitation of Drug Users though Community participation in a subdistrict of Nam Phong District, Khon Kaen Province

Nitya Temkaew1

Watcharin Thongseeluang2

[1] Saat Health Promotion Hospital

[2] Mahasarakham University Medical Center

Received 29 October 2024, Revised 2 December 2024, Accepted 23 December 2024

Abstract

This research is action research. The objectives are to study the context of drug rehabilitation, study the process of model development and evaluation, and study the success factors in developing a model for driving drug user treatment and rehabilitation with community participation. The study was conducted in 3 steps: Step 1: Analyze the problem, context of drug rehabilitation, Step 2: Implementation, Step 3: Evaluation, and find success factors. The study was conducted from January 2023 to September 2024. The sample group consisted of 85 people involved in the operation. The research instrument was a questionnaire on the role, participation, and satisfaction of the drug user rehabilitation model. The reliability values were 0.89 and 0.88, respectively. The data were analyzed using Paired t-test statistics.

Research results Step 1 The study area has strengths as a community with a clear governance system, dividing the areas of care, with community leaders and village chiefs supervising and monitoring drug prevention. There is a community meeting to plan and solve problems together. Step 2 The process of developing a model for driving drug user treatment and rehabilitation with community participation has 8 steps. Step 3: Evaluation of the role, participation, and satisfaction before development is at a moderate level and after development is at a high level. which has a statistically significant increase in the average value compared to before the development, P-value < 0.001, and the success factor is the SA-AD Model by promoting activities in the community by developing the potential of the integrated team to prevent drug problems, searching for drug addicts, strengthening mental immunity by using Dhamma, and creating jobs and careers, which can drive the treatment and rehabilitation of drug users in the community.

Keyword: Treatment and rehabilitation of drug users, community participation, drugs users

บทนำ

สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) ได้สรุปแนวโน้มสำคัญของสถานการณ์ยาเสพติดโลกว่า ผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 284 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.60 ของประชากรโลก และในช่วงอายุ 15 - 64 ปี มีอัตราการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 26.00 และมีการคาดการณ์ว่า ผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 11.00 ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำ กลุ่มเยาวชนเริ่มมีการใช้ยาเสพติดสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ในส่วนของผลกระทบต่อสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 13.60 ของผู้ใช้ยาเสพติดทั้งหมดประสบความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติด ในส่วนของมาตรการป้องกันและความครอบคลุมเพียงพอของการบำบัดรักษาความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติดในภาพรวมของโลกยังอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศรายได้ปานกลาง และประเทศรายได้ต่ำ [1] ประเทศไทยได้มีการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศ ปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีประชากรที่ใช้สารเสพติด ในปี พ.ศ. 2564 ประมาณ 1.90 ล้านคน และในจำนวนนี้ อนุมานว่าประมาณ 3 แสนคน เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา กลุ่มวัยที่พบว่ามีการแพร่ระบาดของยาเสพติด เป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานช่วงอายุ 12 - 44 ปี มีการกระจายของยาเสพติดไปถึงหมู่บ้าน ชุมชน ที่เป็นรากฐานสำคัญของสังคม หากไม่มีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขอย่างจริงจังและเร่งด่วนแล้ว จะก่อให้เกิดผลเสียต่อประเทศทั้งในด้านสาธารณสุข ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ [2]

ข้อมูลสถานการณ์พื้นที่แพร่ระบาดยาเสพติดจากหมู่บ้าน ชุมชน ในปี พ.ศ. 2565 จากหมู่บ้าน ชุมชน ทั่วประเทศ จำนวน 82,136 แห่ง พบว่า มีหมู่บ้านชุมชนที่มีปัญหายาเสพติดจำนวน 26,714 แห่งคิดเป็นร้อยละ 33.00 เนื่องจากเดิมการบำบัดมีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูปีละประมาณ 200,000 ราย ในระบบสมัครใจ บังคับบำบัดและต้องโทษ ซึ่งปัญหา คือ ระบบสมัครใจที่ไม่ใช่การสมัครใจที่แท้จริง แต่เป็นการบังคับกึ่งสมัครใจ ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเข้ารับการบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์เวลาที่กำหนด รวมถึงการติดตามในชุมชน ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิผลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การแก้ไขปัญหายาเสพติด รัฐบาลได้มีแนวทางการดำเนินงานเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูมีการแต่งตั้งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ศอ.ปส.) ทุกจังหวัด โดยการบูรณาการทำงานร่วมกันทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน โดยการบำบัดผู้ใช้ยาเสพติดที่ไม่มีคดีอาญาอื่นร่วมด้วย ซึ่งถือว่า “ผู้ใช้ยาเสพติด คือ ผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร [3] ซึ่งปี พ.ศ. 2564 - 2565 โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ จำนวน 121 ราย และ 143 ราย ตามลำดับ แต่พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 - 2566 ยังมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแล้วถึงร้อยละ 20.07 และร้อยละ 10.03 ตามลำดับ [4] พบปัญหาในการติดตามและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและการยอมรับผู้ป่วยยังมีน้อย การดำเนินการตามนโยบายที่เน้นการป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เป็นผู้ใช้ยาเสพติดรายใหม่ เพิ่มการเข้าถึงบริการการบำบัดรักษา ตั้งแต่ระยะแรกเพื่อลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดและภาวะแทรกซ้อน การมีส่วนร่วมของ

ครอบครัว สังคม ชุมชน เป็นการพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอน ระยะเวลา และค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ด้วยคุณค่าของความเป็นมนุษย์และมีการติดตามช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเสพซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตโดยไม่พึ่งพายาเสพติด แต่จำเป็นต้องบูรณาการและบริหารจัดการระบบการบำบัดรักษาทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ให้ประสานสอดคล้องสัมพันธ์กันอย่างจริงจัง และดำเนินการให้ครบวงจรไป ตั้งแต่ขั้นตอนการติดตาม ช่วยเหลือ ดูแล และพัฒนาคุณภาพชีวิตหลังการบำบัด จนทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดผู้ติดกลับมาเป็นกำลังของครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ [5] เนื่องจากการเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลส่งผลต่อการขาดงานและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย พบว่า เป็นต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยในการเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ ทั้งนี้ การดูแลผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและการเข้ารับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [5,6] นอกจากนี้การบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ถือเป็นวิธีที่คุ้มค่าที่สุดในการบำบัดผู้ใช้ยาเสพติด โดยอ้างอิงเอกสารทั่วโลกระบุว่าผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน มีอัตราการเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล และประวัติทำอาชญากรรมลดลงอย่างเห็นได้ชัด [6]

จากข้อมูลการในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ พบว่า ชุมชนดังกล่าวมีผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดโดยวิธีการบังคับ จำนวน 35 ราย ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดทำให้เป็นพื้นที่สีแดง แต่ชุมชนยังขาดรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูที่ชุมชนเป็นศูนย์กลาง แต่ชุมชนตระหนัก มีความต้องการที่จะแก้ไขปัญหายาเสพติด และมีความพร้อมในการเข้าร่วมกระบวนการบำบัดในชุมชนตลอดกระบวนการ ซึ่งการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางเป็นบริการที่จะบูรณาการการรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่การบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชน เป็นบริการแบบองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ สถานบริการชุมชนและครอบครัว มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่น ๆ และกับชุมชนเพื่อส่งต่อความรับผิดชอบการให้บริการระหว่างกันและกัน เป็นวิธีการบำบัดในชุมชนที่แทรกแซงชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่าการรักษาอื่น ชุมชนสามารถตรวจสอบได้และช่วยให้ลดมลทินของผู้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดตลอดจนกระตุ้นให้ชุมชนมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ในทางบวก ดังนั้น เพื่อให้ได้รูปแบบของการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง [6] จึงได้นำแนวคิดการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชนมาใช้ในการศึกษาการขับเคลื่อนการบัดบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรภาพผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุม เพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาหายาเสพติดในชุมชนให้มีความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบทของการบำบัดยาเสพติดในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุม ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อประเมินผล และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุม ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

ดำเนินการศึกษา 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหา บริบทการบำบัดยาเสพติด เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของเคมมิสและแมกทาการ์ด [7] แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing) ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย ตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 ถึง กันยายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย ผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน จำนวน 35 คน แกนนำชุมชน 10 คน ตัวแทนแกนนำครอบครัวของผู้ใช้ยาเสพติด จำนวน 20 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 14 คน ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดในสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน และกำนันผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน รวม 85 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามในการวิจัยที่พัฒนาขึ้น มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 บทบาทการมีส่วนร่วมของการขับเคลื่อนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของรูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง จำนวน 15 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกการบำบัดรักษายาเสพติด (แบบคัดกรอง แบบบำบัดรักษา แบบติดตามหลังการบำบัดรักษา) ใช้กับกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด

ชุดที่ 3 แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติด ใช้กับกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด [8]

ชุดที่ 4 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ทบทวนบริบทและสถานการณ์ของการดำเนินงานยาเสพติดในชุมชน ผู้วิจัยสรุปปัญหาแนวทางปฏิบัติและทำหน้าที่บันทึกเทปการสนทนากลุ่ม โดยไม่ต้องเข้าร่วมอยู่ในวงสนทนา

ชุดที่ 5 แบบบันทึกประเด็นสะท้อนผลการปฏิบัติ ประกอบด้วย ความคิดเห็นต่อผลการประเมิน สรุปผลการปฏิบัติงาน อุปสรรคในการปฏิบัติงาน และปัจจัยสู่แห่งความสำเร็จของการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยปรับปรุงแบบสอบถามศึกษาค้นคว้าและตรวจสอบความถูกต้องตามวัตถุประสงค์จากเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา บทบาทการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของรูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.66 - 1.00

2. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try Out) กับพื้นที่ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน คือ ชุมชนบ้าน

โนนสะอาด จำนวน 30 คน บทบาทการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของรูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha – Coefficient) [9]

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหายาเสพติดในชุมชน ดำเนินการโดยใช้การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมในชุมชน A.I.C

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตามแนวคิด Kemmis และ McTaggart ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) กิจกรรมที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงาน กิจกรรมที่ 2 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัด ฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยประชุมระดมสมองคณะทำงานเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาเชิงระบบและกำหนดแผนปฏิบัติการ เครื่องมือที่ช่วยในการระดมสมอง คือ การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของชุมชน

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการวิจัย ภายใต้กิจกรรมที่ 3 ดำเนินกิจกรรม หลังจากได้โครงการในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ในการการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing) โดยทีมวิจัยเป็นผู้สังเกต ภายใต้กิจกรรมที่ 4 กำกับ ติดตาม นิเทศงาน และระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ภายใต้กิจกรรมที่ 5 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็นต่อผลการประเมิน เพื่อแสดงความคิดเห็นประเด็นผลการปฏิบัติงาน อุปสรรคในการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอน หาปัจจัยสู่ความสำเร็จของการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล หาปัจจัยสู่ความสำเร็จ โดยการประเมินผลบทบาทการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของรูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง หลังการพัฒนารูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของบทบาทการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในรูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุม โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

1. ศึกษาสภาพปัญหา บริบทของการบำบัดยาเสพติดในชุมชน พบว่า พื้นที่ที่ศึกษามีข้อมูลการระบาดของยาเสพติด ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง พอเสร็จฤดูทำนาก็ไปทำงานต่างจังหวัด

บางครอบครัวพ่อแม่ต้องไปทำงานต่างจังหวัดตลอด ปล่อยลูกอยู่กับตายาย หรือ ปู่ย่า ทำให้เด็ก ๆ ไม่ค่อยได้รับความอบอุ่นจากครอบครัว ชุมชนมีรายชื่อผู้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด มาจากศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 35 รายชื่อ คิดเป็นร้อยละ 5.82 ของประชากรทั้งหมดในตำบล มีทั้งเด็ก วัยรุ่นและวัยทำงาน ชุมชนมีจุดแข็ง คือ เป็นชุมชนที่มีการวางระบบการปกครองชัดเจน แบ่งอาณาเขตการดูแล โดยมีหัวหน้าชุมชน หัวหน้าคุ้ม คอยกำกับติดตามดูแลป้องกันยาเสพติด มีคณะกรรมการดูแล จำนวน 10 - 15 คน คณะกรรมการมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบดูแลความเป็นอยู่ของทุกครัวเรือน และมีการสรุปรายงานผลปัญหาสุขภาพ สังคมเศรษฐกิจ และอื่น ๆ แก่กรรมการเป็นประจำทุกเดือน ในการแก้ไขปัญหาทุกปัญหาชุมชนจะมีการจัดทำประชาคม เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ใช้มติส่วนใหญ่ในที่ประชุมและรับรอง เป็นวาระของชุมชนตามเสียงข้างมาก ซึ่งการแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นมติที่เห็นพร้องต้องกันในการที่จะต้องรีบดำเนินการเนื่องจากเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนและนำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น ปัญหาด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุม ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) กิจกรรมที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย สามารถสรุปประเด็นปัญหาได้ดังต่อไปนี้ 1) ปัญหาการทำงานเชิงรุกค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ยังไม่ครอบคลุมในทุกประเด็น ขาดความต่อเนื่อง 2) ปัญหาการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ขาดความชัดเจนในการดำเนินงาน 3) ปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ หันกลับไปเสพซ้ำ เป็นต้น กิจกรรมที่ 2 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการบำบัด ฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง จำนวน รวม 85 คน ใช้การทำการประชุมแบบมีส่วนร่วม Appreciation-Influence-Control ได้แผนปฏิบัติการ (Action Plan) ได้ทั้งหมด 4 โครงการ ดังนี้ 1) พัฒนาศักยภาพทีมบูรณาการป้องกันปัญหายาเสพติด 2) เคาะประตู ค้นหาผู้ป่วยยาเสพติด 3) เสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ หนึ่งใจให้ธรรมะ 4) สร้างงานสร้างอาชีพ “คืนคนดีสู่สังคม”

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) กิจกรรมที่ 3 ดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย 4 โครงการ ดังนี้

- โครงการที่ 1 พัฒนาศักยภาพทีมบูรณาการป้องกันปัญหายาเสพติด เป็นโครงการเตรียมพัฒนาศักยภาพเพื่อป้องกันปัญหายาเสพติด เป็นการพัฒนาศักยภาพทีมในการเข้าใจบทบาท สร้างความร่วมมือ สร้างเครือข่ายในชุมชน เพื่อร่วมขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุมตั้งแต่การป้องกัน บำบัด และรักษาผู้ติดยาเสพติด ในการคัดกรอง ค้นหา รักษา สร้างอาชีพ คืนสู่สังคม เป็นต้น

- โครงการที่ 2 เคาะประตู ค้นหาคัดกรองผู้ใช้ยาเสพติด เป็นการคัดกรอง การสุ่มตรวจปัสสาวะกลุ่มเสี่ยง พบว่า มีผู้ใช้ยาเสพติด จำนวน 35 ราย ทั้งหมดยอมรับว่าใช้จริงและสมัครใจรับการบำบัดรักษา ทำให้ได้ทำการปฏิญาณตนในการที่จะเข้ารับการบำบัดรักษา และจะกลับไปเป็นคนดีของสังคม

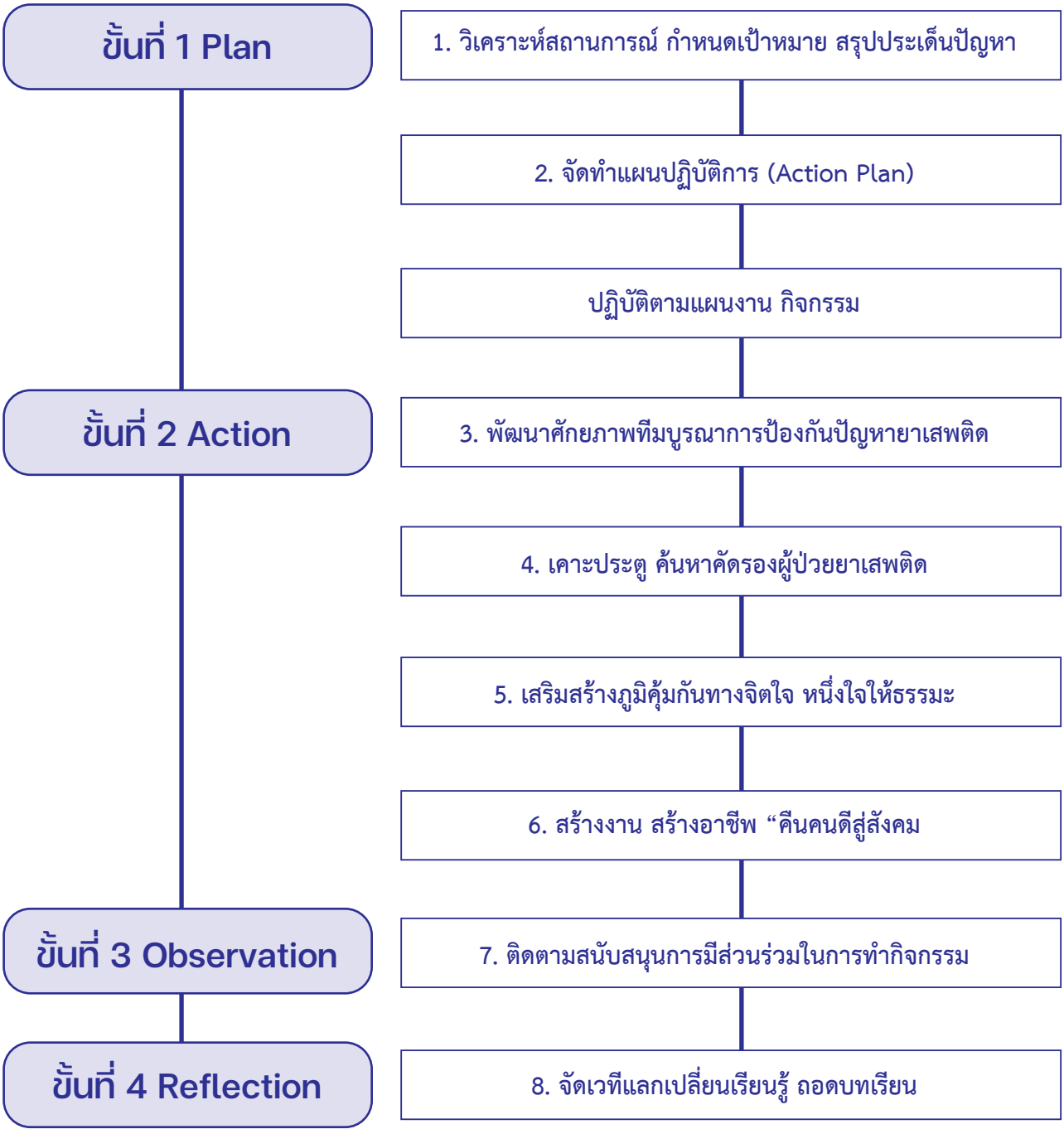
- โครงการที่ 3 เสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ หนึ่งใจให้ธรรมะ เป็นโครงการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติด

และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้กับผู้ป่วยยาเสพติด โดยการใช้ธรรมะเป็นสื่อกลาง โดยการจัดค่ายธรรมะให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เรียนรู้ถึงโทษของยาเสพติด ร่วมกันสร้างแนวทางป้องกันยาเสพติด มีการปฏิญาณตนไม่กลับไปเสพซ้ำ เรียนรู้หลักธรรมะเพื่อใช้ในการเยียวยาจิตใจ เป็นต้น

- โครงการที่ 4 สร้างงาน สร้างอาชีพ “คืนคนดีสู่สังคม” เป็นโครงการฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด เป็นการฝึกการสร้างงาน สร้างอาชีพให้กับผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข เพื่อให้เขาสามารถนำไปต่อยอดในสังคมได้ เป็นการคืนคนดีสู่สังคม

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing) กิจกรรมที่ 4 ติดตามสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม งานผู้วิจัยได้สนับสนุนการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล โดยแบบบันทึกการสนทนากลุ่มทบทวนบริบท สถานการณ์ ความคิดเห็นต่อผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า กลุ่มเป้าหมายให้ความร่วมมือ ร่วมแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในทุกโครงการ และยังกระตุ้นให้ทีมมีความกระตือรือร้นในการแสดงความคิดเห็น

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) กิจกรรมที่ 5 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 โครงการ บรรลุตามวัตถุประสงค์ เห็นว่าผลการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ร่วมกันพัฒนา สามารถแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนได้ การจัดเวทีถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน การสรุปผลการดำเนินงานสะท้อนในที่ประชุม บทเรียนจากการดำเนินงาน พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีขั้นตอนการดำเนินงาน 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย 2) ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ 3) พัฒนาศักยภาพทีมบูรณาการป้องกันปัญหายาเสพติด 4) เคาะประตู ค้นหาคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด 5) เสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ หนึ่งใจให้ธรรมะ 6) สร้างงาน สร้างอาชีพ “คืนคนดีสู่สังคม” 7) การกำกับ ติดตาม และประเมินผล 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน



ภาพที่ 1 รูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชุม ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

3. การประเมินผล และหาปัจจัยสู่ความสำเร็จ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุม กลุ่มเป้าหมายมีบทบาทการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

1. บทบาทการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีระดับบทบาทการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.95 และหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.43 เมื่อเปรียบเทียบระดับความแตกต่างของบทบาทการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับบทบาทการมีส่วนร่วมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของบทบาทการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุม ก่อนและหลังการพัฒนา (N=85)

บทบาทและการมีส่วนร่วม	N	mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	85	3.42	0.46					
หลังการพัฒนา	85	3.67	0.68	0.46	0.35-0.67	84	-3.39	0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ความพึงพอใจในรูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจก่อนพัฒนาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 52.38 และหลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.95 เมื่อเปรียบเทียบระดับความแตกต่างของความพึงพอใจก่อนและหลังพัฒนา พบว่า ระดับความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (N=85)

ความพึงพอใจ	N	mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	85	2.42	0.29					
หลังการพัฒนา	85	3.76	0.59	0.36	0.27-0.45	84	-8.42	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุม คือ SA-AD Model ประกอบด้วย ดังนี้ S (Service) การบริการ การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติดเชิงรุกในชุมชน เพื่อค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดหน้าใหม่ เพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัด รักษา และกลับคืนสู่สังคม A (Achievement) การมีเป้าหมาย และความสำเร็จร่วมกันในการทำงาน โดยชุมชนมีการวางแผน สร้างเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้ชุมชนปลอดยาเสพติด ร่วมถึงกับวางแผนร่วมค้นหา และร่วมรับผลประโยชน์ด้วยกัน A (Access) การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ โดยเป็นการมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยยาเสพติด เสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ และมีการสร้างงาน สร้างอาชีพ เพื่อคืนคนดีสู่สังคม เป็นต้น D (Do) การทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย มีความสามัคคีในการทำงาน

อภิปรายผล

1. สภาพปัญหา บริบทของการบำบัดยาเสพติดในชุมชน พบว่า ชุมชนมีจุดแข็ง คือ เป็นชุมชนที่มีการวางระบบการปกครองชัดเจน แบ่งอาณาเขตการดูแล โดยมีหัวหน้าชุมชน หัวหน้าคุ้มคอยกำกับติดตามดูแลป้องกันยาเสพติด มีคณะกรรมการดูแล จำนวน 10 - 15 คน คณะกรรมการมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบในการดูแลความเป็นอยู่ทุกครัวเรือน และมีการสรุปรายงานผลปัญหาสุขภาพ สังคมเศรษฐกิจ และอื่น ๆ แก่กรรมการเป็นประจำทุกเดือน ซึ่งการแก้ไขปัญหาทุกปัญหาชุมชนจะมีการจัดทำประชาคม เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ใช้มติส่วนใหญ่ในที่ประชุมและรับรอง เป็นวาระของชุมชนตามเสียงข้างมาก และการแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นมติที่เห็นพร้องต้องกันในการที่จะต้องรีบดำเนินการ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนและนำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น ปัญหาด้านครอบครัว สังคมเศรษฐกิจ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทา ชัยพิชิตพันธ์ [10] ทำการศึกษานโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดของรัฐบาล เน้นการ ป้องกันกลุ่มเสี่ยงเพื่อไม่ให้เป็นผู้ใช้ยาเสพติดรายใหม่ เพิ่มการเข้าถึงบริการการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรกเพื่อลดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สังคม ชุมชน

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุม ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีขั้นตอนการดำเนินงาน 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1. วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย 2. ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ 3. พัฒนาศักยภาพทีมบูรณาการป้องกันปัญหายาเสพติด 4. เคาะประตู ค้นหาคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด 5. เสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ หนึ่งใจให้ธรรมะ 6. สร้างงาน สร้างอาชีพ “คืนคนดีสู่สังคม” 7. การกำกับติดตาม และประเมินผล 8. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน หาปัจจัยสู่ความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพล บุญทองสุข [11] ทำการศึกษาการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนภาคเหนือ พบว่า แนวทางในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนภาคเหนือ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ มีการพัฒนาความรู้ให้แก่คณะทำงาน ออกค้นหาเชิงรุกในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตามโครงการชุมชนสีขาวปลอดยาเสพติดและอบายมุข” ตามยุทธศาสตร์ 5 มาตรการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ควรกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจน เป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของสิริวิท อิสโร และกษมา วรรณโร [12] ที่ศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของหมู่บ้านกองทุนแม่ของแผ่นดิน บ้านคลองทราย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี พบว่า ความสำเร็จของการดำเนินงานและ

แก้ไขปัญหายาเสพติด ต้องเริ่มจากการวางแผนการทำงานร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เกิดความร่วมมือของทุกภาคส่วน

3. การประเมินผล และหาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุม พบว่า บทบาทการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในรูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลางและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมและบทบาทในการวางแผน ร่วมคิดร่วมวางแผนในการดำเนินงาน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของสุรพล บุญทองสุข [11] ทำการศึกษาการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนภาคเหนือ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ SA-AD Model ประกอบด้วย S (Service) การบริการ การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติดเชิงรุกในชุมชน เพื่อค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดหน้าใหม่ เพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และกลับคืนสู่สังคม A (Achievement) การมีเป้าหมายและความสำเร็จร่วมกันในการทำงาน โดยชุมชนมีการวางแผน และสร้างเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้ชุมชนปลอดยาเสพติด และร่วมกับวางแผนร่วมค้นหา และร่วมรับผลประโยชน์ด้วยกัน A (Access) การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ โดยเป็นการมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยยาเสพติด เสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ และมีการสร้างงาน สร้างอาชีพ เพื่อคืนคนดีสู่สังคม เป็นต้น D (Do) การทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย มีความสามัคคีในการทำงาน ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า รูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุม เกิดจากการมีส่วนร่วมของพื้นที่ เกิดการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมลงมือปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริวิท อิสโร และกษมา วรรณโร [12] ที่ศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของหมู่บ้านกองทุนแม่ของแผ่นดิน บ้านคลองทราย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลเชิงบวกต่อความสำเร็จในการดำเนินงานด้านยาเสพติดของกองทุนแม่ของแผ่นดิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลร่วมในการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานด้านยาเสพติดของกองทุนแม่ของแผ่นดินสูงถึงร้อยละ 78.10 ผลการศึกษายังพบว่าระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดบ้านคลองทรายอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) การส่งเสริมกิจกรรมในชุมชนโดยการพัฒนาศักยภาพทีมบูรณาการป้องกันปัญหายาเสพติด การค้นหาเคาะประตู ค้นหาผู้ป่วยยาเสพติด เสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจโดยการใช้ธรรมะ หนึ่งใจให้ธรรมะ และการสร้างงานสร้างอาชีพ สามารถขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนได้

2) ชุมชนต้องมีการตรวจคัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยงใช้ยาเสพติดเป็นประจำ อย่างน้อย 3 เดือน ตรวจ 1 ครั้ง และมีมาตรการในการด้านค้นหา เพื่อคัดรองกลุ่มเสี่ยง และแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้สะดวกในการดูแล ป้องกันช่วยเหลือ

3) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในชุมชน ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกเครือข่าย มีการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ และ

สร้างงาน สร้างอาชีพให้กับผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อให้ได้กลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีบริบทเขตเมืองและเขตชนบท เพราะบริบทของชุมชนมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน ทั้งนี้ชุมชนเมืองจะมีความซับซ้อนของการจัดการด้านป้องกันสูงกว่าชุมชนชนบท

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; 2564.

3. มานพ คณะโต. การสำรวจข้อมูลผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2565.

4. กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลน้ำพอง. สรุปผลการดำเนินงานยาเสพติด. ขอนแก่น: เอกสารอัดสำเนา; 2565.

5. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพ: บ.บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด; 2561.

6. ชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์ และยอดชาย สุวรรณวงษ์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้ใช้ยาเสพติดระบบสมัครใจใน จังหวัดสระบุรี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2565;2(1):49-68.

7. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research reader. Geelong. Victoria: Deakin University Pres

8. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้งานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต. ฉบับปี 2020)

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

10. นันทา ชัยพิชิตพันธ์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.

11. สุรพล บุญทองสุข. การดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนภาคเหนือ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต] มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2563.

12. สิริวิท อิสโร และกษมา วรรณโร. ความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของหมู่บ้านกองทุนแม่ของแผ่นดิน บ้านคลองทราย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์ 2561;4(1):69-81

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติดที่มารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี

ลออทิพย์ เจติยานุวัตร
นภาพร สุขวัฒนาวิทย์
กัลย์ธิดา เอี่ยมสะอาด
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

วันที่รับ 13 กันยายน 2567, วันที่แก้ไข 29 พฤศจิกายน 2567, วันที่ตอบรับ 23 ธันวาคม 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติด ก่อนและหลังรับการบำบัดรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพสารเสพติดรายใหม่ ที่มารับการบำบัดรักษาช่วงเดือนธันวาคม 2566 – มีนาคม 2567 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการปรึกษาในสถานการณ์ยาเสพติดสำหรับผู้รับการบำบัดโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย 26 คำถาม ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92 แบบสอบถามคุณลักษณะประชากร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ ใช้ pair t - test และ Stepwise Logistic regression

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80 อายุอยู่ในช่วง 21 – 30 ปี ร้อยละ 56.60 อายุเฉลี่ย 25.53 ปี (S.D. = 6.15) สถานภาพโสด ร้อยละ 60.00 การศึกษาระดับมัธยมต้น ร้อยละ 43.30 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 50.00 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 30.00 อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 43.30 สัมพันธภาพบิดาและมารดาราบรื่น ร้อยละ 66.70 ระยะเวลาเสพสารเสพติด เฉลี่ย 5.09 ปี ไม่มีโรคทางกาย ร้อยละ 80 ใช้สารเสพติดเพียงชนิดเดียว ร้อยละ 73.30 เสพแบบผู้ติด ร้อยละ 53.30 รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 96.70

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 79.90, S.D. = 1.55) คุณภาพชีวิตโดยรวมหลังบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 93.00, S.D. = 1.36) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการบำบัดรักษา พบว่า ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย (p–value 0.027) ด้านจิตใจ (p–value 0.000) ด้านสิ่งแวดล้อม (p–value 0.003) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (p–value 0.000) สำหรับด้านสัมพันธภาพทางสังคมพบว่า มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value 0.075) ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้เสพสารเสพติด, บำบัดผู้ติดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก

Quality of life and factors related to quality of life among drug users who be treated at Somdet phrasangharaja 19th Hospital Kanchanaburi province

Laortip Jetiyanuwatr
Napaporn Sukwattanavit
Kanthida Eiamsaard
Somdet Phrasangharaja 19th Hospital

Received 13 September 2024, Revised 29 November 2024, Accepted 23 December 2024

Abstract

This study is a quasi-experimental research, one group, before-after measurement, to study and compare the quality of life among drug users before and after receiving treatment and factors related to the quality of life. The sample group is new drug users who came to receive treatment during December 2023 - March 2024. A purposive sample of 30 case was selected. The instruments used in the experiment are the Drug Situation Counseling Manual for patients receiving treatment at Somdet phrasangharaja 19th Hospital. The instruments used for data collection are the 26-question Thai version of the World Health Organization Quality of Life Scale, with a Cronbach's Alpha reliability of 0.92. The questionnaire on population characteristics is used to analyze data using descriptive statistics, frequency, percentage, mean, and standard deviation. The statistics used for analysis are paired t - test and Stepwise Logistic regression method.

The research results found that the majority of the sample group was male, 80 percent, aged between 21-30 years (56.60 percent), average age 25.53 years (S.D. = 6.15), single status 60 percent, lower secondary education 43.30 percent, general laborer 50 percent, no income 30 percent, living with parents 43.30 percent, good relationship with parents 66.70 percent, average duration of drug use 5.09 years, no physical illness 80 percent used only one type of drug, 73.30 percent used as an addict 53.30 percent, received outpatient treatment 96.70 percent.

The results of the comparison of quality of life found that the overall quality of life before treatment was at a moderate level ($\overline{X}$ = 79.90, S.D. = 1.55). The overall quality of life after treatment was at a moderate level ($\overline{X}$ = 93.00, S.D. = 1.36). The results of the comparison of the differences in quality of life before and after treatment found that there were 4 dimensions with statistically significant differences: physical health (p–value 0.027), mental (p–value 0.000), environment (p–value

0.003), and overall quality of life (p–value 0.000). As for social relationships, there was no statistically significant difference (p–value 0.075). The results of the correlation study found that no factors were statistically significantly related to quality of life.

Keyword: Quality of life, drug users, outpatient drug addiction treatment.

บทนำ

จากนโยบายของรัฐบาลให้เร่งรัดการดำเนินงานป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติดใหม่ พ.ศ. 2564 มีหลักการว่า“ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” ประกอบกับนโยบายยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2566 – 2570 ให้บูรณาการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวม ผู้เสพยาเสพติดทุกคนจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์พร้อมกับการพัฒนาฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยให้โอกาสผู้เสพสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาแทนการดำเนินคดี

จังหวัดกาญจนบุรี เป็นจังหวัดชายแดนภาคตะวันตกที่ถูกกำหนดให้เป็นพื้นที่เป้าหมายที่มีความจำเป็นเร่งด่วนในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ซึ่งภารกิจของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้นำนโยบายยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมดังกล่าวมาใช้ในการปฏิบัติงาน การนำผู้เสพและผู้ติดสารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี ได้รับความร่วมมือจากศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ศป.ปส.) อำเภอท่าม่วง ตำรวจ ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำการคัดกรองและนำตัวส่งเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลแบบไม่ควบคุมตัว

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ให้การบำบัดรักษาผู้เสพสารเสพติดอย่างต่อเนื่องมาตั้งปี 2547 จนถึงปัจจุบัน โดยพบว่าในช่วง 3 ปีที่ผ่านมามีผู้เสพสารเสพติดหลายชนิดและติดรุนแรงมากขึ้น มีอาการถอนพิษยาและมีอาการทางจิตมากขึ้น โดยสถิติผู้เสพสารเสพติดที่มารับการบำบัดรักษาช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2566 มีจำนวน 388 คนต่อ 1,384 ครั้ง, 399 คนต่อ 1,268 ครั้ง และ 387 คนต่อ 1,241 ครั้งตามลำดับ โดยเป็นผู้เสพรายใหม่ในปีงบประมาณ 2564 - 2566 จำนวน 112 คน, 149 คน และ 280 คนตามลำดับ [1] ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้เสพสารเสพติดที่มารับการบำบัดรักษา พบว่าผู้เสพแต่ละรายมีสภาพปัญหาที่แตกต่างกันไปตามบริบทของครอบครัวและสิ่งแวดล้อม เช่น หลายคนต้องออกจากสถานศึกษา ออกจากงาน ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ผู้ติดยาส่วนใหญ่ขอเงินคนในครอบครัวเพื่อไปซื้อยาเสพติด สัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเชิงลบ ส่งผลกระทบหลายด้านกับทั้งตัวผู้เสพ ครอบครัวและสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจและคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม [1] แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติดที่มารับการบำบัดรักษาดังกล่าว กลุ่มงานจิตเวช

และยาเสพติดจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติดที่มารับการบำบัดรักษาตามกระบวนการบำบัดรักษาในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ทั้งก่อนบำบัดและหลังบำบัดครบตามเกณฑ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลของคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้เสพสารเสพติด และนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติด ก่อนและหลังรับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติดที่มารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้เสพสารเสพติดรายใหม่ ที่มารับการบำบัดรักษาที่คลินิกบำบัดสารเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี ช่วงเดือนธันวาคม 2566 – มีนาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้เสพสารเสพติดรายใหม่ทุกคนที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าในช่วงเวลา ธันวาคม 2566 – มีนาคม 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้จำนวนทั้งหมด 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า: เป็นคนไทย อ่านออก เขียนได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก: ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนครบกระบวนการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงทดลอง เป็นคู่มือการปรึกษาในสถานการณ์ยาเสพติดสำหรับผู้รับการบำบัดโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 [2] ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย ความรู้และใบงานกิจกรรม รวม 18 เรื่อง ทำกิจกรรมบำบัดครั้งละ 2 เรื่อง ใช้เวลา 1.5 ชั่วโมง ทุก 2 สัปดาห์ต่อเนื่อง รวมทั้งสิ้น 8 ครั้ง โดยในครั้งที่ 8 จะเพิ่มกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว รวมใช้ระยะเวลาบำบัด 4 เดือน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 เป็นคำถามคุณลักษณะประชากร เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการเสพสารเสพติด ตอนที่ 2 เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 26 – 60 คะแนน คุณภาพชีวิตกลาง ๆ คะแนน 61 – 95 คะแนน คุณภาพชีวิตที่ดี คะแนน 96 – 130 คะแนน การนำเสนอผลจะต้องนำเสนอในรูปแบบของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด และคะแนนของแต่ละองค์ประกอบ เครื่องมือได้รับการทดสอบจาก

ผู้พัฒนาเครื่องมือแล้วพบว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา 0.65 มีความสอดคล้องภายใน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.84 [3] ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้เสพสารเสพติดรายเก่า จำนวน 30 ราย และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 พิจารณา ได้หมายเลขใบรับรอง 5/2567 รับรองวันที่ 26 พฤศจิกายน 2566 หมดอายุวันที่ 26 พฤศจิกายน 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ในคลินิกบำบัดสารเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้เสพสารเสพติดรายใหม่ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566 – 31 สิงหาคม 2566 (ก่อน – หลังเข้ารับการบำบัด)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้สถิติที (pair t-test) ทดสอบความสัมพันธ์ด้วย Stepwise Logistic Regressions โดยนำข้อมูลมาทดสอบการกระจายของข้อมูลก่อนการใช้สถิติ พบว่า ไม่ละเมิดข้อตกลง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.00 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 21 – 30 ปี ร้อยละ 56.60 อายุเฉลี่ย 25.53 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 60.00 การศึกษาระดับมัธยมต้น ร้อยละ 43.30 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 50.00 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 30.00 อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 43.30 สัมพันธภาพบิดาและมารดาราบรื่น ร้อยละ 66.70 ระยะเวลาเสพสารเสพติดน้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 15 ปี เฉลี่ย 5.09 ปี ไม่มีโรคทางกาย ร้อยละ 80 ใช้สารเสพติดเพียงชนิดเดียว ร้อยละ 73.30 ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ เป็นเฮโรอีนร้อยละ 33.33 ยาบ้าร้อยละ 30 Tramadol ร้อยละ 6.67 เฮโรอีนและกัญชาร้อยละ 10.00 เฮโรอีนและยาบ้าร้อยละ 6.67 ยาบ้าและกัญชา ร้อยละ 6.67 ยาบ้าร่วมกับกัญชาและเฮโรอีน ร้อยละ 6.67 ลักษณะการเสพเป็นผู้ติด ร้อยละ 53.30 การรักษาที่ได้รับเป็นแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 96.70

2. ผลการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติด ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดรักษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดรักษา (n= 30)

คุณภาพชีวิต	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านสุขภาพกาย	22.45	4.67	ปานกลาง	24.83	3.96	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	18.16	3.93	ปานกลาง	22.00	4.27	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.29	2.44	ปานกลาง	10.37	1.56	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	24.67	5.61	ปานกลาง	28.70	5.03	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	79.90	1.55	ปานกลาง	93.00	1.36	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดรักษา ด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับคงเดิม (ปานกลาง) ด้านจิตใจอยู่ในระดับคงเดิม (ปานกลาง) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับคงเดิม (ปานกลาง) ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับคงเดิม (ปานกลาง) คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับคงเดิม (ปานกลาง) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี พบว่า หลังการบำบัดรักษาค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคมเท่ากับ 27.68, 23.83, 21.00 และ 10.34 (S.D. = 5.01, 4.26, 4.47, 2.03) ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ($\overline{X}$ = 89.69, S.D.= 14.25) [4]



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้รับการบำบัดรักษา ก่อนและหลังการบำบัด โดยใช้ Paired t – test

คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ	n	Mean	S.D.	t-value	df	p-value
ด้านสุขภาพกาย	30	2.07	4.87	2.32	29	0.027*
ก่อนการบำบัด		22.45	4.67			
หลังการบำบัด		24.83	3.96			
ด้านจิตใจ	30	3.60	4.27	4.62	29	0.000*
ก่อนการบำบัด		18.16	3.93			
หลังการบำบัด		22.00	4.27			
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	30	0.90	2.67	1.85	29	0.075
ก่อนการบำบัด		9.29	2.44			
หลังการบำบัด		10.37	1.56			
ด้านสิ่งแวดล้อม	30	4.03	6.71	3.29	29	0.003*
ก่อนการบำบัด		24.67	5.61			
หลังการบำบัด		28.70	5.03			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	30	1.18	15.48	4.19	29	0.000*
ก่อนการบำบัด		79.90	1.55			
หลังการบำบัด		93.00	1.36			

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการบำบัดรักษา ด้านสุขภาพกายมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value 0.027) ด้านจิตใจมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value 0.000) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value 0.075) ด้านสิ่งแวดล้อมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value 0.003) คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value 0.000) วิเคราะห์ข้อมูลแยกตามรายด้าน ดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างหลังการบำบัดรักษา อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 24.83, S.D. = 3.96) แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ($\overline{X}$ = 22.45, S.D. = 4.67) ก่อนเข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value = 0.027 (t = 2.32) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติดหลังการบำบัดในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่าผู้ป่วยทุกรายมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับที่ดี [5] อธิบายได้ว่าในการเข้ารับการบำบัดที่คลินิกบำบัดสารเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 นั้น ผู้เสพสารเสพติดจะได้รับ

การคัดกรองภาวะสุขภาพ และการตรวจประเมินสุขภาพเบื้องต้น ผู้รับการบำบัดทุกรายจะได้พบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นแพทย์ดูแลผู้ป่วยประจำคลินิกยาเสพติด ให้การตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เสพเฮโรอีนร้อยละ 33.33 จะมีอาการถอนพิษยา (Withdrawal) ในระหว่างการมาบำบัด ผู้เสพยาจะยังมีอาการปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นร่วมด้วย แต่การได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการรบกวนและอาการไม่สุขสบายดังกล่าว ในส่วนผู้เสพเฮโรอีนจะนัดมาพบแพทย์ทุกสัปดาห์ใน 1 เดือนแรก เพื่อให้แพทย์พิจารณาปรับยาตามอาการ ช่วยให้ผู้มารับการบำบัดอาการทุเลาลงตามระยะเวลาที่ผ่านไป

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการบำบัดรักษา อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 22.00, S.D. = 4.27) แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ($\overline{X}$ =18.16, S.D. = 3.93) ก่อนเข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value = 0.000 (t = 4.62) อธิบายได้ว่า ผู้เสพสารเสพติดจะได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพจิต ทั้งคัดกรองความเครียด คัดกรองภาวะซึมเศร้า คัดกรองการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ผู้เข้ารับการบำบัดรายใหม่ทุกรายจะได้รับการปรึกษารายบุคคล การให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้ผู้เสพสารเสพติดได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ในรายที่มีอาการทางจิตหรือพบภาวะซึมเศร้า จะมีระบบการปรึกษาจิตแพทย์โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา (โรงพยาบาลจังหวัด) เพื่อวินิจฉัยรักษาร่วมกับการรับยาในคลินิกยาเสพติด ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้เสพสารเสพติดได้รับการยอมรับ ประกอบกับครอบครัวเข้ามามีบทบาทร่วมกันช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผ่านพ้นระยะอุปสรรค ช่วยให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บาห์ราม อาร์มอน และคณะ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กันในผู้ป่วยใช้สารเสพติดโดยวิธีทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตต้า พบการศึกษา 4 เรื่อง (ผู้เข้าร่วม 1,126 คน) พบว่า ผู้ป่วยสารเสพติดมีคุณภาพชีวิตทางจิตดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว [6]

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดรักษา อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =10.37, S.D. = 1.56) แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ($\overline{X}$ =9.29, S.D. = 2.44) ก่อนเข้ารับการบำบัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value = .075 (t = 1.85) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่า หลังบำบัดค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมเท่ากับ 10.34 (SD = 2.03) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง [3] ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เสพยาเสพติดนำมาอธิบายได้ว่า ผู้ติดยามักจะถูกตีตราจากสังคมและคนในชุมชน ทำให้การสร้างโอกาสทางสังคมเป็นไปได้น้อย อีกทั้งผู้เสพบางรายมีประวัติทางคดีเคยต้องโทษทำให้ชุมชนไม่ไว้วางใจที่จะจ้างงาน หรือให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และยังสามารถอธิบายตามหลักกาย จิต สังคม ได้ว่า เมื่อบุคคลหนึ่งเผชิญกับการเสพสารเสพติดอย่างเต็มตัว จะเกิดผลกระทบของการเสื่อมสภาพทางกายภาพ การตกงานและการขัดสนทางการเงิน ปัจจัยต่าง ๆ จะกระตุ้นให้เกิดความหดหู่ทางอารมณ์และสังคม บุคคลนั้นจะเหมือนกับถูกพรากเกือบทุกอย่างของชีวิต เกิดความรู้สึกละอาย รู้สึกผิด ความอ่อนแอ และความล้มเหลว กระตุ้นให้ผู้ติดยาแยกตัวจากครอบครัว ชุมชน และสังคม เข้าสู่แวดวงของตนเองหรือร่วมกับผู้เสพยาอื่นที่มีสถานะคล้ายคลึงกัน [7]

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดรักษา อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 28.70, S.D. = 5.03) แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ($\overline{X}$ = 24.67,

S.D. = 5.61) ก่อนเข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value = 0.003 (t = 3.29) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดโรงพยาบาลปทุมธานี ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมหลังการบำบัด ($\bar{X}$ = 29.77, S.D. = 4.06) สูงกว่าก่อนบำบัด ($\bar{X}$ = 30.20, S.D. = 3.48) จากปานกลางเป็นระดับดีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value = 0.36) [8] ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมนี้หมายรวมถึงความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยกับสิ่งแวดล้อมและคนรอบข้างด้วย อธิบายได้ว่า ผู้เสพสารเสพติดได้เข้าร่วมกิจกรรมตามคู่มือการปรึกษาในสถานการณ์ยาเสพติด ช่วยให้ผู้เสพสารเสพติดเข้าใจตนเอง ปรับตัวได้ดีขึ้นตามสภาวะสังคมสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป กิจกรรมบำบัดช่วยให้ผู้เสพสารเสพติดมีมุมมองใหม่ว่า การไม่ใช้สารเสพติดทำให้มีชีวิตที่เป็นอิสระไม่ต้องพึ่งสารเสพติด ดังที่ผู้ผ่านการบำบัดจำนวนหนึ่งเล่าว่าเมื่อเลิกยาเสพติดได้รู้สึกเหมือนตื่นใหม่ เริ่มสนใจสิ่งแวดล้อม รู้สึกปลอดภัย มั่นใจตนเองในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนโดยไม่กลัวว่าจะถูกจับผิด อิสระที่จะไปไหนมาไหน ไม่กลัวด่านตรวจ ไม่กลัวตำรวจตรวจค้นตัว เป็นต้น

ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ถึงรายละเอียดระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการบำบัด พบคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ไม่ดี ร้อยละ 12.90 คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 74.20 และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 12.90 เฉลี่ยแล้วเป็นระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 79.90, S.D.= 1.55) สอดคล้องกับการศึกษาของจื่อหลิน หม่า และคณะที่ศึกษาภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่ทำให้ติดยาที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดคุนหมิง พบว่าผู้ติดยาเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเกณฑ์ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและคุณภาพชีวิตทั่วไป [9] สำหรับคุณภาพชีวิตหลังการบำบัดไม่พบคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี แต่พบว่ามีคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 50.00 คุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 50.00 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนบำบัด ($\bar{X}$ = 93.00, S.D.= 1.36) ซึ่งเป็นระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดหนึ่งทางภาคตะวันออกของประเทศไทย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนคุณภาพชีวิต (M = 272.93, SD = 15.67) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 256.56, SD = 21.14) [10] และยังสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดแบบกายจิต สังคมบำบัด จังหวัดยโสธร พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.70, S.D. = 0.46) [11] เช่นกัน

3. ผลการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยวิธี Logistic Regression (Method=Forward Stepwise (Likelihood Ratio))

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรกับระดับคุณภาพชีวิต (n = 30)

ปัจจัยส่วนบุคคล	Odd	df	p-value
เพศ	1.159	1	0.282
อายุ	0.368	1	0.544
สถานภาพสมรส	0.783	1	0.376
รายได้	0.122	1	0.727
อาศัยอยู่กับใคร	0.003	1	0.954
สัมพันธภาพของบิดาและมารดา	3.402	1	0.065
ระยะเวลาที่เสพสารเสพติด	0.382	1	0.537
การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ	2.872	1	0.090
ประเภทของการใช้สารเสพติด	0.739	1	0.390
ลักษณะการใช้สารเสพติด	0.238	1	0.625
การรักษาที่ได้รับ	0.489	1	0.484
รวมทุกปัจจัย	**12.13**	**1**	**0.517**

จากตารางที่ 3 พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยวิธี Logistic Regression Method=Forward Stepwise(Likelihood Ratio) พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21 – 30 ปี ร้อยละ 56.60 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และให้ประวัติใช้สารเสพติดเฉลี่ย 5.09 ปี และมากกว่าร้อยละ 50.00 ของกลุ่มตัวอย่างเสพเฮโรอีน ทั้งใช้ชนิดเดียวและร่วมกับสารเสพติดตัวอื่น ซึ่งพฤติกรรมการเสพเฮโรอีนส่วนใหญ่จะใช้เกือบตลอดวัน ไม่สามารถเข้าสังคมหรือร่วมทำกิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชน เมื่อมาเข้ารับการบำบัดรักษาตามโปรแกรมการบำบัด พบว่า สัมพันธภาพทางสังคมค่อนข้างน้อย ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น ไม่ค่อยสื่อสารกับบุคคลอื่น ซึ่งผู้ให้การบำบัดใช้กิจกรรมบำบัดตามโปรแกรมช่วยในการสื่อสารและเพิ่มทักษะการสื่อสารเชิงบวก ประกอบกับมารับการบำบัดระยะเวลาเพียงช่วง 4 เดือน บางคนยังเสพสารเสพติดแบบ Harm Reduction บางคนยังไม่ได้กลับไปทำงานทำให้ไม่มีรายได้ แต่การมาร่วมกิจกรรมบำบัดทำให้ครอบครัวเริ่มไว้วางใจช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย และการให้การปรึกษาครอบครัวเพียง 1 – 2 ครั้ง อาจยังไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิตให้เห็นอย่างชัดเจนมากนัก ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า ผู้เสพสารเสพติดที่ได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการบำบัดผ่านกิจกรรมตามคู่มือการปรึกษาในสถานการณ์ยาเสพติดสำหรับผู้รับการบำบัดโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 [2] อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนตนเอง ได้ปรับเปลี่ยนความคิด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฝึกการสื่อสารเชิงบวก ส่งเสริมทักษะด้านสังคม ช่วยให้ผู้เสพสารเสพติดมีความเปลี่ยนแปลงของระดับคุณภาพชีวิตไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจากเดิมในทุก ๆ ด้าน

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ในผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้เสพเฮโรอีนควรได้รับการการติดตามต่อเนื่องในลักษณะผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เพื่อให้ได้รับการการดูแลต่อเนื่องเฉพาะราย หรือจัดให้ได้รับการปรึกษาจิตบำบัดรายบุคคล การเยี่ยมบ้านและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยคงสภาพการเลิกเสพยาเสพติดได้อย่างถาวร

2. สถานบริการที่ดูแลบำบัดรักษาผู้เสพสารเสพติดควรจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพทางสังคม เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้พัฒนาทักษะทางสังคม ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

3. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อช่วยเป็นแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) ช่วยให้ผู้เสพสารเสพติดได้รับการยอมรับในการปรับปรุงพฤติกรรม หรือการแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และเป็นแรงผลักดันให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการเลิกเสพยา

4. การสร้างภาคีเครือข่ายทั้งในระดับตำบล และระดับอำเภอเพื่อช่วยเหลือครอบครัวและผู้ผ่านการบำบัดให้คงสภาพการไม่ยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การเลิกเสพสารเสพติดได้อย่างถาวร

5. ควรมีการศึกษาวิจัยปัจจัยอื่น ๆ ของกลุ่มผู้เสพสารเสพติดที่มารับการบำบัด เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปช่วยพัฒนายกระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติดให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะงานวิจัยตลอดจนแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือแบบสอบถาม ประกอบด้วย อาจารย์ชัยยุทธ เจติยานุวัตร เภสัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่19 จังหวัดกาญจนบุรี ที่ช่วยดูแลให้คำแนะนำทั้งด้านสถิติและการเขียนบทความวิชาการ ขอบคุณนายแพทย์โอภาส อัศวโรจน์พงศ์ ประธาน Service Planสาขาจิตเวชและยาเสพติด และทีมบำบัดรักษายาเสพติดโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามและให้ความช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19. ผลการปฏิบัติงาน Service Plan สาขายาเสพติด. 2566. เอกสารอัดสำเนา

2. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด. คู่มือการปรึกษาในสถานการณ์ยาเสพติดสำหรับผู้รับการบำบัด โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 (ปรับปรุงครั้งที่ 2). 2560. เอกสารอัดสำเนา

3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI). 2545 [เข้าถึงเมื่อ กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/test/whoqol/ และ: https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf

4. สิดาพร พงษ์ประพันธ์, สุภาพ พลสาโรง และวุฒิพงษ์ เจริญวงษ์. คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/research/67/pmnidat03-67.pdf

5. สาธิตา เรืองสิริภคกุล และวงเดือน เพชรสังหาร. คุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติดหลังการบำบัดในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564;9(1):39-55.

6. Bahram Armoon and et al. Quality of life and its correlated factors among patients with substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. Archives of Public Health 2022 [cited 2024 October];80(1):179. Available from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35927697/

7. Andrew Dyer, Jan R. Böhnke, David Curran, Katie McGrath and Paul Toner. A systematic review of quality of life and health-related quality of life as outcomes in substance and behavioural addictions. 2023; 1 : Available from https://doi.org/10.1111/dar.13717

8. อรรถพงษ์ ฉัตรดอน. แรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดโรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารแพทย์เขต 4-5 2564;40(2):181-92.

9. Zilin Ma, et all. Health-related quality of life and influencing factors in drug addicts based on the scale QLICD-DA: a cross-sectional study. Health and Quality of Life Outcomes volume 2022 [cited 2024 October];109. Available from: https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-022-02012-x

10. ไพวัล อาจหาญ, ชมชื่น สมประเสริฐ และนุชนาถ บรรทุมพร. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2562;33(2):61–75.

11. วสวัตติ์ ธงชัย และกษราวัลณ์ นิลวรางกูร. คุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดแบบกาย จิต สังคม บำบัด จังหวัดยโสธร. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559;13(2):57–61.

ผลของสถานการณ์จำลองต่อการปฏิบัติและความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

ขวัญชนก เตชะรัตนะคุณ
รุ่งทิวา ใจจา
นัชชารินทร์ ช่ำชองกิจ
[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
[2, 3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

วันที่รับ 28 ตุลาคม 2567, วันที่แก้ไข 11 ธันวามคม 2567, วันที่ตอบรับ 26 ธันวาคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดหลังทดลอง ภายใต้การดำเนินงานจากงานประจำที่พัฒนาให้เป็นรูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติ ความมั่นใจ และความพึงพอใจในการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 25 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 12 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ เครื่องมือที่ใช้มี 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการปฏิบัติ แบบประเมินความมั่นใจ และแบบสอบถามความพึงพอใจ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย คู่มือการส่งต่อผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลหัวหน้าเวรปฏิบัติตามคู่มือร้อยละ 86.68 ปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 82.50 และมีความมั่นใจร้อยละ 86.67 ในระยะก่อนการส่งต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อ ปฏิบัติตามคู่มือ ปฏิบัติได้ถูกต้องและมีความมั่นใจในระยะระหว่างการส่งต่อมากที่สุดร้อยละ 87.50, 86.12 และ 92.30 ตามลำดับ ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ปฏิบัติตามคู่มือระยะระหว่างการส่งต่อมากที่สุดร้อยละ 93.34 ปฏิบัติได้ถูกต้องในระยะก่อนการส่งต่อมากที่สุดร้อยละ 85.40 มีความมั่นใจในระยะหลังการส่งต่อมากที่สุดร้อยละ 100.00 และความพึงพอใจโดยรวมต่อการส่งต่ออยู่ระดับมาก ร้อยละ 79.28 ดังนั้น ควรนำคู่มือและแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตไปปฏิบัติและประเมินผลในสถานการณ์จริงให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการของโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การปฏิบัติการส่งต่อ, ความมั่นใจในการส่งต่อ, บุคลากรทางการพยาบาล, ปัญหาสุขภาพกาย, ปัญหาสุขภาพจิต, ผู้ป่วยยาและสารเสพติด

The Effectiveness of Simulation on the Practice and Confidence in Referrals for Drug and Substance Use Disorder with Physical and Mental Health Issues by Nursing Personnel at Thanyarak Chiang Mai Hospital

Kuanchanok Techarattanakun
Rungtiwa Jaija
Nutcharin Chamchongkit
[1] Registered Nurse, Senior Professional Level
[2, 3] Registered Nurse, Professional Level
Thanyarak Chiang Mai Hospital

Received 28 October 2024, Revised 11 December 2024, Accepted 26 December 2024

Abstract

This study is quasi-experimental study was conducted within the framework of routine work, developed into a research model. This study aimed to examine the effectiveness of referrals in drug and substance use disorder with physical and mental health issues by nursing staff, Thanyarak chiangmai hospital. The subjects were purposively selected and consisted 25 registered nurses and 12 nurse assistants. Data collection tools included 1) A personal information questionnaire, practice skill assessment, confidence assessment, and satisfaction survey. 2) A referral manual. Data were analyzed using descriptive statistics. Result of this study revealed that: Incharge nurse followed the manual 86.68%, performed correctly 82.50% and felt confidence 86.67%. Before referrals process, Referral nurse, followed the manual, performed correctly and felt confidence highest percentages were 87.50, 86.12, and 92.30, respectively. Nursing assistants, followed the manual in during referrals process highest percentages were 93.34, performed correctly in before referrals process highest percentages were 85.40 felt confidence in after referrals process highest percentages were 100 and overall satisfaction of the referral highest percentages were 79.28.Therefore, the manual and guidelines for referrals in drug and substance use disorder with physical and mental health should be implemented and evaluated in real situations to cover all service units of the hospital.

Keyword: confidence, drug and substance use disorder, physical and mental health issues practice, nursing personnel, referral

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของโลก นับว่าเป็นหนึ่งในปัญหาสังคมที่รุนแรงที่สุดในแต่ละประเทศทั่วโลก ถึงแม้ว่าจะมีมาตรการ รวมถึงนโยบายต่าง ๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง โดยจากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่า ในปี 2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15 - 64 ปี ที่ติดยาเสพติด ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 26 เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีอายุน้อยลง เด็กและเยาวชนมีการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่ รวมถึงใช้ในปริมาณที่มากกว่าเช่นเดียวกัน [1] สำหรับสถิติของผู้ป่วยสารเสพติดในประเทศไทย จากรายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2565 พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัด ทั้งหมด 120,915 คน โดยแบ่งเป็นชาย จำนวน 106,709 คน และหญิง จำนวน 14,206 คน [2] ผู้ติดสารเสพติดที่มีโอกาสเป็นโรคทางจิตเวช จำนวน 22,500 – 45,000 คน คิดเป็นร้อยละ 7 - 15 ของจำนวนผู้ติดสารเสพติดทั้งหมด และพบว่า ผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง (SMI-V) จำนวน 2,250 - 6,750 คน คิดเป็นร้อยละ 10 – 15 ของจำนวนผู้ติดสารเสพติดทั้งหมด [3] ในจำนวนของผู้ป่วยยาและสารเสพติดนั้น พบการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางกายและทางจิต อีกภาวะหนึ่งที่เร่งด่วนและคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อลดการสูญเสียหรือความเจ็บป่วยรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น การส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาในภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางกายและทางจิต อาจเกิดการความเสี่ยงของอาการไม่พึงประสงค์หรือเพิ่มการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้ [4] ดังนั้นการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉิน จึงจำเป็นต้องมีทีมงานที่มีคุณภาพ เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และพ้นวิกฤตได้

โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการเฉพาะทางด้านยาและสารเสพติด จำนวน 350 เตียง ซึ่งผู้ป่วยยาและสารเสพติด มีการใช้ยาและสารเสพติดร่วมกันหลายประเภทและบางรายใช้ในปริมาณที่มาก และใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน จึงทำให้มีภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมทั้งทางร่างกายและทางจิตเพิ่มขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติดจึงต้องมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ยุ่งยากซับซ้อนจำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานบริการที่เป็นเครือข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม จากการรวบรวมสถิติการเกิดอุบัติการณ์ระดับ A-E (Incident Levels A-E) ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โดยอุบัติการณ์ระดับ A คือ เหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงแต่ไม่ได้เกิดกับผู้ป่วย (near miss) ระดับ B คือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ถูกตรวจพบและป้องกันไว้ได้ก่อนที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ระดับ C คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและถึงตัวผู้ป่วยแต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลกระทบใด ๆ ระดับ D คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นถึงตัวผู้ป่วยแต่มีผลกระทบเพียงเล็กน้อยหรือไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ และระดับ E คือ เหตุการณ์ที่มีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหายหรือบาดเจ็บเล็กน้อย แต่ไม่ถึงขั้นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม [5] จากสถิติการส่งต่อผู้ป่วยตามปีงบประมาณ 2562-2565 พบว่า โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลทางกายและทางจิตเวช จำนวน 19, 15, 17, และ 15 คน

ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้ พบว่า มีการส่งต่อผู้ป่วยแบบ Un-planed refer จำนวน 14, 11, 10 และ 10 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 45 คน ซึ่งในการส่งต่อผู้ป่วยที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์ระดับ E จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้ป่วยเสียชีวิตใน 48 ชั่วโมงหลังการส่งต่อ จำนวน 1 คน และผู้ป่วยมีอาการแย่ลงขณะส่งต่อ จำนวน 2 คน[6] จากการทบทวนหาสาเหตุโดยการนำเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์ พบว่า ทางโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาล (flow chart) แต่ไม่มีคู่มือแนวทางปฏิบัติในการดูแลส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่ชัดเจน และไม่มีรายละเอียดการปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติคุกคามต่อชีวิตที่เป็นปัจจุบัน ทำให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม ส่งผลให้คุณภาพการส่งต่อผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการปฏิบัติความมั่นใจและความพึงพอใจในการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของตนเองในการส่งต่อผู้ป่วย ปฏิบัติได้ถูกต้อง มีความมั่นใจในการส่งต่อ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการส่งต่อ โดยการดำเนินการศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด

การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (simulation-based learning: SBL) เป็นกระบวนการการเรียนรู้จากประสบการณ์ ที่ช่วยเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีสู่การปฏิบัติ เพื่อช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษาได้ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เสมือนจริง ฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งมีองค์ประกอบของสถานการณ์จำลอง หุ่นจำลองเสมือนจริง อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง และสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้นให้มีความเสมือนจริง ซึ่งรูปแบบนี้เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่ผู้เรียนชื่นชอบมากที่สุด เนื่องจากผู้เรียนสามารถฝึกปฏิบัติการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญและเรียนรู้ถึงผลลัพธ์จากประสบการณ์ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง [7] และในการศึกษานี้ได้คู่มือการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติทางการพยาบาลแก่บุคลากรทางการพยาบาล เป็นการพัฒนาระบบส่งต่อให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการส่งต่อและการรักษาที่เหมาะสม ทีมส่งต่อมีความปลอดภัยและสามารถให้บริการส่งต่อผู้ป่วยตามคู่มือได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

2. ศึกษาความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

3. ศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดหลังทดลอง ภายใต้การดำเนินงานจากงานประจำที่พัฒนาให้เป็นรูปแบบการวิจัย มีขอบเขตดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 25 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 12 คน ที่เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มงานบริการผู้ป่วยในและกลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างน้อย 1 ปี
2. ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินการตามขั้นตอนของคู่มือการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
3. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ (ต้นทาง) ไปยังโรงพยาบาลอื่น (ปลายทาง) อย่างน้อย 1 ครั้ง
4. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติการ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางการพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

1.2 แบบประเมินการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นการสังเกต ประเมินโดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลตรวจการผ่านกล้องวงจรปิดที่ปฏิบัติการขณะมีการส่งต่อผู้ป่วย ลักษณะข้อคำถามแบบให้เลือกตอบการปฏิบัติและความถูกต้อง ประเมินการปฏิบัติให้เลือกตอบว่าปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ ถ้าตอบปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน และตอบไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน และประเมินความถูกต้องในการปฏิบัติ ถ้าตอบถูกต้อง ให้ 1 คะแนน และตอบไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามการประเมินการปฏิบัติก่อนส่งต่อ พยาบาลหัวหน้าเวร จำนวน 8 ข้อ พยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อ จำนวน 6 ข้อ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 4 ข้อ การประเมินการปฏิบัติระหว่างส่งต่อ พยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อ จำนวน 6 ข้อ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 5 ข้อ การประเมินการปฏิบัติหลังส่งต่อ พยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อ จำนวน 6 ข้อ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 4 ข้อ

1.3 แบบประเมินความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นการประเมินตนเองของผู้ปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ลักษณะข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่ามั่นใจและไม่มั่นใจ ถ้าตอบมั่นใจ ให้ 1 คะแนน และตอบไม่มั่นใจ ให้ 0 คะแนน

ประกอบด้วยข้อคำถามการประเมินความมั่นใจในการส่งต่อ ก่อนส่งต่อ พยาบาลหัวหน้าเวร จำนวน 8 ข้อ พยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อ จำนวน 6 ข้อ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 4 ข้อ การประเมินความมั่นใจในการส่งต่อระหว่างส่งต่อ พยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อ จำนวน 6 ข้อ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 5 ข้อ การประเมินความมั่นใจในการส่งต่อ หลังส่งต่อ พยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อ จำนวน 6 ข้อ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 4 ข้อ

1.4 แบบสอบถามความพึงพอใจบุคลากรทางการพยาบาลต่อการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ประยุกต์จากแบบประเมินความพึงพอใจของกนกพร วงษระบิลนาม[8] ลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (likert scale) เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่าพึงพอใจ มาก ปานกลาง และน้อย โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ คือ ถ้าตอบมากให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน และน้อย ให้ 1 คะแนน รวม จำนวน 5 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติหรือทดลอง ได้แก่ 1) คู่มือการส่งต่อผู้ป่วยยาและเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ขั้นตอนการเตรียมการก่อนส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างส่งต่อผู้ป่วย และหลังการส่งต่อผู้ป่วย และ 2) สถานการณ์จำลองการส่งต่อผู้ป่วยเสมือนจริงในโรคที่พบบ่อย จำนวน 10 สถานการณ์ ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉินหลอดเลือดหัวใจและสมอง (cardiovascular and cerebrovascular emergencies) (2) ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest emergency) หยุดหายใจจากยาเกินขนาด (respiratory arrest) (3) ผู้ป่วยหมดสติยังมีสัญญาณชีพจากยาเกินขนาด (coma) (4) ผู้ป่วยมีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน (psychiatric emergency) (5) ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) (6) ผู้ป่วยมีอาการผลข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต (Extrapyramidal Symptoms: EPS) (7) ผู้ป่วยชัก (seizures) (8) ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดบวม (pneumonia) (9) ผู้ป่วยแพ้ยาอย่างรุนแรง (anaphylactic shock) และ (10) ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุกระดูกหัก (fracture) ดำเนินการในหอผู้ป่วยในจำนวน 5 หอผู้ป่วยและอาคารผู้ป่วยนอก รวมทั้งหมด 6 หน่วยบริการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและครอบคลุมเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 ท่าน ด้านการพยาบาล 1 ท่าน และด้านการสร้างเครื่องมือ 1 ท่าน และนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุง ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence: IOC) ดังต่อไปนี้

1) คู่มือการส่งต่อผู้ป่วยยาและเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของคู่มือเท่ากับ 1.00

2) แบบประเมินการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.96

3) แบบสอบถามความมั่นใจในความสามารถการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.96

4) แบบสอบถามความพึงพอใจการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาหลักจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำอีกครั้ง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับ ทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ หมายเลข 003/2023 วันที่ 11 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 10 ตุลาคม 2567

การดำเนินการวิจัย

1. จัดประชุมทีมวิจัยเพื่อเตรียมคู่มือการส่งต่อผู้ป่วย แบบบันทึกและแบบประเมินต่าง ๆ ในการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติด

2. ขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

3. จัดอบรมทำความเข้าใจการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งแบบบันทึกและแบบประเมินต่าง ๆ แก่บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน

4. ดำเนินการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โดยใช้สถานการณ์จำลองในการส่งต่อผู้ป่วยเสมือนจริงในโรคที่พบบ่อย จำนวน 10 สถานการณ์ ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉินหลอดเลือดหัวใจและสมอง (2) ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินหัวใจหยุดเต้น /หยุดหายใจจากยาเกินขนาด (3) ผู้ป่วยหมดสติยังมีสัญญาณชีพจากยาเกินขนาด (4) ผู้ป่วยมีภาวะจิตเวช (5) ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย (6) ผู้ป่วยมีอาการผลข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต (7) ผู้ป่วยชัก (8) ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดบวม (9) ผู้ป่วยแพ้ยาอย่างรุนแรง และ (10) ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุกระดูกหัก ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้ป่วยยาและสารเสพติดติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ และมีความจำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยดำเนินการในหอผู้ป่วยในจำนวน 5 หอผู้ป่วยและอาคารผู้ป่วยนอก รวมทั้งหมด 6 หน่วยบริการ สุ่มสถานการณ์จำลอง 2 สถานการณ์ต่อ 1 หน่วยบริการ (ไม่ซ้ำกัน) รวมทั้งหมด 12 สถานการณ์

5. ประเมินประสิทธิผลการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โดยการสังเกตการปฏิบัติและตรวจเช็คจากกล้องวงจรปิดในรถฉุกเฉิน และแบบบันทึกการส่งต่อ ซึ่งประเมินโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ผ่านการอบรมและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้คู่มือและการประเมินจากแบบประเมินต่าง ๆ ประเมินความมั่นใจในการส่งต่อและประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ซึ่งเป็นการประเมินตนเองของบุคลากรทางการพยาบาล

6. ประเมินประสิทธิผลการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ทุกขั้นตอนตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างส่งต่อผู้ป่วย และหลังการส่งต่อผู้ป่วยเป็นวงจรแบบต่อเนื่องสู่การพัฒนาต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางการพยาบาล

ผลการศึกษาประสิทธิผลการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางการพยาบาล เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.16 เพศชาย ร้อยละ 37.84 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 56.76 อายุเฉลี่ย 41.568 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 62.16 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 70.27 ระยะเวลาการทำงานอยู่ในช่วง 21 - 25 ปี เฉลี่ย 14.67 ปี บทบาทเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ร้อยละ 32.43 พยาบาลส่งต่อ ร้อยละ 35.14 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ส่งต่อ ร้อยละ 32.43 และบุคลากรทางการพยาบาลมีประสบการณ์การส่งต่อผู้ป่วยมากที่สุดในช่วง 1 - 5 ครั้ง ร้อยละ 37.84 เฉลี่ย 7.783 ครั้ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางการพยาบาล (n = 37)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	14 (37.84)
หญิง	23 (62.16)
อายุ (range = 27-53, $\bar{X}$ = 41.568, SD = 7.128)	
20-30 ปี	3 (8.11)
31-40 ปี	12 (32.43)
41-50 ปี	21 (56.76)
51-60 ปี	1 (2.70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
สถานภาพสมรส	
โสด	9 (24.32)
คู่	23 (62.16)
แยกกันอยู่	1 (2.70)
หม้าย/หย่าร้าง	4 (10.81)
ระดับการศึกษา	
มัธยมศึกษา	4 (10.81)
อนุปริญญา	4 (10.81)
ปริญญาตรี	26 (70.27)
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (8.11)
ระยะเวลาทำงาน (range = 1 – 29 ปี, $\overline{X}$ =14.675 , SD = 9.159)	
1-5 ปี	8 (21.62)
6-10 ปี	7 (18.92)
11-15 ปี	4 (10.81)
16-20 ปี	4 (10.81)
21-25 ปี	9 (24.32)
มากกว่า 25 ปี	5 (13.51)
บทบาท	
พยาบาลหัวหน้าเวร	12 (32.43)
พยาบาลส่งต่อ	13 (35.14)
ผู้ช่วยเหลือคนไข้ส่งต่อ	12 (32.43)
ประสบการณ์การส่งต่อผู้ป่วย (range = 1 – 30 ปี, $\overline{X}$ = 7.783, SD = 5.958)	
1-5 ครั้ง	14 (37.84)
6-10 ครั้ง	12 (32.43)
11-15 ครั้ง	7 (18.92)
16-20 ครั้ง	3 (8.11)
มากกว่า20 ครั้ง	1 (2.70)

2. การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ แบ่งตามบทบาทหน้าที่และระยะการส่งต่อ

ผลการศึกษาการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ พบว่า ระยะก่อนการส่งต่อ พยาบาลหัวหน้าเวรปฏิบัติตามคู่มือร้อยละ 86.68 ปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 82.50 พยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อ ปฏิบัติตามคู่มือและปฏิบัติได้ถูกต้องระยะระหว่างการส่งต่อมากที่สุด ร้อยละ 87.50 และ 86.12 ตามลำดับ ส่วนช่วยเหลือคนไข้ ปฏิบัติตามคู่มือระยะระหว่างการส่งต่อมากที่สุด ร้อยละ 93.34 โดยปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุดในระยะก่อนการส่งต่อมากที่สุด ร้อยละ 85.40 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละการปฏิบัติและความถูกต้องของการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาล แบ่งตามบทบาทหน้าที่และระยะการส่งต่อ (n=37)

ระยะการส่งต่อ	การปฏิบัติ (ร้อยละ)		ความถูกต้อง (ร้อยละ)	
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
พยาบาลหัวหน้าเวร				
ก่อน	86.68	13.32	82.50	17.50
ระหว่าง	-	-	-	-
หลัง	-	-	-	-
พยาบาลที่ทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วย				
ก่อน	85.40	14.60	83.33	16.67
ระหว่าง	87.50	12.50	86.12	13.88
หลัง	86.10	13.90	83.33	16.67
ช่วยเหลือคนไข้				
ก่อน	87.47	12.53	85.40	14.60
ระหว่าง	93.34	6.66	85.00	15.00
หลัง	85.40	14.60	83.32	16.68

3. ความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ แบ่งตามบทบาทหน้าที่และระยะการส่งต่อ

ผลการศึกษาความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ พบว่า พยาบาลหัวหน้าเวร มีความมั่นใจในระยะก่อนส่งต่อ ร้อยละ ร้อยละ 86.67 พยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อมีความมั่นใจมากที่สุดในระยะระหว่างการส่งต่อ ร้อยละ 92.30 และผู้ช่วยเหลือคนไข้มีความมั่นใจมากที่สุดในระยะหลังการส่งต่อ ร้อยละ 100.00 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละความมั่นใจในความสามารถการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาล จำแนกตามระยะการส่งต่อ (n=37)

ระยะการส่งต่อ	ความมั่นใจ (ร้อยละ)	
	มั่นใจ	ไม่มั่นใจ
พยาบาลหัวหน้าเวร		
ก่อน	86.67	13.33
ระหว่าง	-	-
หลัง	-	-
พยาบาลผู้ปฏิบัติทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วย		
ก่อน	82.67	17.33
ระหว่าง	92.30	7.70
หลัง	89.73	10.27
ผู้ช่วยเหลือคนไข้		
ก่อน	87.50	12.50
ระหว่าง	88.34	16.66
หลัง	100.00	00.00

4. ความพึงพอใจของบุคลาการทางการพยาบาลต่อการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาล

ผลการศึกษา ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 79.28 โดยมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามคู่มือการส่งต่อทำให้มีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.30 รองลงมา คือ การปฏิบัติตามคู่มือการส่งต่อมีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย เป็นไปในทางเดียวกัน และการปฏิบัติตามคู่มือการส่งต่อมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.70 และ 79.10 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาล (n=37)

หัวข้อที่ประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		
	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)
1. การปฏิบัติตามคู่มือการส่งต่อทำให้มีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ	81.30	16.00	2.70
2. การปฏิบัติตามคู่มือการส่งต่อมีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทางเดียวกัน	79.70	14.90	5.40
3. การปฏิบัติตามคู่มือการส่งต่อทำให้รู้สึกปลอดภัยในการปฏิบัติงานมากขึ้น	78.80	15.80	5.40
4. การปฏิบัติตามคู่มือการส่งต่อมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงาน	79.10	15.50	5.40
5. ความพึงพอใจในการปฏิบัติตามคู่มือการส่งต่อ	77.50	19.80	2.70
เฉลี่ยรวม	**79.28**	**16.20**	**4.32**

อภิปรายผล

จากการประเมินผลการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ พบว่า ผลการปฏิบัติการส่งต่อของบุคลากรทางการพยาบาลทั้งระยะก่อนส่งต่อ ระหว่างส่งต่อ และหลังส่งต่อ มีการปฏิบัติการส่งต่อตามแนวทางในคู่มือและปฏิบัติได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 รวมทั้งมีความมั่นใจในการส่งต่อ มากกว่าร้อยละ 80 เช่นกัน อธิบายได้ว่า การอบรมทำความเข้าใจขั้นตอนกระบวนการส่งต่อทั้งระยะก่อน ระหว่างและหลังการส่งต่อ มีการดำเนินการตามกระบวนการอย่างเป็นระบบและมีการอธิบายทุกขั้นตอนตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการใช้สถานการณ์จำลองและมีการใช้ผู้ป่วยจำลองเสมือนจริงเป็นสิ่งหนึ่งที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความเข้าใจ และสามารถเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น และส่งผลให้ผู้เรียนมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามที่ต้องการ จากการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองทำให้บุคลากรทางการพยาบาลมีการปฏิบัติได้ถูกต้องตามแนวทางและมีความมั่นใจในการส่งต่อ ซึ่งการมีแนวทางที่ชัดเจนโดยเฉพาะการบรรจุเป็นรูปเล่มที่สามารถมองเห็นอย่างเป็นรูปธรรมเป็นการช่วยให้ผู้ที่ศึกษาสามารถศึกษาคู่มือได้บ่อยครั้งตามที่ต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของชาญยุทธ ชนะจน [9] ที่ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า การใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ [8] อีกทั้งบุคลากรที่มีหน้าที่ในการส่งต่อผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ในการส่งต่อ ต้องศึกษาแนวทางที่กำหนดในคู่มือการส่งต่อ ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอนในการเตรียมความพร้อมในการส่งต่อ บทบาทหน้าที่ในการส่งต่อ และการพยาบาลผู้ป่วยโรคสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยยาและสารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของดนุลดา จามจุรี [10] ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยต้องมีความรู้และมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้อย่างมีคุณภาพในขณะส่งต่อ โดยการปฏิบัติที่ให้ได้คุณภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นวิกฤตินั้นต้องให้การดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมและครอบคลุมตามแนวปฏิบัติ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง ชัดเจนและทันสมัย

จากการประเมินผลความมั่นใจในการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีความมั่นใจในการส่งต่อมากกว่า ร้อยละ 80 โดยเฉพาะผู้ช่วยเหลือคนไข้มีความมั่นใจในการส่งต่อระยะหลังส่งต่อถึง ร้อยละ 100 แสดงให้เห็นถึงการได้รับการอบรมชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการการปฏิบัติการส่งต่อในแต่ละขั้นตอนตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง การได้ฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทำให้เกิดความเข้าใจและสร้างความมั่นใจในการส่งต่อ ซึ่งการมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในแต่ละโรคที่สามารถพบบ่อยในผู้ป่วยยาและสารเสพติด ช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความพร้อมในการส่งต่อ รู้บทบาทและหน้าที่ของตนเอง มีการสื่อสารที่เหมาะสมในทีม การประสานงานกับหน่วยงานปลายทาง รวมทั้งความพร้อมของอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น ที่จะทำให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถปฏิบัติการส่งต่อได้ถูกต้อง มีความมั่นใจในการส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสิทธิ์ นงนุช,

วิศิษฏ์ ทองคำ และวัชระ เอี่ยมรัศมีกุล [11] ที่ศึกษาในเรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล พบว่า กระบวนการในการพัฒนาคุณภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยมีมาตรฐานทั้งหมด 12 มาตรฐาน ดังต่อไปนี้ (1) ความพร้อมของรถพยาบาล (2) ความพร้อมของอุปกรณ์บนรถพยาบาล (3) ความปลอดภัยในระบบส่งต่อและการลดความเสี่ยงในการส่งต่อ (4) ความพร้อมของบุคลากรส่งต่อ (5) ความครบถ้วนของข้อมูลและเทคโนโลยีในการประสานงาน (6) ความพร้อมด้านยาและเวชภัณฑ์ (7) ความครบถ้วนและแนวปฏิบัติของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการส่งต่อ 8) ธรรมาภิบาล (9) เคลื่อนย้ายและยึดตรึง (10) ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ (11) ความพร้อมในการส่งต่อ (12) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งหลังจากการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วย พบว่า การมีแนวทางระบบการส่งต่อผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดการพัฒนาร่วมกัน และช่วยในการควบคุมการปฏิบัติให้อยู่ในระดับที่ดีกว่าเดิม และซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร ฮวบคล้าย [12] ที่ศึกษาในเรื่องของรูปแบบการพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยมีการพัฒนาระบบการส่งต่อทำให้มีความชัดเจนทั้งด้านโครงสร้าง

ด้านการปฏิบัติงาน เกิดการสร้างคุณค่า มีการพัฒนาทำให้การปฏิบัติงานมีคะแนนในระดับสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง และคณะ[13] ศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจ ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษา ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการ พยาบาลสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการส่งต่อ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้การปฏิบัติการส่งต่อมีคุณภาพและผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ

ความพึงพอใจในการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลส่วนใหญ่พึงพอใจในระดับมากในทุกด้าน นั้น ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการศึกษาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลอย่างชัดเจนทั้งพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน และที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการรวบรวมความรู้และการพยาบาลโรคสำคัญที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยยาและสารเสพติดเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถศึกษาและนำไปปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ ทั้งระยะก่อนส่งต่อ ระหว่างส่งต่อและหลังส่งต่อผู้ป่วย โดยผ่านการอบรมปฏิบัติการส่งต่อตามแนวทางที่กำหนด และกำหนดสถานการณ์จำลองเพื่อให้ผู้ที่เข้ารับการอบรมสามารถฝึกปฏิบัติได้ โดยไม่กระทบต่อผู้ป่วยจริง ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นการเตรียมความพร้อมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการส่งต่อที่ได้พัฒนาขึ้น นอกจากนี้ความพึงพอใจของบุคลากรที่อยู่ระดับปานกลางและน้อย

มีประเด็นด้านอุปกรณ์ที่ยังมีข้อจำกัด เช่น ยาที่จำเป็นในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยยังมีไม่ครบทุกหอผู้ป่วย เตียงผู้ป่วยมีน้ำหนักมากทำให้เคลื่อนย้ายลำบาก

และเอกสารที่ใช้บันทึกขณะส่งต่อควรสั้นและกระชับ มีการเสนอแนะเพิ่มเติมว่าจัดการอบรมเป็นระยะ เพื่อให้บุคลากรได้รับความรู้ที่เป็นปัจจุบันและมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้นต่อไป ซึ่งประเด็นดังกล่าวสามารถนำไปวิเคราะห์และวางแผนพัฒนางานในโอกาสต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยโดยใช้สถานการณ์จำลอง ควรมีการวิจัยและประเมินผลในสถานการณ์จริง

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ควรนำคู่มือและแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง ให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการของโรงพยาบาลเพื่อให้การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. UNODC. World Drug Report 2022. Vienna: United Nations; 2022. Available from: https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1.pdf

2. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/rptk5fmp8q8sk0soko.pdf

3. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/.

4. Institute of Hospital Quality Certification (Public Organization). Hospital Standard & Health Services Royal Thai Chakri Dynasty 60th Anniversary Edition. Bangkok: Deonebook Company Limited; 2015.

5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ: คู่มือสำหรับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2567.

6. โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่. สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ประจำปีงบประมาณ 2565. งานเวชระเบียนโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่; 2566.

7. Tutticci N, Coyer F, Lewis PA, Ryan M. High-fidelity simulation: Descriptive analysis of student learning styles. Clin Simul Nurse 2016;12(11):11-21.

8. กนกพร วงษระบินนาม. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.

9. ชาญยุทธ ชนะจน. ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข 2024;2(2):213-224

10. ดนุลดา จามจุรี. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลฉุกเฉินเมื่อก้าวสู่ยุคประชาคมอาเซียน. [อินเตอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: http://www.bcn.ac.th/web/2011/Attachment/

11. วาสิทธิ์ นงนุช, วิศิษฏ์ ทองคำ และวัชระ เอี่ยมรัศมีกุล. การพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลโรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560;10(2):49-57.

12. ศิริพร ฮวบคล้าย. รูปแบบการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดสุพรรณบุรี [วิทยานิพนธ์]. สุพรรณบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.

13. ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม และนาตยา วงศ์ยะรา. ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี 2564;4(3):178-94.



ผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire’ model

รพีพร คำแก้ว
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

วันที่รับ 2 กันยายน 2567, วันที่แก้ไข 19 พฤศจิกายน 2567, วันที่ตอบรับ 25 ธันวาคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire’ model กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลตรอน จำนวน 60 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง (ใช้โปรแกรมบำบัด) และกลุ่มควบคุม (ที่ได้รับการรักษาตามปกติ) อย่างละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบบันทึกโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire’ model 2) แบบวัดความสุข 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q 4) แบบประเมินฆ่าตัวตาย 8Q ในขั้นตอนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจการใช้โปรแกรม โดยวัดก่อนการบำบัด หลังการบำบัด และติดตามการบำบัด 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดย ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบที และใช้สถิติ The Mann-Whitney U Test

ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัด 1) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสุข สูงกว่าผู้รับบริการกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลความพึงพอใจต่อโปรแกรมบำบัดที่พัฒนาขึ้น อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การบำบัด, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าประยุกต์ใช้ Satire’ model

The effect of the treatment program for depression by applying Satire' model

Rapeeporn Kumkeaw
Registered Nurse, Professional Level
Tron Hospital, Uttaradit

Received 2 September 2024, Revised 19 November 2024, Accepted 25 December 2024

Abstract

This research and development (R&D) study aimed to examine the effects of a depression treatment program utilizing the Satir Model. The sample comprised 60 patients diagnosed with depression at Tron Hospital, selected through purposive sampling and randomly assigned to either an experimental group (treatment program) or a control group (standard care), with 30 participants in each group. The research instruments consisted of 1) a treatment record form for the depression treatment program using the Satir Model, 2) a happiness assessment scale, 3) the 9Q depression assessment, 4) the 8Q suicide risk assessment, and in step 4, a program satisfaction questionnaire. Measurements were taken pre-treatment, post-treatment, and at one-month follow-up. Data were analyzed using means, standard deviations, t-test statistics, and The Mann-Whitney U Test.

The findings revealed that after treatment: 1) The experimental group showed significantly higher mean happiness scores compared to their pre-treatment scores ($p < .05$), and 2) The experimental group demonstrated significantly higher mean happiness scores compared to the control group ($p < .05$). Additionally, satisfaction with the developed treatment program was rated at a high level.

Keywords: Treatment, Depression Patients, Depression Treatment Program using Satir Model

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงชีวิตของคนเรา เหมือนกับโรคเรื้อรังทางกายอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การเป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้หมายความว่า ผู้ที่เป็นนั้นเป็นคนอ่อนแอ ล้มเหลว หรือไม่มีความสามารถแต่เป็นเพียงการเจ็บป่วยอย่างหนึ่ง เกิดขึ้นได้โดยมีสาเหตุ เช่น การสูญเสีย การหย่าร้าง ความผิดหวัง การเกิดภาวะวิกฤติในชีวิต[1] สถานการณ์ในสังคมที่เปลี่ยนไป เช่น การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ การเกิดโรคระบาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม หรือเกิดได้เองโดยไม่มีสาเหตุใด ๆ ซึ่งในปัจจุบันโรคนี้สามารถรักษาหายได้ด้วยการใช้ยาการรักษาทางจิตใจ หรือทั้งสองอย่างรวมกัน โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพ โดยในประเทศไทยพบความชุก ของโรคซึมเศร้า (major depressive disorders) ในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.4 (ประมาณการ 1,311,797 คน) และโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (dysthymia) ร้อยละ 0.3 (ประมาณการ 181,809 คน) [2]

จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้า ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลตรอนและโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 179 ราย พบว่า การเข้าถึงการบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ การได้รับการค้นหาและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการค้นหาในกลุ่มโรคเสี่ยง ผู้ป่วยทั่วไปและประชาชนทั่วไป เมื่อพบได้นำเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ ซึ่งเป้าหมายในปี 2563 ร้อยละ 2.3 ของประชากรที่อายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อให้ครอบคลุมและนำเข้าสู่การรักษาเพิ่มขึ้น ดังข้อมูลการเข้าถึงซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงในระหว่างปี 2560 - 2564 ร้อยละ 68.00, 70.00, 74.00, 69.63 และ 70.36 ตามลำดับ ซึ่งสัมพันธ์กับการเข้าถึงโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ผู้รับผิดชอบงานจึงได้ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานบำบัดโรคซึมเศร้าในอำเภอตรอน [3] พบว่าทีมสหวิชาชีพในคลินิก โรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลตรอน และผู้มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่อำเภอตรอนที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลตรอน ส่วนใหญ่ดำเนินการให้บริการตามองค์ประกอบของ Chronic Care Model: CCM อยู่ในระดับสูงและพบว่าปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์ การให้การบริการของทีมสหวิชาชีพตามองค์ประกอบของ CCM ในคลินิกโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลตรอน และในพื้นที่อำเภอตรอน มี 3 ปัจจัย ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์กรภายนอก ความรู้เกี่ยวกับ CCM การสนับสนุนจากองค์กรภายนอกความรู้เกี่ยวกับ CCM และนโยบายและการสนับสนุนขององค์กร จากการศึกษา พบว่า ทีมสหวิชาชีพในคลินิกโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลตรอนและในพื้นที่ ให้บริการในเขตอำเภอตรอนตามองค์ประกอบทั้งหมดของ CCM อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับสถานการณ์ ในปัจจุบันของการดำเนินงานดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยซึมเศร้าของโรงพยาบาลตรอน ซึ่งมีการปรับปรุงและ พัฒนาระบบและคุณภาพการบริการตามแนวทางการปฏิบัติงาน และความคาดหวังของกลุ่มเป้าหมาย ของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข 348 คน พบว่าทีมสหวิชาชีพในคลินิกโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลตรอนและในพื้นที่ ให้บริการในเขตอำเภอตรอนตามองค์ประกอบทั้งหมดของ CCM อยู่ในระดับสูง ที่สะท้อนให้เห็นถึงความสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันของการดำเนินงานดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยซึมเศร้าของโรงพยาบาลตรอน ที่มีการปรับปรุงและพัฒนาระบบและคุณภาพการบริการตามมาตรฐาน และแนวทางการปฏิบัติงาน

โรคซึมเศร้า จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) โดยมีความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการเด่น มีอารมณ์เศร้า ซึม เฉย มีพฤติกรรมอยากเก็บตัวอยู่คนเดียว หงุดหงิดง่าย อารมณ์รุนแรงง่ายเมื่อถูกกระตุ้น บางรายมีอาการกระสับกระส่วยอยู่ไม่นิ่ง สมาธิเสื่อม เหม่อลอย ความคิดช้า หลงลืมง่าย ตัดสินใจช้า ตำหนิตัวเอง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองทุกข์มาก ไม่มีใครช่วยได้และอยากตาย นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ความอยากอาหารแปรปรวน (appetite disturbance) การนอนแปรปรวน (sleep disturbance) นอนหลับน้อยลงหรือนอนไม่หลับ (insomnia) ด้านพฤติกรรม (behavioral symptoms) ผู้ป่วยจะมีอาการเชื่องช้า คิดช้าพูดน้อยลง ไม่โต้ตอบ ไม่อยากทำอะไรผุดลุกผุดนั่ง หงุดหงิดง่าย ไม่สนใจความสะอาดของตนเองและด้านความคิด (cognitive symptoms) คิดซ้ำ ๆ คิดอะไรไม่ออก ไม่มีสมาธิ รู้สึกผิดคิดว่าตนเองไร้ค่า (worthlessness) และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (low self-esteem) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองจะสามารถทำนายอาการซึมเศร้าในอนาคตได้ [4] ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งเป็นผลจากอาการ ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความเสียสมดุล และความมั่นคง ปลอดภัยในชีวิตของผู้มีภาวะซึมเศร้า จากผลการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บ 135 ประเภท โดยวัดจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากมีความพิการและความเจ็บป่วยที่ผ่านมาพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียสุขภาวะ (Disability Adjusted life years: DALYs) เป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย และเมื่อพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lost due to Disability) ของโรคซึมเศร้าพบเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 2 ในผู้ชายไทย การเกิดภาวะซึมเศร้าจนกระทั่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีหลายสาเหตุทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางสังคม (Bio-psycho-social factors) จากการศึกษา พบว่าภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาท ซีโรโทนิน โดพามิน นอร์อิฟิเนฟฟริน และกาบา ส่วนด้านจิตใจ มีหลายแนวคิด เช่นแนวคิดของเบค อธิบายว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าเกิดภาวะวิกฤติในชีวิตแล้ว มีความคิดอัตโนมัติทางลบกับตัวเองกับโลก และอนาคต ตนจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ส่วนแนวคิดของเดอซูริลลาและเนซู ตามทฤษฎีการแก้ปัญหา (Problem Solving Theory: PST) [5] ได้อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลเกิดจากความบกพร่องในการแก้ปัญหา จากการมีมุมมองแก้ปัญหาในทางลบและ การแก้ไขปัญหาโดยการหลีกหนีและการแก้ปัญหาอย่างหุนหันพลันแล่น ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ว่าเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กับสิ่งแวดล้อมในสังคม ทั้งมีความผูกพันกับสังคมมากเกินไป (Altruistic Suicide) และขาดความรู้สึกผูกพันกับสังคม (Egoistic Suicide) และบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Anomic Suicide) จึงนำไปสู่การเกิดความแปรปรวนทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรม มีอารมณ์ซึมเศร้า และมีความคิดทำร้ายตนเองได้ เมื่อมีภาวะซึมเศร้าหรืออาการซึมเศร้ายังไม่มาก หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา อาการก็จะมากขึ้นเรื่อย ๆ และป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ [6]

การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันมีทั้งการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า เพื่อปรับความสมดุลของสารสื่อประสาทและการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therpy: CBT) [7] เป็นวิธีการทำจิตบำบัดรูปแบบหนึ่ง มีเป้าหมายเพื่อจัดการสภาวะอารมณ์และกระบวนการคิด

ที่เป็นปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้กลับมาเป็นปกติ และการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาหรือแนวคิดหรือทฤษฎีการแก้ไขปัญหา Problem Solving Therapy: PST เป็นการบำบัดอย่างหนึ่งที่ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาทางบวกและมีการแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผลมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาของ Satir model ซึ่งได้อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่าเป็นการสะสมอารมณ์ที่เก็บกดหรือการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่ผิดไป ขาดทักษะในการเผชิญความเครียด ขาดความรู้ความเข้าใจในธรรมชาติความเป็นคนของตนเอง มีการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้องในชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก ยึดถือเป็นความเชื่อ ความเข้าใจ ทัศนคติหรือกฎเกณฑ์ที่ผิด ๆ นั้นไว้ ส่งผลให้การจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่ผิดวิธี [8]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าจิตบำบัดแนว Satir [9] ให้ความสำคัญกับเป้าหมายของการบำบัดอย่างมาก โดยการบำบัดในแต่ละครั้ง ถ้าขาดเป้าหมายที่ชัดเจนย่อมไม่เกิดการบำบัด หรือการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับ Problem Solving Therapy: PST ที่เน้นการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหา [10] การปรับความคิดทางลบให้ผู้ป่วยมองปัญหาในทางบวก มีการแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผลมากขึ้น การบำบัดตามแนวซาเทียร์เป็นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความสอดคล้องกลมกลืน (congruence) มากขึ้นนำไปสู่การเรียนรู้เข้าใจตนเอง สามารถรัก ยอมรับและให้อภัยตนเอง 10 Satir Model ถูกพัฒนาและคิดค้นโดย Virginia Satir สตรีชาวอเมริกัน โดยเป็นแนวคิดค้นจิตวิทยาที่มุ่งเน้นการเรียนรู้ความเข้าใจตนเอง ขั้นตอนการทำจิตบำบัดโดยใช้ Satir model ประกอบด้วยขั้นตอนและพัฒนาระบบการคิดในการมองปัญหาตนเอง เชื่อว่าตนเองมีศักยภาพส่วนการบำบัดโดยการแก้ปัญหาจะเป็นวิธีการบำบัดที่ช่วยบรรเทาความทุกข์และความเศร้าโศกในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หมดพลังในการสู้ชีวิต หรือบุคคลที่คิดทำร้ายตนเอง มีความเหมาะสมต่อผู้ป่วยและสามารถเพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหา ลดความคิดการฆ่าตัวตาย และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากแนวคิดทฤษฎีทั้งสอง จึงได้นำข้อมูลและศึกษาข้อดีและข้อจำกัด โดยการนำกระบวนการสำคัญของทั้งสองแนวคิดมาผสมผสานใช้ในการพัฒนาโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire’ model เป็นหลัก [11] เพื่อให้สามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งกระบวนการที่เกิดขึ้นจะเป็นการวิจัยและพัฒนางานที่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่บริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการนำไปสู่แนวทางในการดูแลที่มีมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire’ model ต่ออาการซึมเศร้าและความสุขของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าประยุกต์ใช้ Satire’ model สามารถลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความสุขได้

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

Satir เชื่อว่าปัญหาทางจิตของบุคคลต่างเกิดจากความไม่เข้าใจธรรมชาติของความเป็นคนของตนเองและการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง ในอดีต Satir จึงมีแนวคิดในการแก้ปัญหาเหล่านั้นด้วยการทำให้คนเป็นคนให้เต็มที่ตามธรรมชาติ (Fully Human) และพัฒนาความเป็นคน

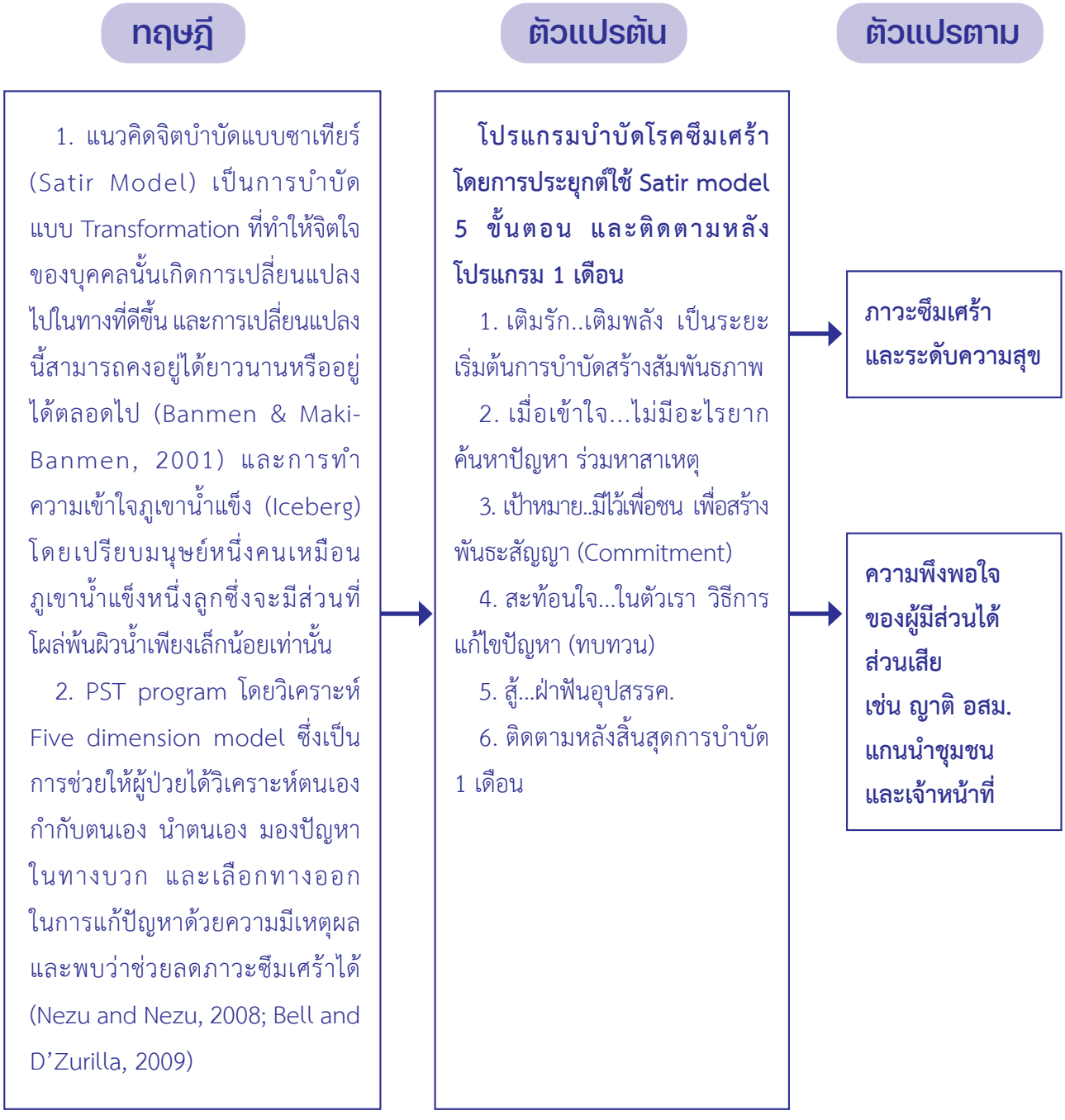
ให้เต็มที่ด้วยการช่วยให้เขาเกิดการเรียนรู้ใหม่ เกี่ยวกับศักยภาพของตนเองและพัฒนาให้เต็มศักยภาพของตนเอง Satire' Model คือ คนที่มีความผิดพลาดได้ คนมีอารมณ์ความรู้สึกเกิดขึ้นได้ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์ด้านบวกหรืออารมณ์ด้านลบก็ตามคนไม่สมบูรณ์แบบ ความสมบูรณ์แบบเป็นโรคชนิดหนึ่ง (Perfection is a Disease) และคนเราเป็นคนอย่างเต็มที่ ได้บนความเป็นคนธรรมดา ซึ่งคนทุกคนสามารถทำประโยชน์ต่อโลกและบุคคลอื่น ๆ วิธีการบำบัดแบบ Satir Model มีองค์ประกอบ 5 อย่าง คือ 1) therapist's use of self การใช้ตัวตนของผู้บำบัด 2) systemic บำบัดอย่างเป็นระบบสำรวจถึงผลกระทบซึ่งกันและกันของแต่ละระดับของ Iceberg และผลกระทบในความสัมพันธ์ของบุคคล 3) chang focused เน้นที่การเปลี่ยนแปลงจากสภาวะที่เป็นอยู่ 4) positive directional มีทิศทางบวก มีเป้าหมายการบำบัดไปในทางที่ดีขึ้น 5) experiential เกิดประสบการณ์การบำบัดที่ได้ผลและมีการเปลี่ยนแปลงแบบ transformation จะต้องเข้าถึงประสบการณ์ภายในของผู้ป่วย และผู้ป่วยต้องสัมผัสและเปลี่ยนแปลงประสบการณ์นั้นเอง ซึ่ง Satir ใช้ กระบวนการ 10 ขั้นตอน [9]

โปรแกรมบำบัด problem-solving therapy: PST) ช่วยเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา และช่วยสร้างความเชื่อมั่น ในความสามารถที่จะจัดการปัญหา ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการจัดการกับปัญหาและมีทักษะการแก้ไขปัญหาในเชิงบวกมากขึ้น และพบว่า PST ใช้บำบัดความวิตกกังวลหรือการรักษาอาการทางจิตในผู้ป่วยที่จิตเวชได้ ซึ่งโปรแกรม PST จะเน้นการบำบัดให้สามารถแก้ปัญหาหรือมีทักษะแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายลงได้ โดยการบำบัดด้วย PST ในผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีขั้นตอนที่มากกว่าและใช้ระยะเวลาที่ยาวนานกว่าแต่มีเป้าหมายเพียงเพื่อลดอาการซึมเศร้าลง [10] ซึ่งการผสานแนวคิดทฤษฎีทั้งสองเข้าด้วยกันจะช่วยเสริมข้อดีและลดข้อจำกัดในการนำไปใช้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดีขึ้น

แนวคิดและทฤษฎีการบำบัดของ Satir model ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่นผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวคิดซาเทียร์ ที่มีผลต่อความสุขของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการเรียนของนักศึกษา พบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการที่มีต่อผลคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการเรียนลดลง [12] โปรแกรมการบำบัดตามแนวคิด Satir รายบุคคลไปใช้ได้ช่วย กลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เพื่อเห็นคุณค่าตนเอง ปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นและมีความสุขในชีวิต [13] สอดคล้องกับโปรแกรมบำบัด PST-PPS ช่วยเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาและช่วยสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการปัญหา ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการจัดการกับปัญหาและมีทักษะการแก้ไขปัญหาในเชิงบวกมากขึ้น [13]

กรอบแนวคิดการวิจัย 1. การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เรื่องผลโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model ใช้ขั้นตอนหลักของการทำวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุขของพงศ์พิษณุ บุญดา [14] ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยออกเป็น 4 ขั้นตอน [15] ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการจำเป็น ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบ [16] ขั้นตอนที่ 3 การทดลองและศึกษาผลการใช้ [17] และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ซึ่งมีขั้นตอนที่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์และมุ่งเน้นสู่การแก้ปัญหา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-Post Test Design) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วัดระดับความสุข ภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัย และรับการรักษาที่โรงพยาบาลตรอน ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบบ Simple Random Sampling จำนวน 60 คน กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยมีขั้นตอนการวิจัยของพงศ์พิษนุ บุญดา [14]

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัย ยินดีให้ความร่วมมือและสามารถมาตามนัดในการรับการตรวจรักษาพยาบาลและเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย

เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินรุนแรงระหว่างดำเนินการทดลอง เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม และถอนตัวออกจากกิจกรรม

การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design) ที่เน้นสร้างการใช้นวัตกรรม การดำเนินงานทุกขั้นตอนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารักษาที่โรงพยาบาลตรอน โดยการให้โปรแกรมบำบัดโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model แบบรายบุคคล เริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่เดือนกันยายน 2566 – พฤศจิกายน 2566 โดยนัดกลุ่มทดลองมาวัดความสุขและภาวะซึมเศร้าทุก 1 – 2 สัปดาห์ คนละ 5 ครั้ง และติดตามหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน 1 ครั้ง หลังเข้ารับการบำบัดกลุ่มทดลอง สามารถจัดการกับปัญหาตนเองให้มีความสุขเพิ่มขึ้น ลดภาวะซึมเศร้า ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ให้การดูแลตามปกติของโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 เดือน วัดผลก่อนและหลังเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' Model ของผู้รับบริการในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลตรอน ซึ่งการบำบัด 5 ครั้ง และติดตาม 1 ครั้ง ประกอบด้วย

1. การสร้างความไว้วางใจ สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องโรค วิเคราะห์ตัวตน (Satire' model) หัวข้อ เติมรัก เติมพลัง โดยเน้นสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย มั่นใจตนเอง

2. สำรวจรับฟังปัญหา (สำรวจภูเขาน้ำแข็ง) สร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา (คิดทางบวก) ระบุปัญหาที่จะแก้ไข หัวข้อ เมื่อเข้าใจ...ไม่มีอะไรยาก กระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ตนเอง ปัญหา สาเหตุที่เกิด

3. ตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Set Goal) สร้างพันธะสัญญา (Commitment) ค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา หัวข้อ เป้าหมายมีไว้เพื่อชน เมื่อค้นพบปัญหาที่ต้องการแก้ไข ตั้งเป้าหมาย เลือกทางแก้ไขปัญหา

4. เปลี่ยนแปลง นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติโดยนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้และเสริมพลัง(Empowerment) หัวข้อ สะท้อนใจ...ในภาพเรา วิธีการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาวิธีต่าง ๆ

5. ทบทวนและประเมินผลสำเร็จจากเป้าหมายหัวข้อ สู้...ฝ่าฟันอุปสรรค นำผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มาวิเคราะห์เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

6. ติดตามประเมินผลหลังบำบัด 1 เดือน หัวข้อ ชีวิตใหม่ ใจสบาย ผู้บำบัดและผู้รับบำบัด สรุปปัญหาร่วมกัน ถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เสริมพลัง

กิจกรรมในแต่ละครั้ง เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยซึมเศร้า วิเคราะห์ตัวตน ปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากอะไร มุมมองต่อปัญหา สิ่งแวดล้อม การเสริมพลัง ตลอดถึงเทคนิคในการแก้ไขปัญหาจนสู่ความสำเร็จ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ทั้งหมด 9 ข้อ และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ทั้งหมด 8 ข้อ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาเป็นโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสุข สร้างโดย อภิชัย มงคล และคณะ [18] ทั้งหมด 15 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน ระดับ 51 - 60 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป 44 – 50 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป น้อยกว่าหรือเท่ากับ 43 คะแนน หมายถึง มีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' Model

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้เสียต่อการใช้โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าประยุกต์ใช้ Satire' Model ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น ญาติผู้ป่วยซึมเศร้า อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 264 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test วิเคราะห์การใช้โปรแกรมบำบัดโดยการประยุกต์ใช้ Satire' Model ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนสถิติ Independent t-test วิเคราะห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดค่าสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งโปรแกรมบำบัดโดยการประยุกต์ใช้ Satire' Model ได้ค่า Content Validity Index: CVI เท่ากับ 0.92 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความสุข ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาด เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัยโดยขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการงานวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 2.1/2565.2 และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรอน จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยโดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทั้งวาจาพร้อมลงลายมือให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.00 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.00 ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 33.33 ทำอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40.00 ไม่พบประวัติมีโรคประจำตัว ร้อยละ 46.67 มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 63.33 และระยะเวลาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 5 – 10 ปี ร้อยละ 33.33

ผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยประยุกต์ใช้ Satire' model พบว่า หลังใช้โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model ผู้ป่วยรายที่มีปัญหามานำเสนอ จำนวน 30 ราย มีอาการดีขึ้น 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนบำบัดและหลังการบำบัดทันที

ภาวะซึมเศร้า	ภาวะซึมเศร้า				t	p
	ก่อนบำบัด		หลังบำบัดทันที			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	8.8000	1.49828	4.3667	1.2352	-1.27	.0001
กลุ่มควบคุม	7.9667	1.82892	6.8667	1.7983		

*P < 0.001

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า หลังการบำบัดโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการบำบัดของกลุ่มที่บำบัดโดยการใช้โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าประยุกต์ใช้ Satire' model มีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .0001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการประเมินความสุขของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนบำบัด และหลังการบำบัดทันที (n = 60)

การบำบัด	ความสุข				t	p
	ก่อนบำบัด		หลังบำบัดทันที			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	1.2911	.17622	1.7644	.14814	-1.27	.0001
กลุ่มควบคุม	1.8067	.17674	1.9133	.1.5642		

*P < 0.001

การเปรียบเทียบคะแนนความสุขหลังการทดลอง ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่าก่อนการให้การบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสุขหลังการได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการใช้โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าประยุกต์ใช้ Satire' model (n = 264)

ความพึงพอใจ	N = 264		ระดับความพึงพอใจ
	$\bar{X}$	S.D.	
รวมเฉลี่ยทุกข้อ	3.84	1.002	ระดับมาก

ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการใช้โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าประยุกต์ใช้ Satire' model ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น ญาติผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวนเท่ากับ 264 ราย พบว่า จากแบบประเมิน 29 ข้อ ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ = 3.84, S.D. = 1.002 ระดับความพึงพอใจระดับมาก

สรุปผล

โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model หลังได้รับการบำบัดลดภาวะซึมเศร้าและมีผลต่อความสุขของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของอำเภอตรอน หลังได้รับการบำบัด ลดอาการซึมเศร้า และมีความสุขขึ้น ซึ่งจากความคิดเห็นของผู้ป่วย อธิบายว่า มองเห็นถึงคุณค่าในตนเอง สามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้ และสามารถหาวิธีจัดการกับเหตุการณ์ที่มากระทบทางด้านจิตใจของตนเอง แสดงให้เห็นว่า การให้การบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ ใช้ Satire' model ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าการบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model สามารถพัฒนาระบบการคิด การมองปัญหาของผู้ป่วยเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น รับผิดชอบต่อ ทุกข์ สุขของตนเอง และสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาได้ดีกว่าเดิม [9] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณะ เริงสูงเนิน และคณะ [19] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการเรียนของนักศึกษา พบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการผลให้คะแนนความเหนื่อยหน่ายในการเรียนลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการเรียนก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของนิตยา จรัสแสง และคณะ [20] พบว่า การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์มีความเหมาะสมที่จะใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเพิ่มความสอดคล้องกลมกลืน จึงเป็นทางเลือกหนึ่ง

ที่จะใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก และการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มและแบบรายบุคคล สามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และรูปแบบของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มและรายบุคคลไม่มีความแตกต่างในความสามารถจัดการความเครียด [21] ส่วนการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้ problem solving therapy: PST หลังทดลองการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาแบบกลุ่มสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 90.90 [13] ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น พบว่า การบำบัดโรคซึมเศร้า/ภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าโดยการใช้โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model ในครั้งนี้ผลคือมีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนรับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่าก่อนการได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปจากข้อมูลข้างต้น สนับสนุนสมมติฐาน การใช้โปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดีกว่าและมีความสุขสูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่รับการรักษาตามปกติ แสดงให้เห็นว่าการบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นถึงคุณค่าในตนเอง สามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้ และสามารถหาวิธีจัดการกับเหตุการณ์ที่มากระทบทางด้านจิตใจของตนเอง แสดงให้เห็นว่าการให้การบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. นำเสนอผู้บริหารถึงผลการศึกษา เพื่อกำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. นำเสนอข้อมูลแก่ผู้บริหารเพื่อพิจารณาเผยแพร่ในหน่วยงานสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จัดทำแนวทางปฏิบัติเป็น CPG และใช้ในหน่วยงานและเครือข่ายสาธารณสุข

2. ควรนำโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสามารถนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มีความคิดทางลบผู้ที่ทำร้ายตนเองต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์พีรสันต์ ปั้นก้อง อาสาสมัครผู้ตอบแบบสอบถามทุก ๆ ท่าน เพื่อนร่วมงาน เครือข่ายสหวิชาชีพทุกท่านที่มีส่วนส่งเสริมให้งานวิจัยประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. [เข้าถึงเมื่อ 4 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dmh.go.th

2. โรงพยาบาลตรอน. ข้อมูลผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิต. สรุปผลงานประจำปี 2565.

3. รพีพร คำแก้ว. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานบำบัดโรคซึมเศร้า ในอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์. นำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการระดับชาติการแพทย์แผนไทยและการสาธารณสุขวิจัย ครั้งที่ 4 NC-TTM PH-CON 2023; 16-17 พฤศจิกายน 2566; ณ. โรงแรมคริสตัล อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา; 2566.

4. ธวัชชัย พละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และรัชนีกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2017;31(1):60-74.

5. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย [อินเทอเน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://moph.cc/i-sY1b9CM

6. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุง. 2559.

7. ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ. การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 4 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaidepression.com/www/56/CBTdepression.pdf

8. Satir, Virginia,Banmen, John The Satir Model : Family Therapy & Beyond [Paperback] Books Kinokuniya: The Satir Model :Family Therapy & Beyond / Satir, Virginia/ Banmen, John

9. นงพงา ลิ้มสุวรรณ และนิดา ลิ้มสุวรรณ. ซาเทียร์จิตบำบัดและการพัฒนาตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

10. Nezu, A. M. Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. Journal of consulting and clinical psychology 1986;54(2):196-202.

11. รพีพร คำแก้ว. การสร้างโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satire' model. นำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2; 27–28 มิถุนายน 2566; ณ โรงแรมท็อปแลนด์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก; 2566.

12. ไพจิตร พุทธรอด และกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. ผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563;13(1):284–292.

13. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, อรพิน ยอดกลาง, วิภาดา คณะไชย, จารุนันท์ คำชมภู และสาคร บุปผาเฮ้า. การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563;28(1):86-98.

14. Boonda, P. Main Steps of Doing Research and Development in Public Health. Med J Clin Trials Case Stud, 2018,2(10): 000183. DOI: 10.23880/mjccs-16000183;.

15. Boonda, P.Techniques for Writing Chapter I of Research and Development in Public Health Med J Clin Trials Case Stud, 2019, 3(4): 000222. DOI: 10.23880/mjccs-16000222;.

16. Boonda, P. Process of Research and Development in Public Health. Int J Clin Case Stud Rep 2019;1(3):61-65.

17. Boonda, PMain Steps of Doing Research and Development in Public Health: An Observational Study.New Frontiers in Medicine and Medical Research 2021;14:80–86.

18. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชนี หัตถพนม, ไพรวัลย์ ร่มซ้าย และวรวรรณ จุฑา. รายงานการวิจัยการพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2552.

19. กฤษณะ เริงสูงเนิน และรสสุคนธ์ ธัญถนอม. ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวคิดซาเทียร์ที่มีผลต่อความสุข. วารสารมนุษยสังคมศิลปาสาร 2564;3(1):58-67.

20. นิตยา จรัสแสง, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กูล, นรักษ์ชาติ บัญชาชัย, ภาพันธ์ วัฒนวิกย์กิจ, ดวงแก้ว รอดอ่อง และกนกกาญจน์ กองพิธี. ผลการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ต่ออาการซึมเศร้าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565;36(2): 97-114.

21. เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, สาริณี โต๊ะทอง และทานตะวัน แย้มบุญเรือง. ผลการใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มและแบบรายบุคคลต่อความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563;14(1): 65-75.



การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในระยะคลอดและหลังคลอดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์: ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ปิยมาศ วงค์ไชยชาญ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

วันที่รับ 29 พฤศจิกายน 2567, วันที่แก้ไข 20 ธันวาคม 2567, วันที่ตอบรับ 27 ธันวาคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกรณีศึกษา (Multiple Case Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในระยะคลอดและหลังคลอด ดำเนินการในหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 10 กรกฎาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน ที่ใช้ยาบ้า ยาไอซ์ ยาอี จำนวน 5 ราย มีปัญหาที่ซับซ้อนในกระบวนการพยาบาลในระยะคลอดและระยะหลังคลอด กระบวนการดูแลเริ่มจากการประเมินตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม พบว่า ระยะคลอด มีภาวะพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ความบกพร่องในการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) ระยะหลังคลอด ความบกพร่องในการดูแลทารกแรกเกิด (Dependent-Care Deficit) ภาวะพร่องในการฟื้นฟูสภาพหลังคลอด (Universal Self-Care Requisites) เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหารและน้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน การป้องกันอันตราย ในการดูแลตนเอง ในด้านการดูแลทารก เช่น ด้านการดูแลทารก: การให้นมบุตร การดูแลสุขอนามัยทารก การสังเกตอาการผิดปกติ การส่งเสริมพัฒนาการ ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) แผนการพยาบาล ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative Nursing System) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory System) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory System) การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมถึงการประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยและทารกอย่างปลอดภัย เช่น ประสานการบำบัดยาเสพติด ประสานงานการดูแลทารกร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม สามารถนำไปพัฒนาทั้งด้านการพัฒนาระบบการดูแล การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาคุณภาพการดูแล การส่งเสริมด้านครอบครัว การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การติดตามการสนับสนุนทางสังคม การพัฒนานโยบาย การวิจัยและพัฒนา และการพัฒนาระบบข้อมูล

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน, ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม, ระยะคลอด หลังคลอด

Care Management for Pregnant Women Using Amphetamine-Type Stimulants During Labor and Postpartum Period in Thakhantho Hospital, Kalasin Province: Application of Orem's Nursing Theory

Piyamat Wongchaichan
Registered Nurse, Professional Level
Thakhuntho Hospital, Kalasin

Received 29 November 2024, Revised 20 December 2024, Accepted 27 December 2024

Abstract

This multiple case study aimed to examine the effects of applying Orem's Nursing. Theory in caring for pregnant women who use amphetamine-type stimulants during labor and postpartum periods. The study was conducted in the obstetric ward of Thakhantho Hospital, Kalasin Province, from July 10, 2024, to September 30, 2024. The sample consisted of 5 pregnant women who used amphetamine-type stimulants (methamphetamine, crystal methamphetamine, and ecstasy) with complex nursing care challenges during labor and postpartum periods. Based on Orem's Nursing Theory assessment, the findings revealed that during the labor period, patients experienced self-care deficit and health deviation self-care requisites. During the postpartum period, they exhibited dependent-care deficit regarding newborn care and universal self-care requisites deficits in postpartum recovery, such as personal hygiene, food and water intake, elimination, rest, and hazard prevention. Regarding newborn care, deficits were found in areas such as breastfeeding, infant hygiene, abnormal symptom observation, developmental promotion, and self-care deficit.The nursing care plan implemented three systems: supportive-educative nursing system, partly compensatory system, and wholly compensatory system. The care encompassed physical, mental, and social aspects, including coordination for patient and infant safety through drug rehabilitation services and collaborative care networks.

The application of Orem's Nursing Theory in caring for pregnant women using amphetamine-type stimulants can be developed further in various aspects: care system development, personnel development, quality of care improvement, family support enhancement, health prevention and promotion, social support monitoring, policy development, research and development, and information system development.

Keywords: Pregnant women using amphetamine-type stimulants, Orem's Nursing Theory, Labor and postpartum periods.

บทนำ

การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน [1] จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 5.5 ของหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกมีการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ [2] สำหรับประเทศไทยพบอัตราการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 3.4 [3] และมีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม [4] การศึกษาพบว่า ร้อยละ 60 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ร้อยละ 40 มีประวัติถูกกระทำความรุนแรง [5] และร้อยละ 70 มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและการสนับสนุนทางสังคม [6]

การใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในระยะตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย รกลอกตัวก่อนกำหนด และความดันโลหิตสูง [7] นอกจากนี้ยังส่งผลต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์โดยเฉพาะระบบประสาทและสมอง [8] ในระยะคลอดและหลังคลอด มารดามีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด ความดันโลหิตสูง และอาการทางจิตเวช [9] ส่วนทารกมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน ภาวะถอนยา และความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด [10]

การดูแลในระยะคลอดมีความท้าทายเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมาฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่มาฝากครรภ์ ทำให้ขาดการคัดกรองและป้องกันภาวะแทรกซ้อน [11] การศึกษาในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 45 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดไม่ได้รับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ [12] ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น 2 - 3 เท่า [13] ทั้งนี้ยัง พบว่า ร้อยละ 30 ของมารดากลุ่มนี้มีปัญหาในการเลี้ยงดูทารก และร้อยละ 20 มีความเสี่ยงต่อการทอดทิ้งบุตร [14] การศึกษาระยะยาวพบว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนมีความเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรมในวัยเด็กถึงร้อยละ 40 [15]

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนจำเป็นต้องมีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ [16] ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากครอบคลุมการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ [17] การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การใช้ทฤษฎีนี้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและลดภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 35 [18] อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดยังมีจำกัด [19]

สำหรับบริบทของโรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2564 - 2566) มีหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.5 เป็นร้อยละ 4.8 [20] และพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกสูงถึงร้อยละ 65 [21] ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในระยะคลอดและหลังคลอด เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในระยะคลอดและหลังคลอดในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยเรื่อง "การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในระยะคลอดและหลังคลอดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์: ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม" การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกรณีศึกษา (Multiple Case Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในระยะคลอดและหลังคลอด ดำเนินการในหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 10 กรกฎาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน จำนวน 5 ราย ที่เข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 10 กรกฎาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2567 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

- เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในระยะตั้งครรภ์
- คลอดที่โรงพยาบาลท่าคันโท
- สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องส่งต่อ
- ไม่สามารถติดตามการดูแลได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการใช้สารเสพติด

1.2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีโอเร็ม ครอบคลุม 3 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป 2) ความสามารถในการดูแลตนเองตามพัฒนาการ 3) ความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

1.3 แบบบันทึกการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ

1.4 แบบบันทึกการพยาบาล

1.5 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลเฉพาะทางห้องคลอด 1 ท่าน ได้ CVI = 0.86

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์การรักษา

การศึกษานี้ประกอบด้วยกรณีศึกษา 5 ราย มีช่วงอายุระหว่าง 17 - 39 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (4 ราย) มีเพียง 1 รายที่สถานภาพคู่ ด้านการศึกษา พบว่าจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 2 ราย และมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 3 ราย ด้านการประกอบอาชีพ มีอาชีพทำนา กรีดยาง และรับจ้าง/แม่บ้าน อย่างละ 1 ราย และว่างงาน 2 ราย ประวัติการตั้งครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่เคยตั้งครรภ์มาก่อน (G3-5) มีเพียง 1 รายที่เป็นการตั้งครรภ์แรก การฝากครรภ์ครั้งแรกอยู่ในช่วงอายุครรภ์ 20 - 36 สัปดาห์ มี 1 รายที่ไม่ได้ฝากครรภ์ (No ANC) การตรวจพบการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่พบในช่วงอายุครรภ์ 36 - 40 สัปดาห์

ด้านการใช้สารเสพติด ส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า (4 ราย) และยาไอซ์ (1 ราย) ปริมาณการใช้ยาบ้าอยู่ระหว่าง 1 - 6 เม็ดต่อวัน ระยะเวลาการใช้ยาอยู่ระหว่าง 1 - 10 ปี ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า มีภาวะแทรกซ้อน

ในมารดา 1 ราย คือ มีการเสียเลือด 600 มิลลิลิตร ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 2,245 - 3,120 กรัม มีภาวะแทรกซ้อนในทารก 2 ราย คือ respiratory failure และทารกเกิดไร้ชีพ คะแนน APGAR ในทารกแรกเกิดมีชีพส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี (7 - 10 คะแนน)

ผลลัพธ์การรักษา พบว่า มารดาส่วนใหญ่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านภายใน 2 - 5 วัน มี 1 รายที่ต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เนื่องจากทารกมีภาวะ respiratory failure และ 1 รายที่ต้องส่งต่อทารกไปสถานสงเคราะห์เด็กอ่อนเนื่องจากมารดาไม่สามารถเลี้ยงดูได้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

ตัวแปร	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	กรณีศึกษาที่ 4	กรณีศึกษาที่ 5
อายุ	39 ปี	33 ปี	32 ปี	26 ปี	17 ปี
สถานภาพสมรส	คู่	โสด	โสด	โสด	โสด
การศึกษา	ม.6	ม.6	ม.3	ม.3	ม.3
อาชีพ	ทำนา	กรีดยาง	รับจ้าง/แม่บ้าน	ว่างงาน	ว่างงาน
ประวัติการตั้งครรภ์	$G_{3}P_{1}A_{0}L_{1}$ last child 6 ปี	$G_{5}P_{3}A_{1}L_{3}$ last child 6 ปี	$G_{3}P_{1}A_{0}L_{1}$ last child 5 ปี	$G_{4}P_{2}A_{1}L_{2}$ last child 2 ปี	$G_{1}P_{0}A_{0}L_{0}$ last child -
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก	22^{+4}	20^{+3}	NO ANC	36^{+2}	34^{+1}
อายุครรภ์ครั้งแรกที่ตรวจพบใช้สารเสพติด	37^{+5}	37^{+4}	NO ANC	36^{+2}	40^{+1}
อายุครรภ์ที่คลอด	37^{+5}	37^{+4}	36 by size	37^{+4}	40^{+1}
ยาเสพติดที่ใช้ระหว่างตั้งครรภ์	ยาบ้า	ยาบ้า ยาอี	ยาบ้า	ยาบ้า	ยาไอซ์
ปริมาณ	สูบวันละ 2 เม็ด	สูบวันละ 1 เม็ด	สูบวันละ 6 เม็ด		สูบวันละ 1 ตัก
ระยะเวลาใช้ยา	6ปี	10ปี	5 ปี	3 ปี	1 ปี
ภาวะแทรกซ้อนมารดา	-	-	-	-	Blood loss 600 ml
ผลลัพธ์มารดา	D/C 3 day	D/C 2 Day	D/C 2 Day	D/C 3 day	D/C 5 day
APGAR	7-9-10	9-10-10	ทารกเกิดไร้ชีพ	9-10-10	9-10-10
น้ำหนักทารก	2550	2530	2245	2510	3120
ภาวะแทรกซ้อนทารก	-	Respiratory failure	ทารกเกิดไร้ชีพ	-	-

ตัวแปร	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	กรณีศึกษาที่ 4	กรณีศึกษาที่ 5
ผลลัพธ์การรักษา	D/C 5 day	Refer รพ.กาฬสินธุ์ Day 2	-	D/C 4 day	มารดาไม่สามารถเลี้ยงดูทารกได้ ประสาน พัฒนาสังคม ส่งต่อ สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนบ้านแคนทอง

2. การพยาบาลผู้ป่วยตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

การศึกษากรณีศึกษาทั้ง 5 ราย แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน โดยพบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มช่วยให้การดูแลมีความครอบคลุมและเป็นระบบทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด

การประเมินในระยะคลอด พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีภาวะพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งจากผลของการใช้สารเสพติดโดยตรงและผลกระทบต่อการตัดสินใจในระหว่างการคลอด การพยาบาลในระยะนี้จึงเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการติดตามสัญญาณชีพ การประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และการจัดการอาการถอนยา พยาบาลต้องใช้ทั้งความรู้และทักษะในการประเมินสภาพอย่างรอบด้าน เพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที

ในระยะหลังคลอด การดูแลมีความท้าทายมากขึ้น เนื่องจากต้องดูแลทั้งมารดาและทารก กรณีศึกษาแต่ละรายมีความซับซ้อนแตกต่างกัน เช่น รายที่ 5 มีภาวะตกเลือดหลังคลอด รายที่ 2 มีทารกที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และรายที่ 3 ต้องเผชิญกับการสูญเสียทารก การพยาบาลในระยะนี้จึงต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการเฉพาะราย โดยใช้ระบบการพยาบาลทั้งสามระบบของโอเร็มอย่างยืดหยุ่น

การส่งเสริมการดูแลตนเองเป็นเป้าหมายสำคัญในทุกกรณี แต่ต้องคำนึงถึงความพร้อมและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย บางรายสามารถพัฒนาทักษะการดูแลตนเองและทารกได้ดี ในขณะที่บางรายต้องการการสนับสนุนมากกว่า เช่น รายที่ 5 ที่ไม่สามารถเลี้ยงดูทารกได้ จำเป็นต้องประสานงานกับสังคมสงเคราะห์เพื่อส่งต่อทารก

การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพเป็นกุญแจสำคัญของความสำเร็จในการดูแล ทั้งการประสานงานกับแพทย์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และทีมบำบัดยาเสพติด รวมถึงการเชื่อมโยงกับชุมชนและครอบครัว เพื่อสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน การวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ดีขึ้น

ประสบการณ์จากกรณีศึกษาทั้ง 5 ราย แสดงให้เห็นว่าการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนต้องอาศัยความเข้าใจ ความละเอียดอ่อน และการดูแลแบบองค์รวม การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มช่วยให้พยาบาลสามารถจัดการดูแลได้อย่างเป็นระบบ ตอบสนองความต้องการเฉพาะราย และส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

ตารางที่ 2 การประเมินปัญหาตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม แผนการดูแลและการประเมิน

กรณีศึกษา	การประเมินปัญหาตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม แผนการดูแลและการประเมิน
1	**ระยะคลอด** 1. ภาวะพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) เนื่องจาก - การใช้ยาบ้าต่อเนื่อง 6 ปี เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด - อาการถอนยาอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการคลอด - ความเสี่ยงต่อการเสียเลือดมากผิดปกติ 2. ความบกพร่องในการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) - ขาดความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของยาบ้าต่อการคลอด - อาจมีการตัดสินใจบกพร่องเนื่องจากฤทธิ์ยา **ระยะหลังคลอด** 1. ความบกพร่องในการดูแลทารกแรกเกิด (Dependent-Care Deficit): - เสี่ยงต่อการดูแลทารกไม่เหมาะสมเนื่องจากการใช้ยาบ้า - อาจมีปัญหาในการให้นมบุตร - ความเสี่ยงต่อการทอดทิ้งทารก 2. ภาวะพร่องในการฟื้นฟูสภาพหลังคลอด (Universal Self-Care Requisites) - การพักผ่อนไม่เพียงพอจากอาการกระวนกระวาย - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอด - ปัญหาการปรับตัวต่อบทบาทมารดา **แผนการพยาบาล** 1. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative Nursing System) - ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารก - สอนวิธีการให้นมบุตรที่ถูกต้อง - ให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิด 2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory System) - ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน - สังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด - ประเมินสภาพจิตใจและอารมณ์ 3. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory System) - จัดการดูแลในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉิน - ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในการบำบัดยาเสพติด - วางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

กรณีศึกษา	การประเมินปัญหาตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม แผนการดูแลและการประเมิน
	การประเมินผล 1. มารดาและทารกปลอดภัยในระยะคลอดและหลังคลอด 2. มารดาสามารถดูแลตนเองและทารกได้อย่างเหมาะสม 3. ได้รับการส่งต่อเพื่อบำบัดการติดยาเสพติด 4. มีระบบสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมที่เหมาะสม
2	**ระยะคลอด (Intrapartum Period)** 1. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites): - ประวัติการใช้ยาเสพติด 10 ปี - สัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว - อาการถอนยา - การตอบสนองต่อการเจ็บครรภ์ 2. ความต้องการการดูแลตนเองสากล (Universal Self-Care Requisites): การประเมิน - ระดับออกซิเจนในเลือด - ภาวะขาดน้ำ - การทำงานของไต - สภาพจิตใจและความวิตกกังวล **ระยะหลังคลอด (Postpartum Period)** 1. ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit): - การหดรัดตัวของมดลูก - การสูญเสียเลือด - อาการถอนยา - สภาพจิตใจ 2. ความบกพร่องในการดูแลผู้พึ่งพา (Dependent-Care Deficit) สำหรับทารกที่มีภาวะ respiratory failure: - อาการหายใจลำบาก - ระดับออกซิเจนในเลือด - สีผิว - อุณหภูมิกาย 3. การวางแผนจำหน่าย

กรณีศึกษา	การประเมินปัญหาตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม แผนการดูแลและการประเมิน
	<u>แผนการพยาบาล</u> 1. กิจกรรมการพยาบาล (Wholly Compensatory System): - ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที - ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและการเปิดขยายของปากมดลูก - เฝ้าระวังภาวะชัก - ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อเตรียมรับมือภาวะฉุกเฉิน 2. กิจกรรมการพยาบาล (Partly Compensatory System): - ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา - ดูแลสมดุลน้ำและเกลือแร่ - ประเมินการทำงานของไตผ่านการติดตามปัสสาวะ - ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ 3. กิจกรรมการพยาบาล:เฝ้าระวังภาวะหายใจล้มเหลว - ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง - ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน - ประสานงานกับทีม NICU โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ **<u>การประเมินผล</u>** 1. มารดาและทารกปลอดภัยในระยะคลอดและหลังคลอด 2. มารดาสามารถดูแลตนเองและทารกได้อย่างเหมาะสม 3. ได้รับการส่งต่อเพื่อบำบัดการติดยาเสพติด 4. ทารกได้รับการประเมินและส่งต่ออย่างเหมาะสม 5. มีระบบสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมที่เหมาะสม
3	**1. การวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินผู้ป่วย:** **ด้านร่างกาย:** การใช้ยาบ้าในปริมาณสูง (6 เม็ด/วัน) ต่อเนื่อง 5 ปี ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูง ไม่ได้รับการฝากครรภ์ ทำให้ไม่ได้รับการดูแลและคัดกรองความเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ อาจมีภาวะทุพโภชนาการจากผลของยาเสพติด มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดและภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด อาจมีโรคติดต่อทางเลือดร่วมด้วย **ด้านจิตใจ:** ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียทารก ความรู้สึกผิดและความวิตกกังวล อาจมีภาวะซึมเศร้า ผลกระทบทางจิตใจจากการใช้ยาเสพติด **ด้านสังคม:** อาจมีปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การตีตราทางสังคม ขาดระบบสนับสนุน

2. การประเมินตามทฤษฎีโอเร็ม:

2.1 Universal Self-Care Requisites: การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหารและน้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน การป้องกันอันตราย

2.2 Developmental Self-Care Requisites: การปรับตัวต่อการสูญเสีย การจัดการกับความเครียด การวางแผนอนาคต การพัฒนาทักษะชีวิต

2.3 Health Deviation Self-Care Requisites: การบำบัดยาเสพติด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลสุขภาพจิต

แผนการพยาบาล

ระยะเฉียบพลัน

1) การดูแลด้านร่างกาย:

- ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 - 30 นาที
- ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและการสูญเสียเลือด
- จัดการอาการปวดและความไม่สุขสบาย
- ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา
- เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

2) การจัดการอาการถอนยา

- ประเมินอาการถอนยาอย่างต่อเนื่อง
- ให้การรักษาตามแผนการรักษา
- เฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน
- บันทึกและรายงานอาการเปลี่ยนแปลง

3) การดูแลด้านจิตใจ

- ประเมินภาวะเศร้าโศกและซึมเศร้า
- ให้การดูแลด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ
- เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก
- ส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- ประสานงานกับจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา

ระยะฟื้นฟู:

1) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย

- ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
- ส่งเสริมการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
- กระตุ้นการทำกิจกรรมที่เหมาะสม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อน

กรณีศึกษา	การประเมินปัญหาตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม แผนการดูแลและการประเมิน
	2) การบำบัดยาเสพติด: - ประเมินความพร้อมในการบำบัด - วางแผนการบำบัดร่วมกับทีมสหวิชาชีพ - ให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติด - ส่งเสริมแรงจูงใจในการเลิกยา 3) การฟื้นฟูสภาพจิตใจ: - ให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัว - ส่งเสริมการปรับตัวและการยอมรับ - พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา - วางแผนอนาคตร่วมกัน 4) การวางแผนป้องกัน: - ให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิด - วางแผนครอบครัว - ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม - ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 4. การประสานงานและการส่งต่อ: 1) การประสานงานทีมสหวิชาชีพ: แพทย์เจ้าของไข้ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ทีมบำบัดยาเสพติด 2) การประสานงานครอบครัว: ประเมินความพร้อมของครอบครัว ให้ความรู้และคำแนะนำ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล วางแผนการดูแลต่อเนื่อง 3) การประสานงานชุมชน: ติดต่อผู้นำชุมชน ประสานงานหน่วยงานในพื้นที่ สร้างเครือข่ายการดูแล วางแผนการติดตามเยี่ยมบ้าน 5. การติดตามและประเมินผล: - การติดตามระยะสั้น: การฟื้นตัวทางร่างกาย การควบคุมอาการถอนยา การปรับตัวทางจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน - การติดตามระยะยาว: การบำบัดยาเสพติด การดูแลสุขภาพต่อเนื่อง การวางแผนครอบครัว การพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นต้น
4	**1. การวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินผู้ป่วย** **ด้านร่างกาย:** ประวัติการใช้ยาบ้าขนาด 1 เม็ด/วัน เป็นเวลา 3 ปี ทารกน้ำหนักน้อย (2,510 กรัม) ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเสพติด อาจมีภาวะทุพโภชนาการ ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

ด้านจิตใจ: อาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทารก ความรู้สึกผิดจากการใช้ยาเสพติด อาจมีปัญหาด้านอารมณ์จากฤทธิ์ยา เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ด้านสังคม: อายุยังน้อย อาจมีวุฒิภาวะไม่เพียงพอ อาจมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ระบบสนับสนุนทางสังคมอาจไม่เพียงพอ การยอมรับจากสังคมและครอบครัว

2. การประเมินตามทฤษฎีโอเร็ม:

Universal Self-Care Requisites:

1) ด้านการดูแลตนเอง: การรับประทานอาหาร การพักผ่อน สุขอนามัยส่วนบุคคล การป้องกันอันตราย

2) ด้านการดูแลทารก: การให้นมบุตร การดูแลสุขอนามัยทารก การสังเกตอาการผิดปกติ การส่งเสริมพัฒนาการ

Developmental Self-Care Requisites:

1) การปรับตัวต่อบทบาทมารดา: การเรียนรู้การเป็นมารดา การพัฒนาสัมพันธภาพกับทารก การจัดการกับความเครียด การวางแผนอนาคต

2) การพัฒนาทักษะ: การดูแลทารกน้ำหนักน้อย การให้นมและการอุ้ม การสังเกตพัฒนาการ การป้องกันอันตราย

Health Deviation Self-Care Requisites:

1) การบำบัดยาเสพติด: การประเมินระดับการเสพติด การจัดการอาการถอนยา การป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ การติดตามการบำบัด

2) การดูแลสุขภาพ: การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลแผลหลังคลอด การคุมกำเนิด และการติดตามการรักษา

แผนการพยาบาล

ระยะคลอด:

1) การดูแลด้านร่างกาย: ติดตามสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จัดการความเจ็บปวด ประสานงานทีมสหวิชาชีพ

2) การจัดการอาการถอนยา:ประเมินอาการถอนยา ให้การรักษาตามแผน เฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน บันทึกและรายงานอาการ

ระยะหลังคลอด:

1) การดูแลมารดา: ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ติดตามการสูญเสียเลือด ดูแลแผลฝีเย็บ ส่งเสริมการพักผ่อน ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง

2) การดูแลทารก: ประเมินอาการทารกน้ำหนักน้อย สอนการให้นมและการอุ้ม ส่งเสริมสัมพันธภาพแม่-ลูก สังเกตอาการผิดปกติ ติดตามพัฒนาการ

กรณีศึกษา	การประเมินปัญหาตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม แผนการดูแลและการประเมิน
	3) การเลี้ยงลูกด้วยนมผง: ประเมินความพร้อม สอนเทคนิคการให้นม แก้ไขปัญหาการให้นม ส่งเสริมการสร้างน้ำนม 4) การประสานงานทีมสหวิชาชีพ: (1) แพทย์เจ้าของไข้ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ทีมบำบัดยาเสพติด (2) การประสานงานครอบครัว: ประเมินความพร้อมของครอบครัว ให้ความรู้และคำแนะนำส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล วางแผนการดูแลต่อเนื่อง (3) การประสานงานชุมชน: ติดต่อผู้นำชุมชน ประสานงานหน่วยงานในพื้นที่ สร้างเครือข่ายการดูแล วางแผนการติดตามเยี่ยมบ้าน 5) การติดตามและประเมินผล: การติดตามระยะสั้น: การฟื้นตัวทางร่างกาย การควบคุมอาการถอนยา การปรับตัวทางจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดตามระยะยาว: การบำบัดยาเสพติด การดูแลสุขภาพต่อเนื่อง การวางแผนครอบครัว การพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นต้น
5	**1. การวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินผู้ป่วย** การประเมินสภาพผู้ป่วยพบว่า มีภาวะตกเลือดหลังคลอดปริมาณ 600 มิลลิลิตร ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะช็อก ร่วมกับการใช้ยาไอซ์ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ทารกมีน้ำหนักแรกเกิด 3,120 กรัม ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่เนื่องจากมารดาไม่สามารถเลี้ยงดูได้ จึงต้องส่งต่อให้สังคมสงเคราะห์ **2. แผนการพยาบาล** ในระยะเฉียบพลัน การพยาบาลมุ่งเน้นการแก้ไขภาวะตกเลือดเป็นสำคัญ โดยต้องติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และการสูญเสียเลือดอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ การให้สารน้ำทดแทน และการเตรียมพร้อมสำหรับการให้เลือดหากจำเป็น ในขณะเดียวกัน ต้องจัดการกับอาการถอนยาที่อาจเกิดขึ้น โดยประเมินอาการอย่างใกล้ชิด ให้การรักษาตามแผน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การประสานงานกับจิตแพทย์เพื่อวางแผนการบำบัดยาเสพติดเป็นสิ่งสำคัญ ด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดหลายด้าน ทั้งจากการคลอด ภาวะตกเลือด และการต้องพลัดพรากจากบุตร จึงต้องให้การดูแลด้านจิตใจอย่างใกล้ชิด ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง ให้โอกาสระบายความรู้สึก และประสานงานกับนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง

กรณีศึกษา	การประเมินปัญหาตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม แผนการดูแลและการประเมิน

การประสานงานกับสังคมสงเคราะห์เป็นอีกบทบาทสำคัญ ต้องจัดเตรียมข้อมูลและเอกสารที่จำเป็น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลทารก รวมทั้งวางแผนการติดตามดูแลในระยะยาว การสื่อสารกับมารดาเกี่ยวกับการส่งต่อทารกต้องทำด้วยความละเอียดอ่อนและเข้าใจ

การวางแผนจำหน่ายต้องครอบคลุมหลายด้าน ทั้งการดูแลสุขภาพร่างกาย การบำบัดยาเสพติด การดูแลสุขภาพจิต และการวางแผนอนาคต เนื่องจากผู้ป่วยอายุยังน้อย การวางแผนเรื่องการศึกษาต่อและการประกอบอาชีพเป็นสิ่งสำคัญ

การติดตามดูแลต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น โดยต้องประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทุกด้าน การติดตามการบำบัดยาเสพติด การป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำ และการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การวางแผนจำหน่ายต้องครอบคลุมหลายด้าน ทั้งการดูแลสุขภาพร่างกาย การบำบัดยาเสพติด การดูแลสุขภาพจิต และการวางแผนอนาคต เนื่องจากผู้ป่วยอายุยังน้อย การวางแผนเรื่องการศึกษาต่อและการประกอบอาชีพเป็นสิ่งสำคัญ

การติดตามดูแลต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น โดยต้องประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทุกด้าน การติดตามการบำบัดยาเสพติด การป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำ และการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การประเมินผลการพยาบาลต้องทำอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยในระยะสั้นเน้นการควบคุมภาวะตกเลือดและการจัดการอาการถอนยา ส่วนในระยะยาวเน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การบำบัดยาเสพติด และการพัฒนาคุณภาพชีวิต

สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยรายนี้คือ การคำนึงถึงอายุที่น้อยและความซับซ้อนของปัญหา การให้การพยาบาลต้องทำด้วยความเข้าใจ ไม่ตัดสิน และมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองในระยะยาว การสนับสนุนทางสังคมและการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนในระยะคลอดและหลังคลอด พบประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายดังนี้

1. การดูแลในระยะคลอด พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีภาวะพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) และความบกพร่องในการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และคณะ [7] ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น 2-3 เท่า เนื่องจากขาดการดูแลตนเองและการฝากครรภ์ที่เหมาะสม นอกจากนี้ Johnson และคณะ [8] ยังพบว่าการขาดความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของยาบ้าต่อการคลอดส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ถึงร้อยละ 65

2. การดูแลในระยะหลังคลอด พบว่าปัญหาสำคัญคือความบกพร่องในการดูแลทารกแรกเกิด (Dependent-Care Deficit) และภาวะพร่องในการฟื้นฟูสภาพหลังคลอด (Universal Self-Care Requisites) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilson และคณะ [14] ที่พบว่าร้อยละ 30 ของมารดาที่ใช้สารเสพติดมีปัญหาในการเลี้ยงดูทารก และร้อยละ 20 มีความเสี่ยงต่อการทอดทิ้งบุตร เช่นเดียวกับการศึกษาของ Anderson และคณะ [15] ที่พบว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการถึงร้อยละ 40

3. การพยาบาลตามทฤษฎีโอเร็ม การใช้ระบบการพยาบาลทั้งสามระบบ ได้แก่ ระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพและลดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ [16] ที่พบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและลดภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 35

4. การทำงานแบบสหวิชาชีพ พบว่าการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Garcia และคณะ [11] ที่พบว่าการดูแลแบบสหวิชาชีพช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ

5. ผลลัพธ์การดูแล การศึกษาพบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มช่วยให้การดูแลเป็นระบบและครอบคลุมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Martin และคณะ [22] ที่พบว่าการใช้ทฤษฎีการพยาบาลช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน มีข้อเสนอแนะที่สำคัญในการพัฒนาระบบการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการพัฒนาระบบการดูแลที่ครอบคลุมและเป็นองค์รวม การจัดตั้งคลินิกเฉพาะทางสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด เพื่อให้การดูแลแบบครบวงจร รวมถึงการพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานให้มีความต่อเนื่อง

ด้านการพัฒนาบุคลากร ควรเน้นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการใช้ทฤษฎีโอเร็มในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย พัฒนาศักยภาพพยาบาลในการประเมินและจัดการภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการสร้างระบบพี่เลี้ยงในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพการดูแลควรมุ่งเน้นการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพที่เฉพาะเจาะจง การจัดทำระบบการ

ติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย การสร้างนวัตกรรมการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญที่ควรพัฒนา

ด้านการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาวิจัยในหลากหลายรูปแบบ ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเข้าใจประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยเชิงลึก การวิจัยติดตามผลระยะยาวด้านพัฒนาการของทารกและคุณภาพชีวิตของมารดา รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสารเสพติด นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาเครื่องมือและนวัตกรรมที่ช่วยในการดูแล เช่น แอปพลิเคชันสำหรับติดตามและประเมินการดูแลตนเอง เครื่องมือคัดกรองความเสี่ยง และระบบการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบอิเล็กทรอนิกส์

ด้านการพัฒนานโยบายและระบบสนับสนุนที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ โดยควรมีการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ การพัฒนาระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม และการศึกษาประสิทธิผลของมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองมารดาและทารก เพื่อให้การดูแลมีความครอบคลุมและยั่งยืน ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าคันโท หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง งานสุขภาพจิตและยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้คำแนะนำในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2024. Vienna: UNODC; 2024.

2. World Health Organization. Global status report on substance use and health 2023. Geneva: WHO; 2023.

3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การใช้สารเสพติดในประเทศไทย ปี 2567. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.

4. Roberts M, Davis K. Psychosocial factors in pregnant substance users. J Addict Nurs. 2023;34(3):223-35.

5. Williams R, Thompson S. Depression and violence in substance-using pregnant women. Women Health. 2024;64(2):156-68.

6. Brown A, Miller J. Social support needs of pregnant substance users. Soc Work Health Care. 2023;62(4):445-57.

7. Smith L, Santos R. Maternal amphetamine use and pregnancy outcomes: A systematic review. Obstet Gynecol. 2023;142(2):345-58.

8. Johnson K, Brown P. Effects of prenatal methamphetamine exposure on fetal development. J Perinat Med. 2024;52(1):78-89.

9. Thompson M, Wilson R. Postpartum complications in substance-using mothers. Matern Child Health J. 2023;27(4):567-79.

10. Anderson C, Taylor S. Neonatal outcomes following maternal amphetamine use. J Pediatr. 2024;185(2):234-45.

11. Garcia E, Martinez R. Prenatal care utilization among substance-using women. Matern Child Health J. 2024;28(1):67-79.

12. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์. การฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด: รายงานประจำปี 2566. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์; 2566.

13. Johnson P, Smith L. Pregnancy complications in methamphetamine users. Am J Obstet Gynecol. 2023;228(4):378-89.

14. Wilson K, Brown R. Parenting challenges in substance-using mothers. Child Abuse Negl. 2024;138:105639.

15. Anderson M, Taylor N. Long-term outcomes of children exposed to methamphetamine. Pediatrics. 2023;151(3):e2022045678.

16. Lee SY, Kim JH. Care management for pregnant women with substance use disorders. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2023;52(6): 789-801.

17. White K, Martin L. Application of Orem's theory in high-risk pregnancy care. Nurs Sci Q. 2024;37(1):45-56.

18. Chen Y, Lee K. Effectiveness of theory-based nursing interventions. Int J Nurs Pract. 2023;29(5):e13134.

19. Chen X, Wang Y. Nursing theories in substance abuse during pregnancy: A review. Int J Nurs Stud. 2023;131:104245.

20. โรงพยาบาลท่าคันโท. รายงานสถิติหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด ปี 2564-2566. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลท่าคันโท; 2566.

21. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. สถานการณ์การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2567.

22. Martin S, White R. Orem's theory in substance abuse treatment. J Nurs Scholarsh. 2024;56(1):89-101.



ภาคผนวก


MEDICAL
MEDICAL
MEDICAL
MEDICAL
MEDICAL
Health Care
Doctor
Hospital
Pharmacist
Nurse
Dentist
First Aid
Surgeon
Emergency


กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด : Journal of Addiction Research and Academic Sciences

เอกสารประกอบพิจารณา และความรับผิดชอบของผู้ส่งบทความ

1. ผู้ส่งบทความออกหนังสือรับรองว่า กำลังส่งให้วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด พิจารณาเท่านั้น บทความนี้หรือบางส่วนของบทความไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน ถ้าบทความได้รับการยอมรับจากกองบรรณาธิการบทความและบางส่วนของบทความนี้ จะตีพิมพ์โดย "วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด" เพียงแห่งเดียวเท่านั้น

2. หนังสือรับรองที่ได้รับอนุญาตจากกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Ethiccommittee) (สำหรับบทความประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ และรายงานผู้ป่วย)

3. รายชื่อของผู้ส่งบทความ ต้องเป็นไปตามความเป็นจริง ผู้ที่มีชื่อต้องเป็นผู้ที่ได้อุทิศตัวเองแก่บทความนั้นอย่างแท้จริง และทราบรายละเอียดในบทความนั้นทุกประการ ผู้ไม่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บังคับบัญชา ห้ามระบุในรายชื่อของผู้ส่งบทความ

กำหนดการออกวารสาร ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 2 เดือน กันยายน - ธันวาคม

ฉบับที่ 3 เดือน มกราคม - เมษายน

การพิมพ์ต้นฉบับ

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word
2. ตั้งค่ากระดาษ ขนาด A4
3. ตัวอักษร Font Th SarabunPSK สำหรับภาษาไทย ขนาด 16 pt และ Font Times New Roman สำหรับภาษาอังกฤษ ขนาด 12 pt
4. ระยะบรรทัดเดี่ยว (Single space)
5. กั้นหน้า ไม่กั้นหลัง ห่างจากขอบกระดาษ 1 นิ้ว
6. กำหนดเลขหน้า มุมขวาบน ทุกหน้า
7. การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)
8. เอกสารที่ใช้อ้างอิง ไม่เกิน 10 ปี

นิพนธ์ต้นฉบับ ให้ลำดับเนื้อหาดังต่อไปนี้

- บทคัดย่อ ไม่เกิน 250 - 300 คำ
- Abstract ไม่เกิน 250 - 300 คำ
- คำสำคัญ (เรียงตามตัวอักษร) จำกัดไม่เกิน 5 คำ
- Key word (เรียงตามอักษร) จำกัดไม่เกิน 5 คำ
- เนื้อหา (บทนำ ถึง บทสรุป)
  - บทความภาษาไทย ไม่เกิน 4,000 คำ บทความภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 3,000 คำ
  - บทนำ (Introduction)
  - วัสดุและวิธีการ (Materials and methods)
  - ผลการศึกษา (Results)
  - วิจารณ์ (Discussions)
  - สรุป (Conclusion)
  - เอกสารอ้างอิง (References) ไม่น้อยกว่า 14 ฉบับ และไม่เกิน 20 ฉบับ
  - ตาราง และ รูปภาพ (รวมกันไม่เกิน 6 ตาราง/รูป)

รายงานผู้ป่วย ควรเป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่พบได้ไม่บ่อย หรือไม่เคยมีมาก่อน หรือโรคที่มีลักษณะหรือการดำเนินโรคที่ไม่ตรงแบบ ให้ลำดับเนื้อหาดังต่อไปนี้

- บทคัดย่อ ไม่เกิน 250 คำ
- Abstract ไม่เกิน 250 คำ
- คำสำคัญ (เรียงตามอักษร) จำกัดไม่เกิน 5 คำ
- Key words (เรียงตามอักษร) จำกัดไม่เกิน 5 คำ
- เนื้อหา (บทน าถึงบทสรุป) ไม่เกิน 1,000 คำ
  - บทนำ (Introduction)
  - รายงานผู้ป่วย (Case report)
  - วิจารณ์ (Discussions)

- สรุป (Conclusion)
- เอกสารอ้างอิง (References) ไม่เกิน 15 ฉบับ
- ตาราง และ รูปภาพ (รวมกันไม่เกิน 6 ตาราง/รูป)

บทความปริทัศน์ และ บทความพิเศษ

รูปแบบการเขียนคล้ายกับนิพนธ์ต้นฉบับ ประกอบด้วยบทคัดย่อ บทนำ เนื้อเรื่อง สรุป

- บทคัดย่อ ไม่เกิน 300 คำ
- Abstract ไม่เกิน 250 คำ
- คำสำคัญ (เรียงตามอักษร) จำกัดไม่เกิน 5 คำ
- Key words (เรียงตามอักษร) จำกัดไม่เกิน 5 คำ
- เนื้อหา (บทนำ ถึง บทสรุป)
  - บทความภาษาไทย ไม่เกิน 4,000 คำ
  - บทความภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 3,000 คำ
  - ไม่จำกัดจำนวนเอกสารอ้างอิง
  - ตาราง และ รูปภาพ (รวมกันไม่เกิน 6 ตาราง/รูป)

คำแนะนำสำหรับจัดทำต้นฉบับ

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด (Journal of Addiction Research and Academic Science) มีนโยบายเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สาธารณสุขด้านยาเสพติด โดยรับพิมพ์นิพนธ์ต้นฉบับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ไม่เคยปรากฏตีพิมพ์ที่อื่นมาก่อน มีกำหนดออกวารสารปีละ 3 ฉบับ

1. ประเภทบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัยที่เกี่ยวกับทางการแพทย์และระบบสุขภาพ และหรือการพัฒนาระบบสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการ ผลารดำเนินการ วิจารณ์ผล สรุปผลการศึกษา กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้ากระดาษ A4

บทบรรณนิทัศน์ (Review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิงอาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วยก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 15 หน้ากระดาษ A4

บทความพิเศษ (Special article)

เป็นบทความประเภทกึ่งบทปริทัศน์กับบทความฟื้นวิชาที่ไม่สามารถบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ

รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นผู้ป่วยที่น่าสนใจต่าง ๆ มีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4 พิมพ์เว้นบรรทัด ประกอบด้วย บทนำ รายงานผู้ป่วย บทวิจารณ์ ข้อคิดเห็นและสรุป

บทปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เช่น บทปริทัศน์ รายงานผลการศึกษาโดยสังเขป หรือรายงานเบื้องต้น

จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to the editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (Correspondence)

เป็นเวทีใช้ติดต่อตอบโต้ระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร กรณีผู้อ่านมีข้อคิด

เห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงาน และบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้งได้

2. การเตรียมต้นฉบับ

2.1 ชื่อเรื่อง (Tittle) ประกอบด้วย

(1) ชื่อเรื่อง ควรสั้น กะทัดรัด และสื่อความหมายหลักของการศึกษา ใช้ภาษาที่เป็นทางการ ชัดเจน ตรงไปตรงมา และครอบคลุมประเด็นของเรื่อง ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องเป็นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

(2) ชื่อผู้นิพธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ใช้ชื่อ นามสกุลเต็ม)

(3) มีชื่อหน่วยงาน สถาบันที่ผู้พิพนธ์ทำงานหรือศึกษา

(4) แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา (ถ้ามี)

2.2 บทคัดย่อ

เป็นการสรุปประเด็นเนื้อหาสำคัญ ควรเขียนให้สั้น กระชับ ซึ่งต้องประกอบด้วย บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์ ไม่เกิน 250 คำ หรือยาวไม่เกิน 10 – 15 บรรทัด ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 คำสำคัญ หรือคำหลัก (Key words)

เป็นศัพท์เฉพาะทางที่เห็นแล้วเข้าใจว่างานชิ้นนี้เกี่ยวกับอะไร จำนวนไม่เกิน 5 - 8 คำ เป็นคำที่มีนัยสำคัญที่ปรากฏในชื่อเรื่อง คำสำคัญในภาษาไทยต้องตรงกับคำสำคัญในภาษาอังกฤษ เป็นคำค้นจากดัชนีค้นเอกสารในวารสารและดัชนีประเภทต่าง ๆ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subjectindex) ของปีวารสาร (Volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

2.4 บทนำ (Introduction)

เป็นการกล่าวถึงที่มาของเรื่อง หรือความเป็นมาของประเด็นปัญหาหรือจุดมุ่งหมายในการเขียนบทความ ควรมีเนื้อหาที่เร้าความสนใจ หรือปูพื้นฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องราวที่จะกล่าวในบทความเพื่อดึงความสนใจของผู้อ่านเข้าสู่เนื้อเรื่องให้ผู้อ่านเห็นความสำคัญ และต้องการที่จะติดตามอ่านต่อไป ควรเขียนให้กระชับ ตรงประเด็น ไม่ยืดเยื้อ ต้องเขียนให้สอดคล้องกับชื่อเรื่อง โดยจับประเด็นจากชื่อเรื่องและนำเรื่องเข้าสู่บริบท

2.5 วิธีการศึกษา (Methods)

เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ กลุ่มตัวอย่างและวิธีการศึกษา

(1) หัวข้อกลุ่มตัวอย่างให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปรกติ สัตว์ พืช ฯลฯ รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ฯลฯ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เข้ารับการศึกษา และการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

(2) หัวข้อวิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (Study design, Protocol) เช่น Randomized double blind, Descriptive หรือ Quasi-experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน เป็นต้น วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (Interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุ ในเอกสารอ้างอิงถ้าเป็นวิธีใหม่อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ต่อได้ ให้ระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์ และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจน และกระชับ เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ศึกษา

2.6 ผลการศึกษา (Results)

แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ อย่างจำกัด แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

2.7 วิจารณ์ผล (Discussion)

ควรนำเสนอความคิดเห็นของผู้เขียน ด้วยการวิเคราะห์วิจารณ์ ข้อมูลเนื้อหาสาระ เป็นการริเริ่มสร้างสรรค์ของผู้เขียน การวิเคราะห์วิจารณ์อาจนำเสนอพร้อมกับการนำเสนอเนื้อหาสาระตามความเหมาะสมกับลักษณะเนื้อหาของเรื่อง

2.8 สรุปผลการศึกษา (Conclusion)

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อข้อสรุปนั้น อาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

2.9 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ควรแยกพิมพ์ต่างหากไม่ควรสอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเนื้อเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจ พร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบว่า ไว้เหนือตารางหรือรูป และแสดงลำดับของตาราง พร้อมแสดงชื่อของตารางและรูปนั้นๆ เช่น ตารางที่ 1 (ชื่อตาราง) หรือ รูปที่ 1 (ชื่อรูป)

2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่างและผู้สนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น

2.11 เอกสารอ้างอิง (References)

ศึกษาตามหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง“ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่ว ๆ ไปให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ในIndex Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อนตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ(วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อบทความ (Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of Journal) ปีที่(Year)/;/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร (Volume/(No)/:/ หน้าเริ่มต้น – หน้าสุดท้าย (Page). เช่นตัวอย่างด้านล่าง Pathayanant N, Ratniyom A. AN ANALYSIS OF ECONOMIC COSTS OF DRUG ABUSE TREATMENT AT THANYARAK INSTITUTE (การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ในการรับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ณ สถาบันธัญญารักษ์). วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Medicine and Health Science). 2011 Apr 19;18(1):8-20.

3.1.2 องค์กรเป็นผู้นิพนธ์ตัวอย่าง

คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสีย สมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538 ; 24:190–204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์ ตัวอย่าง

Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283:628.

3.1.4 บทความในฉบับแทรก ตัวอย่าง

วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน : สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟทัส บรรณาธิการ. เวชศาสตร์-สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก):153–61.

วิธีการเขียนฉบับแทรก ตัวอย่าง

- Environ Health Perspect 1994;102 Suppl 1:275-82.
- Semin Oncol 1996: 23 (1 Suppl 2): 89-97.
- Ann clin Biochem 1995; 32 (pt 3): 303-6.
- N Z Med J 1994;107(986 pt 1):377-8
- Clin Orthop 1995; (320): 110-4.
- Curr opin Gen Surg 1993: 325-33.

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ ตัวอย่าง

บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนาภรณ์. แอลกอ- ฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช ๒๕๓๙; ๔๘:๖๑๖-๒๐.

Enzenseberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson‘s disease (letter). Lancet 1996; 347:1337.

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อนิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

(1) หนังสือแต่งโดยผู้นิพนธ์ ตัวอย่าง

ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร:ไทยวัฒนาพาณิช; 2535.

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany(NY): Delmar Publishers; 1996.

(2)หนังสือมีบรรณาธิการ ตัวอย่าง

วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่องใน. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย). ตัวอย่าง

เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตู้จินดา, วินัย สุวัตถี, อรุณ วงษ์จิราษฎร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

Phillpps SJ. Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nded. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. ตัวอย่าง

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, งามจิตต์ จันทรสาธิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโป๊เป๊ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์; 2541.

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th Interna- tional congerss of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Bengtsson S, Solheim BG, Enforcement of data protect- tion, privacy and security in medical informa tics.In:Lun KC, Degoulet P, Piemme TE. Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informa- tics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992.p. 1561-5.

3.4 รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน. ตัวอย่าง

ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/องค์การ อนามัยโลก; 2540.

Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections;1994. Report No. : HHSIGOEI69200860

3.5 วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา. ตัวอย่าง

ชยมัย ชาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๓๐

Kaplan SJ. Post-hospital hone health care: the elderly’s access and utilization (disser- tation). St. Louis (MO): Washing- ton Univ.; 1995.

3.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

3.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วันเดือนปีที่พิมพ์; ส่วนที่ : เลขหน้า (เลขคอลัมน์). ตัวอย่าง

เพลิงมรกต. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ 30 สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5). Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 adminissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col.5).

3.6.2 กฎหมาย ตัวอย่าง

พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532,ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).

Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

3.6.3 พจนานุกรม ตัวอย่าง

พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545.

Stedman's medical dictionary. 26thed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 199-20.

3.7 วิดีทัศน์

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง (วีดีทัศน์). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต. ตัวอย่าง

HIV+/AIDS: the facts and the future (videocassette). St. Louis (MO): Mosby-year Book; 1995.

3.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

3.8.1 ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล]; ปีที่(เล่มที่ถ้ามี) : [จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล: URL address underlined ตัวอย่าง

Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1999 Dec 25]; 1 (1) : [24 Screens]. Available from: URL: http: //www/cdc/gov/ncidoc/EID/eid.htm

Garfinkel PE, Lin E, Goering p. Should amenor-rhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Br J Psych [serial online] 1996 [cited 1999 Aug 17]; 168(4): 500-6. Available from: URL: http:// biomed. niss.ac.uk

3.9 สิทธิบัตร (Patent) ตัวอย่าง

Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R@D Inc., assignee.Flexible endoscopic grasping and cutting device and positioning tool assembly. United Steates patent US 20020103498.2002 Aug 1.

3.10 กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้นิพนธ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง ตัวอย่าง

National Organization for Rore Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available from: URL: http://rarediseases.org/

Royal College of General Practitioners. The primary health care team. [Online]. 1998 [cited 1999 Aug 22]; [10 screen]. Available from: URL: http://rcgp.crg.uk /informat/publicat/rcf0021.htm

Zand J. The natural pharmacy: herbal medicine for depression [online]. [1999?] [Cited 2001 Aug 23]; [15 screens]. Available from: URL: http://www.healthy.net/ asp/templates/Article.asp?Page Type=Article & Id= 920

3.11 Web based / online Databases

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [online]. โรงพิมพ์ถ้ามี. แหล่งข้อมูล: ชื่อ เรื่องและฐานข้อมูลถ้ามี. [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล]. ตัวอย่าง

Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In: Family Medicine. 5thed. [online], 1998. Available from: Stat! Ref. Jackson (WY): Teton Data System; 2001. [Cited 2001 Aug 31].

3.12 CD-ROM ตัวอย่าง

Clinical pharmacology 2000 [CD-ROM]. Version 2.01. [Cited 2001 Aug 7]; Gainsville (FL): Gold standard Multime- dia; 2001.

3.13 Book on CD-ROM ตัวอย่าง

The Oxford English dictionary [book on CD-ROM]. 2nded. New York (NY): oxford university Press; 1992.

Paracetamol. Martindale's: the extra pharmacopoeia. In: International Healthcare Series [CD-ROM]. [Cited 1998 Sep 3]; Englewood (co): Micromedex; 1998.

3.14 Journal on CD-ROM

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร (ชื่อย่อ) [Serial on CD-ROM] ปี; เล่มที่ : หน้า. ตัวอย่าง

Gershou ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [Serial on CD-ROM]. 1995; 52: 900-901.

3.15 Other Software ตัวอย่าง

Format: Title (1 space) medium in square brackets [eg. Computer program, Computer file.] Version. Place of produc- tion: Producer; Year.

Epi Info [computer program]. Version 6. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

4. ตาราง ภาพและแผนภูมิ

ตาราง ภาพและแผนภูมิ ที่จัดทำและนำเสนอได้ครบถ้วน จะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความและทำให้เข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทคัดย่อ พิจารณาตารางและรูปภาพก่อนจะตัดสินใจว่าจะอ่านบทความต่อไปได้หรือไม่

4.1 ตาราง

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตารางมีดังนี้

(1) แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหาบทความและไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

(2) หัวคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (Footnote) ใต้ตาราง

(3) แถว (Rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์ หัว-แถว (Row headings) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น

(4) เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * † ‡ § # ¶

(5) เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควรเข้าใจได้สมบูรณ์ โดยแทบไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้นชื่อตารางควรสั้นได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา, การดำเนินโรค) จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบนลงล่าง

(6) บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3 - 5 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อ 1 ตาราง ถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวนอ่าน จัดหน้ายาก ใช้เวลามากและสิ้นเปลือง ถ้าผู้นิพนธ์มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญนำเสนอ

(7) ต้องขออนุญาตและแสดงความขอบคุณกรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

4.2 ภาพและแผนภูมิ

ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้ชัดเจน เน้นจุดสำคัญ และมีประสิทธิภาพมีแนวทางดังนี้

(1) ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ไม่ควรใช้ภาพสีเพราะจะตีพิมพ์ไม่ชัดเจน

(2) ขนาดโดยทั่วไปใช้ 5 × 7 นิ้ว และไม่ควรใหญ่เกิน 8 × 10 นิ้ว ไม่ตัดขอบไม่ติดกับกระดาษรอง ไม่เขียนรายละเอียดหลังรูปภาพ ไม่ม้วนรูปภาพควรทำเครื่องหมายเล็กๆ ไว้ที่ขอบรูปภาพและเขียนคำอธิบายไว้ต่างหาก

5. การส่งต้นฉบับ

ผู้เขียนสามารถส่งบทความวิจัยต้นฉบับ/บทความวิชาการผ่านทาง

- E-mail: journal.addiction2023@gmail.com

6. การปรับแก้ต้นฉบับ

ผลงานจะได้รับการพิจารณา/ประเมิน จากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านก่อนการตีพิมพ์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวน (reviewer) ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ แต่กองบรรณาธิการจะสงวนสิทธิในการตีพิมพ์บทความเฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้มีการประสานเพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านวิชาการและอื่นๆ ประมาณ 2 ครั้ง ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะจัดส่งต้นฉบับที่ต้องการให้ปรับปรุงแก้ไขทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ตามที่อยู่อีเมลที่ผู้นิพนธ์ให้ไว้เท่านั้น

ผลการพิจารณา / ประเมิน ผ่านหรือไม่ผ่านจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผ่านทาง

- E-mail: journal.addiction2023@gmail.com

เมื่อคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่แก้ไขครั้งสุดท้ายพร้อมจดหมายชี้แจงการแก้ไข ผ่านทาง

- E-mail: journal.addiction2023@gmail.com

7. การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้นิพนธ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาก่อนลงตีพิมพ์

ผู้มีชื่อในผลงานทุกคนต้องลงนามยินยอมและรับทราบการส่งผลงานเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพในแบบฟอร์มใบนำส่งต้นฉบับ

เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับวารสารฉบับที่ลงพิมพ์จำนวน 2 เล่ม

8. สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

เว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/.....

9. ติดต่อกองวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด : Journal of Addiction Research and Academic Science

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

- E-mail: journal.addiction2023@gmail.com

Format บทความวิจัยสำหรับตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด Journal of Addiction Research and Academic Sciences (ห้ามเปลี่ยนแปลงรูปแบบ)

ชื่อเรื่องภาษาไทย
ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ (TH Sarabun PSK ขนาด 18 point หัวหนา)

(TH Sarabun PSK ขนาด 16 point ไม่ต้องระบุคำนำหน้า)

ชื่อ-นามสกุล ผู้เขียนบทความ[1*] และผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)[2] (ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ)
[1]ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน, ที่อยู่, เบอร์โทรศัพท์, E-mail Address: ของผู้เขียนคนที่ 1 (ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ)
[2]ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน, ที่อยู่, เบอร์โทรศัพท์, E-mail Address: ของผู้เขียนคนที่ 2 (ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ)
(ถ้ามีผู้แต่งหลายท่านให้พิมพ์ลงมาตามลำดับทีละท่าน)

#

บทคัดย่อ (TH Sarabun PSK ขนาด 18 point ตัวหนา)

.....

.....

..... (TH Sarabun PSK ขนาด 16 point สรุปวัตถุประสงค์ วิธีวิจัย และผลการวิจัยโดยย่อให้สั้นกะทัดรัด ความยาวไม่เกิน 250 - 300 คำ หรือ ตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์) .....

.....

.....

คำสำคัญ://กก, ขข, คค (โดยเรียงตามตัวอักษร จำกัดไม่เกิน 5 คำ คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค “,”)

#

Abstract (TH Sarabun PSK ขนาด 18 point ตัวหนา)

.....

.....

..... (TH Sarabun PSK ขนาด 16 point สรุปให้สั้นกะทัดรัด ความยาวไม่เกิน 250 – 300 คำ หรือ ตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์) .....

.....

.....

.....

Keywords://Aa, Bb, Cc (โดยเรียงตามตัวอักษร จำกัดไม่เกิน 5 คำ คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค “,”)

บทนำ (TH Sarabun PSK ขนาด 18 point ตัวหนา)

.....

..... ที่มาและความสำคัญของปัญหา ช่องว่างองค์ความรู้ ...

..... และวัตถุประสงค์การวิจัย (เนื้อหาบทความภาษาไทย ...

..... ใช้ TH Sarabun PSK 16 point) ...

.....

วัตถุประสงค์

1. .....
2. .....

กรอบแนวคิดของการวิจัย

เขียนเป็นภาพประกอบแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างประเด็น หรือตัวแปรต่าง ๆ ในงานวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (รูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ และการวิเคราะห์ข้อมูล)

บทความวิจัยนี้เป็นการวิจัย (ระบุรูปแบบของการวิจัย) ประกอบด้วย (เรียงลำดับตามวิธีดำเนินการวิจัย)

1. การศึกษาวิจัยเชิงเอกสาร ..... (ขั้นตอนดำเนินการวิจัย)
2. การวิจัยเชิงปริมาณ ..... (ระบุเครื่องมือวิจัย ค่าความเชื่อมั่น วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ประชากร สถิติที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)
3. การวิจัยเชิงคุณภาพ ..... (ระบุเครื่องมือวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)
4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ..... (ขั้นตอนดำเนินการวิจัย)
5. การวิจัย..... (ขั้นตอนดำเนินการวิจัย)

ผลการวิจัย

รายงานผลการวิจัยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยตามลำดับ โดยสามารถนำเสนอเป็นรูปภาพ/ตาราง/กราฟ พร้อมอธิบาย

สรุปและอภิปรายผล

เสนอเป็นความเรียงและให้เชื่อมโยงกับผลการวิจัยตามลำดับอย่างชัดเจน

1. ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า.....สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยของ..... (อ้างอิง[1])
2. ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่า.....สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยของ..... (อ้างอิง[2])

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. .....

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. .....

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

.....

เอกสารอ้างอิง (ไม่น้อยกว่า14 ฉบับ และไม่เกิน 20 ฉบับ) (การเขียนอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาบทความ ให้ใส่ตัวเลขไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึงแล้วจัดทำเป็นตัวยก โดยใช้หมายเลข 1 เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ โดยรูปแบบละอองฝอยของเชื้อ ผ่านทางการไอ จาม และจากการสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง แล้วมาสัมผัสบริเวณจมูก ปาก ตา[1]

1. วรรษมน จันทรเบญจกุล. การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chula.ac.th/wp-content/uploads/2020/02/การป้องกันตนเองจาก-COVID-credit-ศูนย์โรคอุบัติใหม.pdf.

2. พิชัย พัวเพิ่มพูลศิริ. โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้. ศรีนครินทรวิโรฒเวชสาร. 2538;2(1):22-33.

สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร และแนะนำให้ใช้โปรแกรม EndNote ในการจัดการอ้างอิง บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่ว ๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิงและเอกสารทางวิชาการที่นำมาใช้อ้างอิงควรเป็นผลงานย้อนหลัง ไม่เกิน 10 ปี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัย)

หมายเหตุ: / หมายถึง เว้นวรรค 1 ตัวอักษร หรือ 1 เคาะ

หมายถึง เว้นบรรทัด

ถ้ามีความยาวมากกว่า 1 บรรทัด ตั้งแต่บรรทัดที่ 2 ให้ย่อหน้าเว้นระยะห่างจากขอบซ้าย 0.5 นิ้ว หรือ 1 tab

Format บทความวิชาการสำหรับตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด (ห้ามเปลี่ยนแปลงรูปแบบ)

ชื่อเรื่องภาษาไทย
ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ (TH Sarabun PSK ขนาด 18 point หัวหนา)

(TH Sarabun PSK ขนาด 16 point ไม่ต้องระบุคำนำหน้า)

ชื่อ-นามสกุล ผู้เขียนบทความ[1*] และผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)[2] (ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ)
[1]ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน, ที่อยู่, เบอร์โทรศัพท์, E-mail Address: ของผู้เขียนคนที่ 1 (ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ)
[2]ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน, ที่อยู่, เบอร์โทรศัพท์, E-mail Address: ของผู้เขียนคนที่ 2 (ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ)
(ถ้ามีผู้แต่งหลายท่านให้พิมพ์ลงมาตามลำดับทีละท่าน)

#

บทคัดย่อ (TH Sarabun PSK ขนาด 18 point ตัวหนา)

..... (TH Sarabun PSK ขนาด 16 point สรุปแนวคิดและประเด็นสำคัญของบทความ ให้สั้นกะทัดรัด ความยาวไม่เกิน 250 คำ .....

คำสำคัญ://กก, ขข, คค (โดยเรียงตามตัวอักษร จำกัดไม่เกิน 5 คำ คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค “,”)

#

Abstract (TH Sarabun PSK ขนาด 18 point ตัวหนา)

..... (TH Sarabun PSK ขนาด 16 point สรุปแนวคิดและประเด็นสำคัญของบทความ ให้สั้นกะทัดรัด ความยาวไม่เกิน 250 คำ .....

Keywords://Aa, Bb, Cc (โดยเรียงตามตัวอักษร จำกัดไม่เกิน 5 คำ คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค “,”)

บทนำ (TH Sarabun PSK ขนาด 18 point ตัวหนา)

ที่มา ความสำคัญ และวัตถุประสงค์ของบทความ (เนื้อหาบทความภาษาไทย ใช้ TH Sarabun PSK 16 point)

เนื้อเรื่องหลัก

การนำเสนอ แนวคิด ทฤษฎี หลักการ วิเคราะห์ และการสังเคราะห์องค์ความรู้จากเอกสารและงานวิชาการ นำเสนอแบ่งเป็นหัวข้อให้เข้าใจได้ง่ายและชัดเจน

บทสรุป

สรุปสาระสำคัญและคุณค่าทางวิชาการของบทความนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะ

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

.....

เอกสารอ้างอิง (การเขียนอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาบทความ ให้ใส่ตัวเลขไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึงแล้วจัดทำเป็นตัวยก โดยใช้หมายเลข 1 เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ โดยรูปแบบละอองฝอยของเชื้อ ผ่านทางการไอ จาม และจากการสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง แล้วมาสัมผัสบริเวณจมูก ปาก ตา[1]

1. วรรษมน จันทรเบญจกุล. การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chula.ac.th/wp-content/uploads/2020/02/การป้องกันตนเองจาก-COVID-credit-ศูนย์โรคอุบัติใหม.pdf.

2. พิชัย พัวเพิ่มพูลศิริ. โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้. ศรีนครินทรวิโรฒเวชสาร. 2538;2(1):22-33.

สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร และแนะนำให้ใช้โปรแกรม EndNote ในการจัดการอ้างอิง บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่ว ๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิงและเอกสารทางวิชาการที่นำมาใช้อ้างอิงควรเป็นผลงานย้อนหลัง ไม่เกิน 10 ปี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัย)

หมายเหตุ: / หมายถึง เว้นวรรค 1 ตัวอักษร หรือ 1 เคาะ

\# หมายถึง เว้นบรรทัด

ถ้ามีความยาวมากกว่า 1 บรรทัด ตั้งแต่บรรทัดที่ 2 ให้ย่อหน้าเว้นระยะห่างจากขอบซ้าย 0.5 นิ้ว หรือ 1 tab

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

วารสารวิชาการและวิจัยสาขาสังคมศาสตร์ Journal of Addiction Research and Academic Sciences

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม 2567 Vol. 2 No. 2 September-December 2024