วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences



ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม-สิงหาคม 2568
Vol. 3 No. 1 May - August 2025

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

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences



ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม-สิงหาคม 2568
Vol. 3 No. 1 May - August 2025

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

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข


กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด
Journal of Addiction Research and Academic Sciences

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม 2568 Vol. 3 No. 1 May – August 2025

บทความพิเศษ

- สถานพยาบาลยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

บทความวิจัย

- ผลของการบำบัดผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อสัมพันธภาพของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8
- การวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติด จังหวัดอุตรดิตถ์

เรื่องเล่า

- โลกยุคใหม่กับเยื่อใยที่บางเบา (ความเหงา)

ชื่อวารสาร : วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด
เจ้าของ : สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
ISSN : 2985-170X (Print) 2985-226 (Online)
พิมพ์ที่ : บริษัท ดีดีการพิมพ์ และ บรรจุภัณฑ์ จำกัด
เลขที่ 234 ถ.พระพุทธบาท ต.ในเมือง อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ 67000 โทร.056-711584
E-mail:ddprinting@hotmil.com
ปีที่พิมพ์ : พ.ศ. 2568


กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

วัตถุประสงค์

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

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 ดีดีการพิมพ์ และ บรรจุภัณฑ์ จำกัด
เลขที่ 234 ถ.พระพุทธบาท ต.ในเมือง อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ 67000 โทร.056-711584
E-mail:ddprinting@hotmil.com

ออกแบบโดย

บริษัท ดีดีการพิมพ์ และ บรรจุภัณฑ์ จำกัด
เลขที่ 234 ถ.พระพุทธบาท ต.ในเมือง อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ 67000 โทร.056-711584
E-mail:ddprinting@hotmil.com


กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

นพ. โอภาส การย์กวินพงศ์	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นพ. ศักดา อัลภาชน์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

นพ. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล	ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข) ระดับ 11

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นพ. วิทยา พลสีลา	สาธารณสุขนิเทศก์ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ) ผู้อำนวยการสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
ดร. ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.รัตนา สำโรงทอง	ผู้เชี่ยวชาญสาขาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขสิ่งแวดล้อมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศ.สาวิตรี อัษณางค์กรชัย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.มานพ คณะโต	ผู้อำนวยการเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.รัศมน กัลยาศิริ	ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.ปัตพงษ์ เกษมสมบูรณ์	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ.ดวงใจ วัฒนสินธุ์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ.อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.วไลลักษณ์ พุ่มพวง	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ.ดร.สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี	กลุ่มงานวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
รศ.นพ.สมชาติ โตรักษา	ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ
ผศ.อภินันท์ อร่ามรัตน์	หัวหน้าศูนย์วิจัยด้านยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผศ. (พิเศษ) เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์) โรงพยาบาลสุรินทร์
ผศ. (พิเศษ) สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว) โรงพยาบาลสุรินทร์
ดร.ณฐวัฒน์ ล่องทอง	อาจารย์ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.สุภัทรญาณ ทองจิตร	อาจารย์ประจำสาขาวิชาสุขภาพช่องปากครอบครัวและชุมชน สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
นางสาวอรุโณทัย สิงห์ตาแก้ว	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต วิทยาเขตปทุมธานี
นางสายสุดา โภชนากรณ์	ข้าราชการบำนาญ
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

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 ประกอบด้วย บทความพิเศษ 1 เรื่อง ได้แก่ 1) สถานพยาบาลยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 บทความวิจัย 3 เรื่อง ได้แก่ 1) ผลของการบำบัดผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อสัมพันธภาพของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 3) การวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติด จังหวัดอุตรดิตถ์ และเรื่องเล่า 1 เรื่อง ได้แก่ 1) โลกยุคใหม่กับเยื่อใยที่บางเบา (ความเหงา)

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด ซึ่งได้จัดทำขึ้นเพื่อการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการทางการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุขด้านยาเสพติด กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิชาการและวิจัยยาเสพติดของสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เป็นประโยชน์แก่นักวิชาการ เจ้าหน้าที่ และประชาชนทั่วไปที่สนใจศึกษาด้านยาเสพติด

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าและให้เกียรติร่วมพิจารณากลั่นกรอง และตรวจสอบบทความในครั้งนี้

บรรณาธิการ


กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

สารบัญ

หน้า

สถานพยาบาลยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 1

ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล

ผลของการบำบัดผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อสัมพันธภาพของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว 9

ศศิภา พิมพารักษ์

โลกยุคใหม่กับเยื่อใยที่บางเบา (ความเหงา) 24

โลน่า ปักเกโส

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 31

ปาริชาติ ขุนศรี, ชนินทร์ วะสีนนท์, จิตติ กิตติเลิศไพศาล และพิศดาร แสนชาติ

การวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติดจังหวัดอุตรดิตถ์ 44

ณัฏฐพร ฟุ้งสมุทร


กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

สถานพยาบาลยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล
ที่ปรึกษาระดับกระทรวง
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
Phattarapol Jungsomjatepaisa
Advisor of the Ministry.,
Medical Physician, Advisory Level.
Ministry of Public Health.

ความเป็นมาและพัฒนาการที่สำคัญ

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดถือเป็นกลไกที่สำคัญที่จะช่วยลดปัญหายาเสพติดด้านอุปสงค์ (Demand side) หรือผู้ใช้สารเสพติดในห่วงโซ่ปัญหายาเสพติดของประเทศไทย สอดคล้องกับนโยบาย “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” โดยการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดของโลก ค.ศ. 2016 (United Nations General Assembly Special Session 2016 – UNGASS 2016) ได้มีมติและนโยบายใหม่ต่อปัญหา ยาเสพติดว่าแท้จริงแล้วปัญหายาเสพติดเป็นเรื่องของสุขภาพ เรื่องของระบบสาธารณสุข เรื่องของอาชญากรรม เรื่องของสิทธิมนุษยชน เรื่องของความยากจนฯลฯ และให้มีการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยมุ่งเน้นด้านสาธารณสุขเน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบบูรณาการ โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนอย่างครอบคลุม

ในปี พ.ศ. 2552 การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ให้บริการในประเทศไทยมีทั้งสถานพยาบาลยาเสพติดภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและภาคเอกชนซึ่งต้องขึ้นทะเบียนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์การจัดตั้งสถานพยาบาล และได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2552 โดยคณะอนุกรรมการตรวจสถานพยาบาล ซึ่งแต่งตั้งโดย คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เป็นผู้พิจารณาคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลและตรวจสอบสถานที่ตามที่เห็นสมควร และเมื่อเห็นชอบให้จัดตั้งเป็นสถานพยาบาล ให้เสนอความเห็นนั้นต่อคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในการประกาศจัดตั้งเป็นสถานพยาบาลต่อไป [1]

ต่อมาในปี พ.ศ.2564 รัฐบาลได้ตราพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม 2564 สาระสำคัญ คือ การแก้ไขปัญหาผู้เสพหรือผู้ติดในมิติทางการแพทย์และสังคม โดยให้โอกาสกลับตัวกับผู้เสพหรือครอบครองเพื่อเสพในจำนวนเล็กน้อย สามารถสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาได้โดยไม่ต้องถูกดำเนินคดี โดยถือว่า **“ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย”** เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพพฤติกรรม และสังคม ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาเพื่อลด ละ เลิกการเสพยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักด้านการบำบัดรักษา และการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในภาพรวมของประเทศทั้งหมด โดยที่ประมวลกฎหมายกำหนดให้มีสถานที่เพื่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดอยู่ 4 ประเภท คือศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม โดยจะต้องขอขึ้นทะเบียนที่สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข โดยใบทะเบียนที่ได้รับการประเมินมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดจะไม่มีวันหมดอายุ เว้นแต่ถูกพักใช้หรือถูกเพิกถอนการขึ้นทะเบียน หรือมีการแจ้งขอยกเลิก [2]

สถานพยาบาลยาเสพติดตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

สถานพยาบาลยาเสพติดตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 หมายถึง โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนดให้เป็นสถานที่ทำการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด [3]

พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่ประกอบด้วยบุคลากร ซึ่งมีความหลากหลายจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณากำหนดนโยบายในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ปราบปรามและควบคุมยาเสพติด และรวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดให้เป็นไปด้วยความรอบคอบ และมีประสิทธิภาพ โดยมีรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธาน ซึ่งคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดได้มีประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจัดตั้งและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2565 เพื่อกำหนดวิธีการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลไว้ ซึ่งในประกาศฯ สามารถแบ่งประเภทสถานพยาบาลยาเสพติดตามหน่วยงานสังกัดได้ดังนี้

1. สถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. สถานพยาบาลของรัฐ หรือ รัฐวิสาหกิจ

3. สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

โดยประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจัดตั้งและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2565 กำหนดให้สถานพยาบาลที่ขอจัดตั้งจะต้องขึ้นทะเบียนที่สำนักเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ในกรณีสถานพยาบาลที่เป็นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ และเอกชนที่ได้รับการประกาศให้เป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการบำบัดรักษายาเสพติดอยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้ใช้บังคับ (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์การจัดตั้งสถานพยาบาล พ.ศ. 2552) ให้ถือว่าเป็นสถานพยาบาลยาเสพติดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตามประมวลกฎหมาย ในกรณีที่สถานพยาบาลยาเสพติดที่มีลักษณะไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานให้ดำเนินการให้ครบถ้วนตามมาตรฐานการขึ้นทะเบียนภายในระยะเวลาหนึ่งปีนับถัดจากวันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

สถานพยาบาลยาเสพติดที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานที่ตามประมวลกฎหมาย มีหน้าที่และอำนาจตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มาตรา 117 ดังนี้

1. ดำเนินการบำบัดรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. ประเมินผล ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. จัดทำและเก็บข้อมูลประวัติของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ

4. ดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด

โดยที่ผู้ติดยาเสพติดสามารถเข้าสู่การบำบัดรักษาจากสถานพยาบาลยาเสพติดได้ในกรณีดังต่อไปนี้ [2]

1. ผู้เสพยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาเอง (มาตรา 113)

กรณีที่ผู้เสพยาเสพติดในประเภท 1 ประเภท 2 หรือประเภท 5 หรือเสพวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 หรือประเภท 2 (มาตรา 162) หรือเสพสารระเหย (มาตรา163) หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดเพื่อเสพ (มาตรา164) และได้สมัครใจขอเข้ารับการบำบัดรักษาก่อนที่เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจจะตรวจพบ

2. เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจส่งตัวเข้าบำบัดรักษาโดยไม่ผ่านศูนย์คัดกรอง (มาตรา 114)

กรณีเจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจตรวจพบผู้ที่มีพฤติการณ์อันควรสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติดในประเภท 1 ประเภท 2 หรือประเภท 5 หรือเสพวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 หรือประเภท 2 (มาตรา 162) หรือเสพสารระเหย (มาตรา 163) หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดเพื่อเสพ (มาตรา 164) ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุก ตามคำพิพากษาของศาล ไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่น หรือสังคมหรือมีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคมที่เกิดจากโรคทางจิตและประสาท หรืออาการที่เกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติดที่ใช้และสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา

3. การส่งตัวผู้ติดยาเสพติดจากศูนย์คัดกรอง (มาตรา 116(3))

หลังจากที่ศูนย์คัดกรองตรวจหาสารเสพติดในร่างกายคัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติดภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และพิจารณาส่งต่อมายังสถานพยาบาลยาเสพติด

4. การส่งตัวผู้ติดยาเสพติดจากศาลแบ่งเป็น 2 กรณี

4.1 กรณีที่ศาลเปลี่ยนโทษจำคุกเป็นการใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยตามประมวลกฎหมายอาญา (มาตรา 39(4)) หรือนำเงื่อนไข เพื่อคุมความประพฤติข้อเดียวหรือหลายข้อตามมาตรา 56 แห่งประมวลกฎหมายอาญา มาใช้แทนการลงโทษ ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ทั้งนี้ตามระยะเวลาที่ศาลกำหนดแต่ต้องไม่เกินกว่า 2 ปี (มาตรา 166)

4.2 กรณีที่ศาลเห็นว่าพฤติการณ์แห่งคดียังไม่สมควรลงโทษจำคุก หากจำเลยสำนึกในการกระทำโดยตกลงเข้ารับการบำบัดรักษาถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคาพิพากษาของศาล (มาตรา 168)

5. การส่งตัวผู้ติดยาเสพติดจากสำนักคุมประพฤติจังหวัดตามมาตรา 56 แห่งประมวลกฎหมายอาญาเงื่อนไขเพื่อคุมความประพฤติ (4) ให้ไปรับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดให้โทษ ณ สถานที่และตามระยะเวลาที่ศาลกำหนด

6. การส่งตัวเยาวชนจากสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน

มาตรฐานสถานพยาบาลยาเสพติดตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ตามประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจัดตั้งและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติดสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2565 [4]

สถานพยาบาลยาเสพติดที่ขอจัดตั้งต้องมีมาตรฐาน 4 ด้าน คือ

1. มาตรฐานสถานที่

มีอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม เอื้ออำนวยต่อการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดอย่างสะดวกปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยที่สถานพยาบาลเอกชนต้องมีการแบ่งเขตพื้นที่บริการอย่างชัดเจนในการให้บริการมีการจัดห้องสำหรับให้คำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน

2. มาตรฐานบุคลากร

สถานพยาบาลยาเสพติดมีบุคลากรที่รับผิดชอบหลัก ได้แก่

(ก) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤตและฉุกเฉินหรือหลักสูตรอื่นที่คณะอนุกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อยหนึ่งคนเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

(ข) ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สำหรับพยาบาล 10 วัน หรือ หลักสูตร

อื่นที่คณะอนุกรรมการจัดตั้ง และควบคุมคุณภาพมาตรฐาน ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (อธิบดีกรมการแพทย์เป็นประธาน กำหนดจำนวนอย่างน้อยหนึ่งคนเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ)

สถานพยาบาลยาเสพติดอาจจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่นตามความเหมาะสมโดยต้องผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานพยาบาลยาเสพติดที่คณะอนุกรรมการจัดตั้ง และควบคุมคุณภาพมาตรฐาน ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติดสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กำหนดคณะอนุกรรมการจัดตั้งฯ อาจกำหนดคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือวิชาชีพสาขาอื่นได้ตามที่เห็นสมควรเพื่อประโยชน์ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

กรณีที่สถานพยาบาลยาเสพติดมีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยยาเสพติดในประเภท 2 ระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment) ตามหลักเกณฑ์การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ที่กรมการแพทย์กำหนดต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานพยาบาลยาเสพติดที่คณะอนุกรรมการจัดตั้ง และควบคุมคุณภาพ มาตรฐาน ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กำหนด อย่างน้อยหนึ่งคนเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ

3. มาตรฐานเวชภัณฑ์และอุปกรณ์

มีเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐานเหมาะสมและเพียงพอในการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

4. มาตรฐานการบำบัดรักษา

4.1 มีแผนการบำบัดรักษาหรือคู่มือในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ

4.2 สามารถให้การรักษาโรคแทรกซ้อนอันอาจเกิดขึ้นกับผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาได้และในกรณีจำเป็นให้ส่งต่อผู้ติดยาเสพติดที่เกินศักยภาพของสถานพยาบาลให้ไปรับการรักษายังสถานพยาบาลอื่นที่เหมาะสมได้

การขึ้นทะเบียน การติดตามกำกับ และการรับรองคุณภาพ [2]

1. การขึ้นทะเบียน

การยื่นขอขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลยาเสพติด

- กรุงเทพมหานคร ยื่นที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์
- จังหวัด ยื่นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งเอกสารมายังสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ รวบรวมคำขอขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลยาเสพติด นำเข้าคณะอนุกรรมการจัดตั้งฯ พิจารณา หากครบถ้วนสมบูรณ์จะดำเนินการขึ้นทะเบียนที่สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุขต่อไป

2. การติดตามกำกับ

หลังจากขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลยาเสพติด คณะอนุกรรมการจัดตั้ง และควบคุมคุณภาพ มาตรฐาน ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จะทำหน้าที่ตรวจติดตามกำกับ การดำเนินงานของสถานพยาบาลยาเสพติด

3. การรับรองคุณภาพ

สถานพยาบาลยาเสพติดที่ดำเนินงานขึ้นทะเบียนครบสามปี ให้ยื่นขอรับรองคุณภาพต่อกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และให้ขอรับรองคุณภาพทุกสามปี

การอนุญาตโฆษณาเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

สถานพยาบาลยาเสพติด ที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลยาเสพติด และมิใช่สถานพยาบาลของรัฐหากมีความประสงค์จะโฆษณาเกี่ยวกับการบำบัดรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จะต้องขอรับใบอนุญาตโฆษณาเกี่ยวกับการบำบัดรักษา

หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์ในการควบคุมและกำกับดูแลโฆษณาเกี่ยวกับการบำบัดรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด [5] โดยการขออนุญาตโฆษณาเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดสามารถกระทำได้ตามมาตรา 122 ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขดังต่อไปนี้ [6]

(1) การโฆษณาชื่อ ที่ตั้งหรือกิจการของสถานพยาบาลยาเสพติดต้องเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) การโฆษณาชื่อ คุณวุฒิ หรือความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลยาเสพติดต้องเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพนั้น

(3) การโฆษณาเกี่ยวกับยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องมือแพทย์ หรือผลิตภัณฑ์อื่นที่ใช้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดต้องเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนด

(4) การโฆษณาแจ้งข่าวสารหรือแจ้งกิจกรรมในวันสำคัญต่างๆ กระทำได้เฉพาะกิจกรรม สถานที่หรือสื่อโฆษณา และวันเวลาที่จัดกิจกรรมนั้น

(5) การแสดงชื่อหรือกิจการของสถานพยาบาลยาเสพติด คุณวุฒิหรือความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลยาเสพติด ซึ่งแสดงไว้ ณ สถานพยาบาลยาเสพติด ให้สามารถกระทำได้โดยไม่ต้องยื่นคำขออนุญาต

(6) การโฆษณาต้องไม่แสดงข้อความที่ระบุกิจการของสถานพยาบาลยาเสพติด คุณวุฒิหรือความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดอันเป็นเท็จ โอ้อวดเกินความจริงทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นจริงหรือการใช้ข้อความอื่นใดที่มีความหมายในทำนองเดียวกัน

(7) การโฆษณาที่แสดงข้อความเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยมีการอ้างอิงเอกสาร เอกสารอ้างอิงนั้นต้องเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือได้และไม่ทำให้สำคัญผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการบำบัดรักษานั้น

(8) การโฆษณาที่อ้างอิงผลการศึกษาวิจัยต้องเป็นการศึกษาวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัยตาม มาตรฐานสากล มีเอกสารอ้างอิงเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือได้และไม่ทำให้สำคัญผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการบำบัดรักษานั้น

(9) ข้อความหรือวิธีการในการโฆษณาต้องเป็นไปโดยสุภาพ ไม่แสดงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย หรือขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน

การยื่นคำขออนุญาตโฆษณาสามารถยื่นผ่านระบบ E-register [7] ทุกวัน (ไม่เว้นวันหยุดราชการ) หรือยื่นคำขอด้วยวิธีการส่งไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับ หรือดำเนินการด้วยตนเอง โดยกรณีสถานที่ตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขออนุญาต ณ สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษา และฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ในวันและเวลาราชการ กรณีสถานที่ตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดตั้งอยู่ นอกเขตกรุงเทพมหานคร ให้ยื่น ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในท้องที่นั้น ในกรณีที่คำขอรับใบอนุญาต รวมทั้งข้อมูล เอกสาร และหลักฐานถูกต้องครบถ้วน สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุขจะพิจารณาคำขอรับใบอนุญาตให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับคำขอรับใบอนุญาต และมีหนังสือแจ้งให้ผู้ขออนุญาตทราบภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่พิจารณาเสร็จ ในกรณีที่มีคำสั่งไม่อนุญาต ให้มีหนังสือแจ้งให้ผู้ขออนุญาตทราบภายในเจ็ดวัน นับแต่วันที่มีคำสั่งไม่อนุญาต พร้อมด้วยเหตุผลและสิทธิอุทธรณ์ [5]

ในกรณีที่มีผู้ใดโฆษณาเกี่ยวกับการบำบัดรักษายาเสพติดหรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำการดังกล่าวโดยใช้ชื่อของตน หรือชื่อหรือที่ตั้งหรือกิจการของสถานพยาบาลยาเสพติดของตน หรือคุณวุฒิหรือความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลยาเสพติดของตนโดยไม่ได้รับอนุญาต หรือไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขในการโฆษณาที่กำหนดในกฎกระทรวง อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 122 ต้องระวางโทษตามมาตรา 182 จำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

บทลงโทษของการเปิดสถานพยาบาลและโฆษณาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดโดยไม่ได้รับอนุญาตตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

การดำเนินการด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดถือเป็นภารกิจสำคัญในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและความมั่นคงของประเทศ โดยเฉพาะเมื่อการเปิด “สถานพยาบาล” เพื่อบำบัดหรือฟื้นฟูผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ต้องอยู่ภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งได้กำหนดแนวทางการอนุญาต การควบคุม และบทลงโทษไว้อย่างเป็นระบบดังนี้

1. การเปิดสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต

มาตรา 181 ผู้ใดทำการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นปกติธุระ โดยมิได้กระทำในสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามที่กำหนดในประมวลกฎหมายนี้ ไม่ว่าจะได้รับประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา ๑๒๑ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินสามแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ [3]

บทบัญญัติดังกล่าวสะท้อนถึงหลักการสำคัญของกฎหมายที่มุ่งควบคุมมาตรฐานของสถานบริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในทุกมิติ ทั้งในด้านคุณสมบัติของบุคลากร ความเหมาะสมของสถานที่ การจัดระบบดูแลรักษา ตลอดจนการติดตามและประเมินผลการให้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และปลอดภัยจากการถูกเอารัดเอาเปรียบในทุกรูปแบบ นอกจากนี้มาตราดังกล่าวยังเน้นย้ำว่า บุคคลหรือหน่วยงานใดที่ประสงค์จะให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดต้องดำเนินการภายใต้กรอบของกฎหมายและได้รับอนุญาตอย่างถูกต้อง แม้บุคคลนั้นจะมีเจตนาดี หรือมิได้กระทำเพื่อแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตนหากไม่มีใบอนุญาตตามที่กฎหมายกำหนด ก็ถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย โดยมีบทกำหนดโทษทั้งจำคุกและปรับ เพื่อเป็นมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการให้บริการที่ไร้มาตรฐาน หรืออาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

2. การโฆษณาโดยไม่ได้รับอนุญาต

ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ให้ความสำคัญกับการโฆษณาซึ่งหมายถึง การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติดหรือสถานพยาบาลในลักษณะเชิญชวน ประชาสัมพันธ์ หรือโน้มน้าวให้เข้าใจว่าสามารถบำบัดหรือรักษาได้ผลแน่นอน ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 182 และ มาตรา 183 กำหนดไว้ว่าผู้ใดโฆษณาเกี่ยวกับการบำบัดรักษายาเสพติดหรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำการดังกล่าวโดยใช้ชื่อของตน หรือชื่อหรือที่ตั้งหรือกิจการของสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของตน หรือคุณวุฒิหรือความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของตน โดยไม่ได้รับอนุญาต หรือไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขในการโฆษณาที่กำหนดในกฎกระทรวงอันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 122 และไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของผู้อนุญาตตามมาตรา 123 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ทั้งนี้มาตรา 184 ถ้าการกระทำตามมาตรา 182 หรือ มาตรา 183 เป็นการกระทำของเจ้าของสื่อโฆษณา หรือผู้ประกอบกิจการโฆษณาผู้กระทำต้องระวางโทษเพียงกึ่งหนึ่งของโทษที่บัญญัติไว้สำหรับความผิดนั้น [5]

จากบทบัญญัติข้างต้นจะเห็นได้ว่า ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้ออกแบบระบบการควบคุมสถานพยาบาลและการโฆษณาอย่างรัดกุม เพื่อป้องกันมิให้เกิดการให้บริการที่ไร้มาตรฐานและการเผยแพร่ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การหลอกลวงหรือสร้างความเข้าใจผิดให้แก่สาธารณชนการบังคับใช้บทลงโทษจึงถือเป็นกลไกหนึ่งที่ช่วยยกระดับคุณภาพของระบบการบำบัดรักษายาเสพติดและสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการฃได้อย่างยั่งยืน

สรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย

พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 เจตนารมณ์ต้องการให้สถานพยาบาลยาเสพติดมีคุณภาพมาตรฐานและได้รับการขึ้นทะเบียน กรณีที่เป็นสถานพยาบาลของรัฐ รัฐวิสาหกิจและเอกชน

ที่ได้รับการประกาศให้เป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการบำบัดรักษายาเสพติดอยู่ก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้ถือว่าเป็นสถานพยาบาลยาเสพติดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดมีความต่อเนื่อง และเมื่อสถานพยาบาลขึ้นทะเบียนครบสามปีให้ยื่นขอรับรองคุณภาพต่อกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และให้ขอรับรองคุณภาพทุกสามปี จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญดังนี้

1. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้สถานพยาบาลเอกชนที่มีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีการโฆษณามาขอรับการอนุญาตโฆษณาจากกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะสถานพยาบาลที่มีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดชาวต่างชาติ

2. ควรมีนโยบาย Medical Hub ในการดูแลชาวต่างชาติที่ต้องการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด เนื่องจากประเทศไทยมีความพร้อมทั้งด้านการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจให้เติบโตมากยิ่งขึ้น

3. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ควรจัดประชุมวิชาการด้านบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดนานาชาติ (International Drug Forum) เป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเผยแพร่นวัตกรรมด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดร่วมกับนานาประเทศ

4. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (สำนักงาน ป.ป.ส.) ควรมีการประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมุ่งเน้นผลสำเร็จในมิติของจำนวนผู้ป่วย ที่มีการเสพซ้ำและจำนวนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) นอกเหนือจากอัตราการคงอยู่ในระบบ (Retention rate)

5. เสริมสร้างระบบติดตามและประเมินผลคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติดแบบบูรณาการ ควรกำหนดให้มีการประเมินผลสถานพยาบาลยาเสพติดอย่างรอบด้าน ไม่เพียงแต่ประเมินตามมาตรฐานสถานที่ บุคลากร หรือเวชภัณฑ์เท่านั้น แต่รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการคืนสู่สังคมของผู้ผ่านการบำบัดอย่างเป็นระบบ พร้อมพัฒนาเกณฑ์การวัดผลที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากล เช่น การใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF และการประเมินภาวะเสี่ยงเสพซ้ำ

6. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคประชาสังคมพัฒนาแนวทางบูรณาการงานของสถานพยาบาลยาเสพติดกับเครือข่ายชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาสังคม เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพในสภาพแวดล้อมจริงหลังการรักษา เช่น การจัดตั้งกลุ่มสนับสนุน (Peer Support Group) ในชุมชน เพื่อช่วยลดอัตราการเสพซ้ำและเสริมสร้างการคืนสู่สังคมอย่างยั่งยืน

7. ยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรควรมีการกำหนดให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลยาเสพติดต้องผ่านการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuing Professional Development: CPD) รวมถึงสนับสนุนการเรียนรู้แนวทางการบำบัดแบบใหม่ ๆ เช่น การบำบัดแบบบูรณาการด้านจิตเวช (Integrated Dual Disorder Treatment: IDDT) และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุนการติดตามการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์การจัดตั้งสถานพยาบาล. หน้า 50-54. เล่ม 126 ตอนพิเศษ 51 ง; 8 เมษายน 2552.

2. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. อนุบัญญัติว่าด้วยประกาศและระเบียบคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. Journal of Addiction Research and Academic Sciences 2566;1(1):1-14.

3. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. หน้า 1. เล่มที่ 138 ตอน 73 ก; 8 พฤศจิกายน 2564.

4. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ เงื่อนไขการจัดตั้งและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2565. หน้า 32–39. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 197 ง; 24 สิงหาคม 2565.

5. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานการพิจารณาอนุญาตโฆษณาเกี่ยวกับการบำบัดรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/p7yvynp9k0g4oc4.pdf

6. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่องการควบคุมการโฆษณาสถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. หน้า 9-13. เล่ม 141 ตอนที่ 51 ก; 19 สิงหาคม 2567.

7. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. การขออนุญาตโฆษณาเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก : https://ncmc.moph.go.th/home/index.php/index/newslist/39/0

ผลของการบำบัดผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อสัมพันธภาพของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว

ศศิภา พิมพารักษ์
นักจิตวิทยาคลินิก
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
จังหวัดสมุทรสงคราม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อสัมพันธภาพของครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนและครอบครัวที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ค่าขนาดของอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 โดยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power Version 3.1.9.7 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 ครอบครัว ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้รับการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 16 กิจกรรม สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมการบำบัด 4 กิจกรรม ครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม โดยการประเมินระดับความสัมพันธภาพของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว ก่อนและหลังการเข้าบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนมีคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัว และคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น (p=0.01) และครอบครัวผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนมีคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัวและคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น (p=0.001) โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มการมีสัมพันธภาพและการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการบำบัดยาเสพติด

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของครอบครัว, ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน, โปรแกรมบำบัดยาเสพติด

วันที่รับ 14 กรกฎาคม 2568, วันที่แก้ไข 5 สิงหาคม 2568, วันที่ตอบรับ 13 สิงหาคม 2568

Effect of family involvement in the treatment of amphetamine use disorder patients on family relationships and family functioning.

Sasipha Phimpharak
Clinical Psychologist,
SomdetPhraphutthalertla Hospital,
Samut Songkhram Province.

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of family participation in drug treatment on family relationships and family functioning. The sample group consisted of people with amphetamine use disorder and their families who received drug addiction treatment at Somdet Phraphutthalertla Hospital, Samut Songkhram Province. The effect size value was equal to 0.5 using the ready-made program G* Power Version3.1.9.7, resulting in sample size of 103 families. Participants were selected for the research specifically based on the specified qualifications and received drug treatment with family participation, consisting of 16 activities in total. Family members participated in four weekly sessions over a four-week period, with each session lasting 60 to 90 minutes. The results of the assessment of family relationship level and the assessment of family functioning before and after treatment. The data was analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The results of the study found that those with amphetamine use disorder had increased family relationship scores and family functioning scores after program participation ($p = 0.01$). And families of those with amphetamine use disorder had increased family relationship scores and family functioning scores after participating in the program ($p = 0.001$). Family engagement programs enhance family relationships and functioning, making them an appropriate model for drug addiction treatment.

Keywords: Amphetamine use disorder, Family involvement in the treatment, Drug drug treatment program

Received: 14 July 2025, Revised: 5 August 2025, Accepted: 13 August 2025

บทนำ

ปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน จากสรุปสถานการณ์ปัญหายาเสพติดพื้นที่ภาค 7ปีงบประมาณ 2567 เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2566 พบการแพร่ระบาดยาเสพติดในพื้นที่เพิ่มขึ้น [1] สภาพแวดล้อมโดยรอบจังหวัดสมุทรสงครามเป็นสถานประกอบการมีกิจกรรมทางเศรษฐกิจเกิดขึ้นค่อนข้างมาก ทำให้มีการย้ายถิ่นฐานและเคลื่อนตัวของประชากรต่างถิ่นต่างเชื้อชาติ มีความสำคัญต่อยุทธศาสตร์การค้าโดยใช้เป็นเส้นทางพื้นที่ทางผ่านของยาเสพติด เพื่อรอการส่งมอบให้แก่กลุ่มผู้ค้าระดับต่างๆ กระจายไปในพื้นที่อื่นๆ จากข้อมูลการจับกุมคดียาเสพติดจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (CRIMES) คดีส่วนใหญ่เป็นคดีเสพโดยข้อหาครอบครอง จำหน่าย และผลิตมีแนวโน้มมากขึ้น [2] ซึ่งเป็นไปตามประมวลกฎหมายยาเสพติด 2564 “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” [3] สถิติผู้รับการบำบัดจากฐานข้อมูลยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผู้บำบัดเข้ารับการบำบัดมากที่สุด คือ ยาบ้า (74.8%) สอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดสมุทรสงคราม และผู้ใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ใช้แรงงานหรือผู้มีรายได้น้อย (73.87%) มีเหตุจูงใจเพื่อช่วยให้มีกำลังในการทำงาน และเมื่อหมดแรงจะนำเงินที่ได้จากการทำงานไปซื้อยาเสพติด เพื่อให้มีกำลังในการทำงานต่อไป [4] กลายเป็นวัฏจักรวงจรการใช้ยาของหมู่ผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ ซึ่งอายุที่ใช้ยาเสพติดอยู่ในช่วง 18-39 ปี (91.46%) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงประถมศึกษา (63.87%) ขาดโอกาสเรียนที่เหมาะสมเนื่องจากการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด รวมถึงมีปัญหาการออกจากระบบโรงเรียนก่อนวัยซึ่งเห็นได้ว่าผู้ใช้ยาเสพติดมีอายุน้อยลงและมีปริมาณผู้เสพยาเสพติดมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง [1]

พฤติกรรมการเสพยาเสพติดก่อให้เกิดความสูญเสียกับทั้งจากตัวเอง ครอบครัว และสังคมในวงกว้างแล้วนั้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากยาเสพติด เช่น การทำร้ายร่างกายและทรัพย์สิน การลักทรัพย์ การทำร้ายคนในครอบครัว เป็นต้น เป็นปัจจัยที่ทำให้ครอบครัวไม่ยอมรับผู้ป่วยยาเสพติดและส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดกลับไปใช้ยาเสพติดมากขึ้น เพื่อจะลดและแก้ปัญหายาเสพติดที่ประเทศไทยมีนโยบายเน้นการสมัครใจเข้าบำบัดนั้น การนำครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหายาเสพติดจะช่วยลดและป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำได้อย่างยั่งยืน [5]

โปรแกรมกาย จิต สังคม สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พัฒนาโดยการทบทวนกระบวนการทำงานถอดบทเรียนผ่านผู้ปฏิบัติงานด้านบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในหน่วยงาน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (Tacit Knowledge) นำมาใช้ในการสนับสนุนการตัดสินใจเป็นแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการที่ดียิ่งขึ้นกับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ามารับการบำบัดทุกรายโดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2562 มีการพัฒนาคุณภาพกิจกรรม CQI ปี พ.ศ. 2565 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ หลังเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมกาย จิต สังคม สมเด็จฯ เพิ่มขึ้นและคะแนนภาวะสุขภาพจิตลดลงผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดที่สามารถอยู่ครบจนจบโปรแกรมส่งผลให้มีความเป็นไปได้สูงในการเลิกยาเสพติดและยังพบอีกว่าปัจจัยที่ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ครบกระทั่งจบกระบวนการบำบัดได้นั้น มาจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและคนรอบข้าง [6]

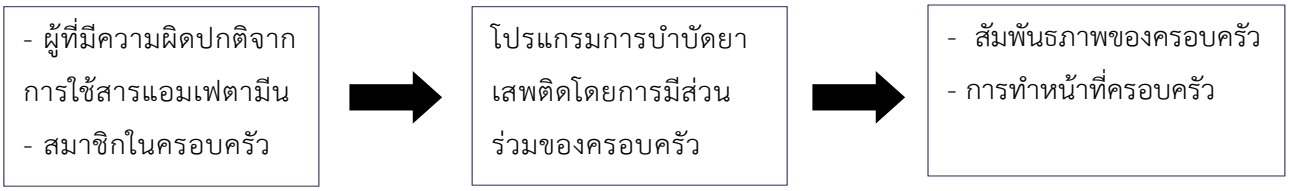
ครอบครัวคือรากฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิตเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีการอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข ทั้งในด้านการอบรมเลี้ยงดู บทบาทหน้าที่ รวมถึงความสัมพันธ์ในครอบครัว การสื่อสาร ความไว้วางใจ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยยาเสพติด เนื่องจากเมื่อสมาชิกภายในครอบครัวมีเหตุต้องยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดสมาชิกที่เหลือในครอบครัวมักเผชิญกับความสิ้นหวังและโทษตัวเองว่าเป็นต้นเหตุของการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติด [7]

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก จากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดของประเทศ:บสต.[8] และรายงานประชุม Knowledge Management: Case Conference พบข้อมูลที่น่าสนใจคือ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาหย่าร้างครอบครัวมีความขัดแย้งสูงส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดขาดผู้อบรมเลี้ยงดู ถูกปล่อย

ปะละเลยตั้งแต่เด็กและผู้เลี้ยงดูหลักมักเป็นเครือญาติ หรือผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับยาเสพติดขาดการสนับสนุนทางสังคมและชุมชน ซึ่งเป็นเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อผู้ป่วยยาเสพติด ในการคงอยู่ครบกระบวนการบำบัดจนจบสอดคล้องกับยอดอัตราผู้ป่วยยาเสพติด Drop Out ปีงบประมาณ 2565 - 2567 พบ ร้อยละ 44.00, 36.96, 37.74 ตามลำดับ นับว่าเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูง [6] ดังนั้นแล้วการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวและในชุมชน เพิ่ม ประสิทธิภาพการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายเกิดแนวทางและโอกาสในการพัฒนาสู่ความเป็นชุมชน เข้มแข็งและยั่งยืนได้ [9]

จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยได้ปรับปรุงโปรแกรมบำบัดยาเสพติดกาย จิต สังคม สมเด็จพระพุทธเลิศหล้าที่ดำเนินการใช้มาตั้งแต่ปี 2562 โดยปรับรูปแบบโปรแกรมให้มีความสอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งโปรแกรมเดิม

กรอบแนวคิดวิจัย



ประยุกต์มาจาก Matrix Program [10] เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติด รูปแบบดังกล่าวมุ่งเน้นปรับเปลี่ยนความคิดเป็นหลัก (Cognitive Model) ประกอบด้วย 1. การฝึกทักษะในการเลิกยาระยะเริ่มต้น 2. การป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ 3. การให้ความรู้แก่ครอบครัว 4. กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน หลังทดลองใช้พบปัญหาคือ ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ครบกระทั่งจบกระบวนการบำบัดได้จากความสัมพันธ์ในครอบครัวและคนรอบข้างที่ไม่ดี ขาดการสนับสนุนในการเข้ารับการบำบัด การแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสมยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมการใช้สารเสพติดได้ต่อเนื่อง

จากการทบทวนงานวิชาการที่เกี่ยวข้องพบว่าการบำบัดรักษายาเสพติดที่จะประสบผลสำเร็จได้นั้นการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว [11-12] การทำหน้าที่ในครอบครัว [13-14] เป็นปัจจัยสำคัญต่อผู้ป่วย เพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดี [15] ผู้วิจัยจึงได้พัฒนากิจกรรมการสนับสนุนจากครอบครัวการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) เน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ แนวคิดและพฤติกรรมกระทั่งเป็นทักษะและพัฒนาเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยเอง [16] เพื่อสร้างเกาะป้องกันพฤติกรรมการกลับไปเสพยาซ้ำ มีแนวโน้มในการพัฒนาสุขภาพจิตไปสู่ระดับที่ดี [17] ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 16 กิจกรรม โดยมีครอบครัวเข้ามาร่วมในการบำบัดด้วย 4 กิจกรรมดำเนินการทดลองใช้ตั้งแต่ปี 2565 ถึงปัจจุบัน ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการบำบัดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนและสมาชิกครอบครัวเปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนและครอบครัวที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด แผนกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าจังหวัดสมุทรสงคราม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนและครอบครัวที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด ด้วยโปรแกรม กาย จิต สังคม สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว จากคลินิกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงครามระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 คัดเลือกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติดังนี้

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนและครอบครัวที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนด ค่า Alpha เท่ากับ .05 และค่า Power ที่ระดับ 0.95 และค่าขนาดของอิทธิพล(Effect size) เท่ากับ 0.5 และนำไปคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power Version 3.1.9.7 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 54 คน แต่เพื่อป้องกันข้อมูลการสูญหายระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่มดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 103 คน ครอบครัว ได้รับการคัดเลือกเข้าการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้

ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน (F15.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

2. ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคจิตเภท

3. ได้เข้าร่วม การบำบัดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 16 ครั้ง

4. ได้รับการประเมินระดับความสัมพันธภาพและแบบวัดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ก่อนและหลังการเข้าบำบัด

กำหนดเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ

1. ข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น เข้าร่วมการบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ย้ายถิ่นฐาน หรือเสียชีวิต

ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ

1. กลุ่มบุคคลที่อยู่ร่วมกันซึ่งอาจมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ บุคคลที่แต่งงานกัน บุตรผู้เป็นทายาท ปู่ย่า ตายาย ผู้มีอุปการะและบุคคลอื่นที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยยาเสพติด เพศชายหรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

2. ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคจิตเภท

3. ได้เข้าร่วม การบำบัดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการบำบัดยาเสพติดตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 4 ครั้ง

4. ได้รับการประเมินระดับความสัมพันธภาพและแบบวัดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ก่อนและหลังการเข้าบำบัด

กำหนดเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ

1. ข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น เข้าร่วมการบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ย้ายถิ่นฐาน หรือเสียชีวิต

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการบำบัดรักษา (demographic data) แบ่งออกเป็นส่วนของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนและแบบเก็บข้อมูลของครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะที่อยู่อาศัย โรคประจำตัวความสัมพันธ์โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กโทรนิกส์ ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยยาเสพติดด้วยรหัสส่วนตัวที่โรงพยาบาลอนุญาติ โดยนำข้อมูลของผู้ป่วยมาใช้เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อ-สกุล หรือข้อมูลที่จะสามารถสืบค้นถึงตัวผู้ป่วยและครอบครัวได้ และการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

2. แบบประเมินระดับสัมพันธภาพของครอบครัว (แบบสั้น) (THAI Family Relationship Evaluation :SF-FRE-Thai) เป็นแบบประเมินของแผนสุขภาวะเด็กเยาวชน และครอบครัว พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสรุปเป็นองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ การให้การช่วยเหลือระหว่างครอบครัว (Family Support) ความขัดแย้งในครอบครัว (Family Conflict) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว (Family Activity) โดยประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อแบบวัด 5 ระดับ โดยกลุ่มที่1 ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4 และ 5 น้อยที่สุด ให้คะแนน 1 น้อย ให้คะแนน 2 ปานกลาง ให้คะแนน 3 มาก ให้คะแนน 4 มากที่สุด ให้คะแนน 5 กลุ่มที่ 2 ได้แก่

ข้อ 2 น้อยที่สุด ให้คะแนน 5 น้อย ให้คะแนน 4 ปานกลาง ให้คะแนน 3 มาก ให้คะแนน 2 มากที่สุด ให้คะแนน 1 การแปลผลคะแนน 18–25 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพครอบครัวในระดับมาก คะแนน 12– 17 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพครอบครัวในระดับปกติ คะแนน 0 – 11 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพครอบครัวในระดับน้อย โดย SF-FRE-Thai มีค่าความเชื่อมั่นค่อนข้างสูง (α = 0.742) [11]

3. แบบวัดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ใช้แบบวัด Chulalongkorn Family Inventory (CFI) ของศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device: FAD) ตามแนวคิดของ McMaster (McMaster Model) ซึ่งเป็นแบบประเมินครอบครัวที่ประกอบด้วยข้อความ 36 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ ตาม McMaster Model of Family Functioning (MMFF) ประกอบด้วย การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทของครอบครัว การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป มีข้อคำถามที่ความหมายบวก จำนวน 24 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 34 และ 35 ข้อความที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ ข้อ 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33 และ 36 โดยมีคำตอบให้เลือก 4 ลักษณะ คือ ตรงมากที่สุดตรงปานกลาง ตรงเล็กน้อย และไม่ตรงเลย การให้คะแนน กลุ่มข้อความทางบวก ตรงมากที่สุด ให้คะแนน 4 ตรงปานกลาง ให้คะแนน 3 ตรงเล็กน้อย ให้คะแนน 2 ไม่ตรงเลย ให้คะแนน 1 กลุ่มคะแนน ข้อความทางลบ ตรงมากที่สุด ให้คะแนน 1 ตรงปานกลาง ให้คะแนน 2 ตรงเล็กน้อย ให้คะแนน 3 ไม่ตรงเลย ให้คะแนน 4 กลุ่มคะแนน การแปลผล คะแนน < 33 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านนั้นไม่ดี คะแนน 33 – 66 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านนั้นปานกลาง คะแนน > 66 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านนั้นดี โดย CFI มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8) [18]

4. โปรแกรมการบำบัดยาเสพติด กาย จิต สังคม สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เดิมประยุกต์มาจาก Matrix Program10 ปรับปรุงโดย การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดยาเสพติดใช้กรอบแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relationship) การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) เพื่อการส่งเสริมให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดประสบความสำเร็จ เป็นเกาะป้องกันพฤติกรรมการกลับไปเสพยาซ้ำ และเป็นฐานในการปรับปรุงโปรแกรมการบำบัดยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพต่อไป ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 16 กิจกรรม โดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้บำบัด จำนวน 4 กิจกรรม ในครั้งที่ 1 8 13 และ 16

ครั้งที่ 1 ตกลงคำยินยอมในการบำบัดและการสนับสนุนจากครอบครัว: (1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด สร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกสารเสพติด (2) ครอบครอบเข้ามามีส่วนร่วมและยอมรับในกระบวนการบำบัด ตระหนักและเห็นความสำคัญ จูงใจและให้กำลังใจผู้ป่วย(3) ผู้ป่วยและครอบครัวใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลการบำบัดร่วมกันกับครอบครัว

ครั้งที่ 2 สาระน่ารู้เกี่ยวกับสารเสพติด : (1) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายและประเภทยาเสพติด รวมถึงสาเหตุของการใช้สารเสพติด (2) เพื่อให้ผู้ป่วยตะหนักถึงผลกระทบของยาเสพติด

ครั้งที่ 3 โรคสมองติดยา : (1) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองติดยาการออกฤทธิ์ของสารเสพติดที่มีผลต่อสมอง (2) ผู้ป่วยทราบถึงเส้นทางของการติดยาเสพติด (3) ผู้ป่วยรู้ถึงผลกระทบของการติดสารเสพติดในแต่ระยะของการใช้ยา

ครั้งที่ 4 เส้นทางสู่การเลิกยา : (1) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการเลิกยา (2) ป่วยทราบถึงการปฏิบัติตัวในการเลิกยาช่วงต่างๆ (3) ผู้ป่วยทราบถึงปัจจัยในการกลับไปเสพยาซ้ำในช่วงต่างๆ

ครั้งที่ 5 สุรา-ยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย: (1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการดื่มสุรา และใช้สารเสพติดชนิดอื่นที่มีผลต่อสมอง (2) ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเลิกสุราและสารเสพติด โดยเด็ดขาด

ครั้งที่ 6 สารกระตุ้น และเพศสัมพันธ์: (1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงสัญญาณ ที่นำไปสู่การกลับไปเสพยาซ้ำ และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสม (2) เปิดโอกาสให้พูดคุยเรื่องสารกระตุ้นต่อเพศสัมพันธ์ในทางที่ถูกต้อง (3) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความฝันการเสพยาว่าเป็นกระบวนการปกติในสมอง

ครั้งที่ 7 สิ่งยึดเหนี่ยวและการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ : (1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีหลักหรือแนวทางในการหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพซ้ำ(2) ผู้ป่วยสามารถจัดการกับสัญญาณอันตรายที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำได้

ครั้งที่ 8 คุณค่าของชีวิต และการฟื้นฟูความสัมพันธ์ : (1) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงเป้าหมายและคุณค่าของการดำเนินชีวิต โดยไม่พึ่งสารเสพติด (2) เพื่อให้ผู้รับการบำบัดและครอบครัวตระหนักรู้ถึงปัญหาการใช้สารเสพติดในอดีตพร้อมทั้งรู้จักให้อภัยและมีแนวทางในการเสริมสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

ครั้งที่ 9 ภาวะอารมณ์ความรู้สึกที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำ : (1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองที่นำไปสู่การกลับไปเสพซ้ำ (2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสำรวจอารมณ์ของตนเองและสามารถแยกแยะอารมณ์ทางบวก และอารมณ์ทางลบพร้อมทั้งหาวิธีการจัดการกับอารมณ์ทางลบได้อย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการหวนกลับไปเสพยาซ้ำ

ครั้งที่ 10 ความสัมพันธ์ของ ความคิดอารมณ์และพฤติกรรม : (1) เพื่อให้ผู้ป่วย เข้าใจรูปแบบวงจรความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิดอารมณ์ และพฤติกรรม (2) ผู้ป่วยระบุได้ถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่ถูกต้องให้เป็นความคิดที่ถูกต้อง

ครั้งที่ 11 การจัดการปัญหาช่วงหยุดพักและตารางกิจกรรม: (1) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับช่วงเวลาที่อยู่ในระหว่างการฟื้นสุขภาพ โดยวางแผนกิจกรรมและสามารถเลือกกิจกรรมมีการจัดการเวลาอย่างเหมาะสมได้ (2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดตารางกิจกรรมและสามารถปฏิบัติได้

ครั้งที่ 12 จงทำตนให้เป็นคนฉลาด: (1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอำนาจของการติดสารเสพติด (2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการปฏิบัติตนให้ห่างไกลจากตัวกระตุ้นต่างๆ

ครั้งที่ 13 การทำหน้าที่ของครอบครัว: (1) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว (2) ผู้ป่วยปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และมุ่งมั่นในการเลิกยาเสพติด (3) การส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว

ครั้งที่ 14 การวางแผนการดำเนินชีวิตและการดูแลตนเอง : (1) เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญการเอาใจใส่ตนเองและหาวิธีเปลี่ยนพฤติกรรมช่วงก่อนใช้ยาเสพติด (2) ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองซึ่งจะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองได้ (3) ผู้ป่วยได้รู้จักการวางแผนและกำหนดความมุ่งหวังอนาคตของตนตามความเป็นไปได้จริงในการเลือกวิถีการดำเนินชีวิต

ครั้งที่ 15 ความรับผิดชอบเรื่องชีวิตประจำวันและการเงิน: (1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองในชีวิตประจำวันและมีการบริหารการเงินอย่างเหมาะสม

ครั้งที่ 16 การคงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและประเมินผลการบำบัดร่วมกันครอบครัว : (1) ผู้บำบัดและครอบครัวประเมินปัจจัยและแนวโน้มการกลับไปเสพยาซ้ำภายหลังการบำบัดรักษาของผู้บำบัดรักษา (2) เพื่อทบทวนการคงอยู่ของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและการสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีจากครอบครัว (3) ครอบเข้าใจและมีแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีแนวโน้มการกลับไปเสพยาซ้ำได้อย่างเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมการบำบัดยาเสพติด กาย จิต สังคม สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านยาเสพติด 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักจิตวิทยาคลินิก มีค่า IOC เท่ากับ 0.95 การดำเนินการจัดกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ครั้งละ 60 - 90 นาที ต่อเนื่องทุกสัปดาห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยผ่านรหัสส่วนตัวผู้วิจัยที่โรงพยาบาลอนุญาต เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติ

ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทำการรวบรวมข้อมูลนำข้อมูลมาใช้เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาตามที่กำหนดไว้ในแบบบันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่มีการระบุชื่อ-สกุล หรือข้อมูลที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้ป่วยและครอบครัวได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics Data Editor Version 26 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และเปรียบเทียบคะแนนระดับสัมพันธภาพของครอบครัว คะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ก่อนและหลังการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ใช้สถิติ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (รหัสโครงการ 009/2567)

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนและครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน จำนวน 103 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20 - 30 ปี (41.7%) เป็นเพศชาย (93.2%) มีสถานภาพสมรส (43.7%) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (48.5%) ผู้ป่วยมีอาชีพรับจ้างทั่วไป (61.2%) รายได้ต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท (48.5%) ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านเดี่ยว (56.3%) และพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (84.4%) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (M=30.7 SD=± 8.1, Max=56, Min=18)	
- ต่ำกว่า 20 ปีz	6 (5.8%)
- 20-30 ปี	43 (41.7%)
- 30-40 ปี	41 (39.8%)
- 40-50 ปี	10 (9.7%)
- 50 ปีขึ้นไป	3 (3%)
เพศ	
- ชาย	96 (93.2%)
- หญิง	7 (6.8%)
สถานภาพทางการสมรส	
- โสด	33 (32.0%)
- สมรส	45 (43.7%)
- หย่า	10 (9.7%)
- แยกกันอยู่	15 (14.6%)
การศึกษา	
- ประถมศึกษา	50 (48.5%)
- มัธยมศึกษาตอนต้น	22 (21.4%)
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16 (15.5%)
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพขั้นสูง	12 (11.7%)
- ปริญญาตรี	-3 (2.9%)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน	จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพ	
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5 (4.8%)
- รับจ้างทั่วไป	63 (61.2%)
- แม่บ้าน/พ่อบ้าน	6 (5.8%)
- พนักงานบริษัท/โรงงงาน	11 (10.7%)
- ว่างงาน	18 (17.5%)
รายได้ต่อเดือน	
- น้อยกว่า 5,000	23 (22.3%)
- 5,000 - 10,000	50 (48.5%)
- 10,001 - 20,000	21 (20.4%)
- 20,001 - 30,000	9 (8.9%)
ลักษณะที่อยู่อาศัย	
- บ้านเดี่ยว	58 (56.3%)
- ตึกแถว	25 (24.4%)
- อพาร์ทเมนท์/หอพัก	14 (13.5%)
- อื่นๆ (เต้นท์คนงาน)	6 (5.8%)
โรคประจำตัว	
- โรคเบาหวาน	3 (2.9%)
- โรคความดันโลหิตสูง	9 (8.7%)
- อื่นๆ (โรคภูมิแพ้)	4 (3.8%)
- ไม่มี	87 (84.4%)

กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน จำนวน 103 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 40-50 ปี (51.5%) เป็นเพศหญิง (76.7%) มีสถานภาพสมรส (40.8%) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (46.6%) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (62.1 %) รายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท (44.7%) ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านเดี่ยว (66%) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (51.4%) และพบว่ามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นมารดา (49.51%) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน

ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (M=45.1 SD=± 7.3, Max=59, Min=27)	
-20-30 ปี	1 (1%)
-30-40 ปี	23 (22.3%)
-40-50 ปี	53 (51.5%)
-50 ปีขึ้นไป	26 (25.2%)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
- ชาย	24 (23.3%)
- หญิง	79 (76.7%)
สถานภาพทางการสมรส	
- โสด	23 (22.3%)
- สมรส	42 (40.8%)
- หย่า	14 (13.6%)
- แยกกันอยู่	24 (23.3%)
การศึกษา	
- ต่ำกว่าประถมศึกษา	10 (9.7%)
- ประถมศึกษา	48 (46.6%)
- มัธยมศึกษาตอนต้น	27 (26.2%)
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8 (7.8%)
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพขั้นสูง	8 (7.8%)
- ปริญญาตรี	2 (1.9%)
อาชีพ	
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	15 (14.6%)
- รับจ้างทั่วไป	64 (62.1%)
- แม่บ้าน/พ่อบ้าน	16 (15.5%)
- พนักงานบริษัท/โรงงงาน	5 (4.9%)
- ว่างงาน	3 (2.9%)
รายได้ต่อเดือน	
- น้อยกว่า 5,000	7 (6.8%)
- 5,000 - 10,000	46 (44.7%)
- 10,001 - 20,000	32 (31%)
- 20,001 - 30,000	18 (17.5%)
ลักษณะที่อยู่อาศัย	
- บ้านเดี่ยว	68 (66%)
- ตึกแถว	15 (14.6%)
- อพาร์ทเมนท์/หอพัก	9 (8.7%)
- อื่นๆ (เต้นท์คนงาน)	11 (10.7%)
โรคประจำตัว	
- โรคเบาหวาน	16 (15.5%)
- โรคความดันโลหิตสูง	31 (30.1%)
- อื่นๆ (โรคภูมิแพ้)	3 (3%)
- ไม่มี	53 (51.4%)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
- บิดา	7 (6.79%)
- มารดา	51 (49.51%)
- เครือญาติ	22 (21.4%)
- คู่สมรส	21 (20.4%)
- เพื่อนบ้าน	2 (1.9%)

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ก่อนและหลังการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัวของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน ก่อนและหลังการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่าหลังการบำบัดผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน มีคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัวเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 268.40 ± 31.62 เป็น 368.60 ± 53.21 ซึ่งสูงกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.016)

ในด้านการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว พบว่าค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 109.95 ± 6.58 เป็น 125.28 ± 7.66 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทครอบครัว การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการทำหน้าที่ทั่วไป มีค่าเฉลี่ยหลังการบำบัดสูงกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

อย่างไรก็ตาม ในด้านการควบคุมพฤติกรรม พบว่าค่าเฉลี่ยหลังการบำบัดลดลงจาก 13.56 ± 1.75 เป็น 12.52 ± 1.47 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ซึ่งแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในทิศทางลดลง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ก่อนและหลังการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว (ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน) (n = 103)

ตัวแปร	ก่อนการบำบัด ค่าเฉลี่ย ± SD	หลังการบำบัด ค่าเฉลี่ย ± SD	p<0.05
สัมพันธภาพของครอบครัว	268.40 ± 31.62	368.60 ± 53.21	0.016*
การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	109.95 ± 6.58	125.28 ± 7.66	0.000*
- การแก้ปัญหา	17.18 ± 2.97	21.81 ± 2.60	0.000*
- การสื่อสาร	14.93 ± 2.99	17.24 ± 2.14	0.000*
- บทบาทของครอบครัว	10.28 ± 1.90	11.47 ± 1.30	0.000*
- การตอบสนองทางอารมณ์	16.09 ± 2.61	17.15 ± 2.98	0.002*
- ความผูกพันทางอารมณ์	15.17 ± 2.88	17.20 ± 2.65	0.000*
- การควบคุมพฤติกรรม	13.56 ± 1.75	12.52 ± 1.47	0.000*
- การทำหน้าที่ทั่วไป	22.74 ± 2.96	27.89 ± 2.18	0.000*

หมายเหตุ: * p<0.05 แสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ก่อนและหลังการบำบัดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า หลังการบำบัด ผู้เข้าร่วมมีคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 365.40 ± 31.62 เป็น 440.00 ± 34.07 ซึ่งสูงกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) ด้านการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว พบว่าค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 83.26 ± 12.63 เป็น 102.50 ± 9.98 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) เมื่อพิจารณาหลายด้านพบว่า ด้านการสื่อสาร บทบาทของครอบครัว การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการทำหน้าที่ทั่วไป มีค่าเฉลี่ยหลังการบำบัดสูงกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) อย่างไรก็ตาม ในด้านการแก้ปัญหา และการควบคุมพฤติกรรมพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.129 และ p=0.240 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ก่อนและหลังการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว (n = 103)

ตัวแปร	ก่อนการบำบัด ค่าเฉลี่ย ± SD	หลังการบำบัด ค่าเฉลี่ย ± SD	p<0.05
สัมพันธภาพของครอบครัว	365.40 ± 31.62	440.00 ± 34.07	0.001*
การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	83.26 ± 12.63	102.50 ± 9.98	0.000*
- การแก้ปัญหา	14.21 ± 2.41	13.74 ± 2.08	0.129
- การสื่อสาร	10.79 ± 2.24	13.58 ± 3.02	0.000*
- บทบาทของครอบครัว	7.67 ± 1.70	10.28 ± 1.90	0.000*
- การตอบสนองทางอารมณ์	12.06 ± 2.60	15.92 ± 2.64	0.000*
- ความผูกพันทางอารมณ์	9.80 ± 2.18	15.17 ± 2.88	0.000*
- การควบคุมพฤติกรรม	8.66 ± 1.57	8.58 ± 1.46	0.240
- การทำหน้าที่ทั่วไป	20.08 ± 4.06	25.23 ± 5.10	0.000*

หมายเหตุ: * p<0.05 แสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ผลของการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลดีต่อสัมพันธภาพในครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว ทั้งนี้เพราะการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดยาเสพติด [16] เป็นปัจจัยสำคัญในการคงอยู่จนจบกระบวนการบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด ส่งเสริมให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดประสบความสำเร็จ เป็นเกาะป้องกันพฤติกรรมการกลับไปเสพยาซ้ำได้ส่งผลในการพัฒนาสุขภาพจิตไปสู่ระดับที่ดี [17] สอดคล้องแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relationship) [11-12] และการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning) [13-14] เพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีนั้นเอง [15] เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย ลดผลกระทบของปัญหายาเสพติด เกิดแนวทางและโอกาสใน

การพัฒนาสู่ความเป็นชุมชน เข้มแข็งและยั่งยืนได้ [5,9] ดังนั้นโปรแกรมการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นแนวทางการบำบัดยาเสพติดเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไรก็ตามจากการวิจัยยังพบว่า ในด้านการควบคุมพฤติกรรมของค่าเฉลี่ยหลังการบำบัดที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในทิศทางลดลงด้านการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยที่สอดคล้องไปกลับครอบนั้น ซึ่งส่งผลต่อการยับยั้งชั่งใจกลับไปเสพซ้ำได้ ส่งผลต่อด้านการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมจากค่าเฉลี่ยที่ลดลงหลังบำบัดในส่วนครอบครัวเช่นกัน สมาชิกในครอบครัวมักเผชิญกับความสิ้นหวังและโทษตัวเองว่าเป็นต้นเหตุของการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดุ [7] เป็นประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาต่อไป เพื่อพัฒนาแนวทางการบำบัดยาเสพติดให้สอดคล้องไปตามประมวลกฎหมายยาเสพติด 2564 “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” [3]

สรุปผลการศึกษา

โปรแกรมการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีประสิทธิผลในการเพิ่มระดับความสัมพันธภาพของครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในหลายด้านยกเว้นในด้านการแก้ปัญหาและการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จัดทำนโยบายระดับจังหวัดเพื่อส่งเสริมการบำบัดยาเสพติดแบบการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมโดยกำหนดนโยบายหรือแนวปฏิบัติ (Guidelines) สนับสนุนให้สถานบำบัดและศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รวมทั้งการบำบัดแบบ CBTxให้นำหลักการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้ในกระบวนการบำบัดอย่างเป็นระบบ [5]

2. สนับสนุนการใช้คู่มือที่พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยชิ้นนี้ เป็นเครื่องมือกลางในการบำบัดทั้งจังหวัดโดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด (ศอ.ปส.จ.) ร่วมกันเผยแพร่ และผลักดันการใช้คู่มือจากการวิจัยนี้เป็นเครื่องมือในการดูแลบำบัดยาเสพติด

3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในจังหวัดในการดำเนินแบบการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเรียนรู้การใช้คู่มือ และฝึกทักษะการทำงานร่วมกับครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลดีต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ

2. ผลงานวิจัยนี้ได้มีพัฒนางานโดยปรับรูปแบบโปรแกรมให้มีความสอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง เพื่อประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการที่ดียิ่งขึ้นกับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ามารับการบำบัดทุกรายทั้งนี้ยังเป็นผลงานที่เหมาะกับประชากรในจังหวัดสมุทรสงครามโดยเฉพาะ

3. การวิจัยยังพบว่าปัญหาความสัมพันธ์เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างมากในการบำบัดยาเสพติด โดยพิจารณาจากคะแนนความสัมพันธภาพของผู้ป่วยและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในส่วนของการแก้ไขปัญหาและการควบคุมพฤติกรรมซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงครามที่ให้ความอนุเคราะห์ และความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงขอขอบคุณผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือมาเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องขอขอบคุณเจ้าของงานวิชาการงานวิจัยทั้งที่ผู้วิจัยได้อ้างอิงถึงตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มิได้กล่าวถึงที่มีส่วนสำคัญในการทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 7 (ส่วนวิเคราะห์ข่าวและเฝ้าระวัง). สรุปสถานการณ์ปัญหายาเสพติดในพื้นที่ภาค 7 ปีงบประมาณ 2567 (เดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567). [ไฟล์ข้อมูล]. สมุทรสาคร: สำนักงาน; 2567.

2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สถิติการจับกุมคดียาเสพติด ระบบCRIMES. [ไฟล์ข้อมูล]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ป.ป.ส.; 2567.

3. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔. เล่มที่ 138 ตอนที่ 73 ก; 8 พฤศจิกายน 2564.

4. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/index/dash.

5. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and x.. (CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/1u3m0cybpj9c4skgk4.pdf

6. โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผลการดำเนินงานกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า(2562 - 2567). สมุทรสงคราม: โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า; 2567.

7. Addiction Center. The Role of Family in Addiction Recovery. [online]. 2021 [Cited 25 March 2021). Available from: https://www.addictioncenter.com/addiction/role-family-addiction-recovery/.

8. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.). [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก:https://antidrug.moph.go.th/report/normal.

9. กฤศ กุลบุตรดี, สยาม ประสานพิมพ์, วิยดา ประสานพิมพ์, พงศ์พิพัฒน์ เหิมฉลาด, พรปวี เปียวัน, เพียงฤทัย เพียงฤทัย และคณะ. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยใช้ยา และสารเสพติดที่ไม่มีโรคจิตร่วม ในเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. 2566;11(2):17-29.

10. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) MATRIX PROGRAM สำหรับผู้ป่วยนอก [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=4807&Itemid=0.

11. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). คู่มือแบบประเมินสัมพันธภาพของครอบครัว [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก:https://happy child.thaihealth.or.th.

12. จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุคนธ์, เกรียงศักดิ์ ซื่อเลื่อม และดุษณี ดำมี. สัมพันธภาพในครอบครัวไทย. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.

13. ปริศนา กาญจนกันทร และสุพรรณี ไชยอำพร. ตัวแบบความสัมพันธ์ในครอบครัวไทยยุคโลกาภิวัตน์. วารสารพัฒนาสังคม. 2562;21(2):164-175.

14. Pourmovahed Z, Yassini Ardekani SM, Mazloomy Mahmoodabad SS, Zareei Mahmoodabadi H. Implementation of the McMaster Model in Family Therapy:

Effects on Family Function in Married Couples. Iran J Psychiatry. 2021;16(1):60-67. doi: 10.18502/ijps.v16i1.5380.

15. สุนทรี ศรีโกไสย, ชฎาพร คาฟู, อนงค์พร ต๊ะคำ, ณัฏฐ์พิมล วงศ์เมือง, อุไรวรรณ วงศ์โปธิ, ภัชณิตรา เกตุกาญจน์กุล และคณะ. ความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวสำหรับใช้ในเยาวชนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2565;67(4):329-341.

16. สำนักบริหารการสาธารณสุข. มาตรฐานศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับกลุ่มผู้เสพยาเสพติด. นนทบุรี: บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง; 2560.

17. ยศวันต์ บริบูรณ์ธนา, ฝนทิพ ชลชัยไพศาล, พัชรพร ศรีหัตถกรรม และนลพรรณ ส่งเสริม. การวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมค่ายสานสัมพันธ์ครอบครัวสำหรับผู้ถูกคุมความประพฤติฐานความผิดคดียาเสพติดและสมาชิกในครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม; 2564.

18. อุมาพร ตรังคสมบัติ. แบบวัดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวใช้แบบวัด Chulalongkorn Family Inventory (CFI). [อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909353

โลกยุคใหม่กับเยื่อใยที่บางเบา (ความเหงา)
World in the Modern Era and the Fragile Threads of Loneliness

โลน่า ปักเกโส
นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง สำนักอนามัย
Lona Pakkeso
Social Worker, Professional Level.,
Health Service Center 19 Wongsawang.,
Health Department.

ในยุคที่เหมือนว่าเราจะเชื่อมโยงกันมากที่สุด แต่กลับเป็นยุคที่คนเหงาที่สุดอย่างที่ไม่เคยมีมาก่อน มันเกิดอะไรขึ้นกับโลกปัจจุบันของเรา ในโลกยุคใหม่ที่มีความโดดเด่นด้วย ระบบการเมืองแบบประชาธิปไตย สถาบันที่ผลิตความรู้อิสระพัฒนาวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์ โดยมีลักษณะเด่น คือ การมุ่งมั่นที่จะก้าวไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง ผ่านแนวคิด ค่านิยม และนวัตกรรมที่พัฒนาอยู่เสมอ เนื่องจากสังคมสมัยใหม่อาจมีขนาดใหญ่ขึ้นทำให้การสื่อสารแบบเผชิญหน้าและความสัมพันธ์ส่วนตัวลดลง ผู้คนเรียนรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ผ่านสื่อมากกว่าการสนทนาแบบตัวต่อตัว ซึ่งก็อาจสูญเสียความรู้สึกเป็นชุมชนที่ใกล้ชิดเหมือนสมัยก่อน

อริสโตเติล (Aristotle เป็นนักปรัชญากรีกโบราณ เคยกล่าวว่า “โดยธรรมชาติแล้ว มนุษย์เป็นสัตว์สังคม” นัยยะของข้อความนี้ คือ การจะเป็นมนุษย์และการใช้ชีวิตนั้น ต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้อื่น หากใครฝ่าฝืนธรรมชาติของมนุษย์ข้อนี้ ก็อาจทำให้ผู้นั้นไม่อาจเติมเต็มความหมายของความเป็นคนอย่างสมบูรณ์ได้ อย่างไรก็ดี ตั้งแต่โบราณ ด้วยเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ สภาพความเป็นอยู่นั้นโหดร้ายมาก มนุษย์มักจะอยู่รวมกันเป็นหมู่เป็นก้อน มนุษย์ที่แยกตัวออกไปอยู่คนเดียวจากชุมชนหรือสังคมที่ตนสังกัดอยู่ อาจส่งผลให้ผู้นั้นได้รับอันตราย เช่น จากสัตว์ร้าย หรืออาจถูกปล้นสะดม เป็นต้นและเมื่อต่อมาสังคมวิวัฒนาการมาถึงยุคที่โลกเข้าสู่ความทันสมัย (Modernity) มนุษย์ได้พัฒนาสิ่งต่างๆ ขึ้นมามากมายเพื่อทำให้ความเป็นอยู่ของมนุษย์สะดวกสบายและมีคุณภาพมากขึ้นกว่าแต่ก่อน อย่างไรก็ดี มีบางสิ่งที่มาพร้อมกับยุคสมัยใหม่ และทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่มีความผิวเผินหรือการติดต่อที่ไม่ลึกซึ้ง เกิดช่องว่างระหว่างกัน ซึ่งมีส่วนชักนำไปสู่การใช้สารเสพติดได้ ต้องยอมรับอย่างหนึ่งว่าเทคโนโลยีที่ทันสมัย สังคมการเมืองที่มีเสถียรภาพ มีอุดมการณ์ในเรื่องของเสรีประชาธิปไตย คือ การทำให้ประชาชนแต่ละคนมีแนวคิดเรื่องปัจเจกนิยม (individualism) มากขึ้น ประชาชนเริ่มตระหนักรู้ถึงการมีสิทธิมีเสียงของตนเอง และเริ่มเชื่อมั่นความสามารถในการกำหนดตัวเองในสังคม หลายรัฐดำเนินนโยบายเชิงสังคม โดยการให้สวัสดิการต่างๆ เช่น การรักษาพยาบาล ที่อยู่อาศัย และงาน สิ่งเหล่านี้ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ดีขึ้นมาก แต่ในทางกลับกันการที่มนุษย์เราสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยการบริการจากรัฐแบบครบวงจรตั้งแต่เกิดจนตายก็อาจทำให้มนุษย์หนึ่งคนสามารถเลือกที่จะอยู่คนเดียวได้ โดยที่ไม่ต้องพึ่งสังคมหรือชุมชน ในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เรามีการพัฒนาในเรื่องโทรเลข โทรศัพท์หรืออินเทอร์เน็ต ทั้งหมดนี้ได้

ส่งผลให้เราสามารถติดต่อสื่อสารกันได้โดยที่ไม่ต้องพบหน้ากัน ส่งผลให้มนุษย์เราตัดขาดออกจากกันได้ง่ายขึ้น การดำเนินชีวิตในยุคที่เจริญทางเทคโนโลยี สิ่งที่เราสัมผัสได้เป็นอย่างแรกคือ ความเปลี่ยนแปลงทางความเป็นอยู่ รูปแบบการดำเนินชีวิต มองย้อนกลับไปในสมัยก่อนการใช้ชีวิตอย่างเรียบง่ายไม่ว่าจะเป็นสังคมเมืองและสังคมชนบท ที่เรามักจะกลับบ้านทำอาหารง่ายๆ รับประทาน หากมีมากก็แบ่งปันเพื่อนบ้าน หันกลับมามองในสังคมเมือง เราก็จะเห็น ความแตกต่างจากที่ผ่านมา นั่นคือรูปแบบการใช้ชีวิตที่เร่งรีบ ความประหยัดมัธยัสถ์ ที่จำเป็นต้องทำเพื่อความอยู่รอดสังคมยุคใหม่บีบคั้นมนุษย์มากขึ้นงานวิจัย Our Epidemic of Loneliness and Isolation ที่จัดทำขึ้นโดยกระทรวงสุขภาพ และบริการมนุษย์สหรัฐฯ สำหรับปี 2023 เป็นการรวบรวมข้อมูลอย่างรอบด้านเกี่ยวกับแง่มุมต่าง ๆ ของความสัมพันธ์ภายในสังคม โดยสิ่งที่ผู้รวบรวมนิยาม ว่าเป็นตัวชี้วัดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้คน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนความสัมพันธ์ที่คนคนหนึ่งมีเท่านั้น แต่ต้องมีความสอดคล้องกับโครงสร้าง (Structure) คือจำนวนและความหลากหลายของกลุ่มคนในสังคมและความถี่ของการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเหล่านั้น เช่น ขนาดครัวเรือน ขนาดของกลุ่มเพื่อน [1-2]

หน้าที่ (Function) คือความสัมพันธ์เหล่านั้นเติมเต็มหน้าที่อะไรบ้าง อาจจะเป็นได้ทั้งการสนับสนุนทางความรู้สึก เป็นการฝึกสอน หรือเป็นการสนับสนุนยามวิกฤต คุณภาพ (Quality) คือปฏิสัมพันธ์ที่นำมาซึ่งผลลัพธ์ในแง่บวกหรือแง่ลบโดยวัดได้จากหลากหลายปัจจัย เช่น ความรู้สึกเติมเต็มในความสัมพันธ์ ความตึงเครียดในความสัมพันธ์ หรือการถูกตัดขาดจากสังคม ซึ่งเทรนด์ในปัจจุบันพบว่า ความเชื่อมต่อทางสังคมโดยรวมกำลังดิ่งลงอย่างรวดเร็วในทศวรรษที่ผ่านมา เราต่างห่างกัน เมื่อเทียบสถิติเกี่ยวกับความเชื่อมต่อทางสังคมตั้งแต่ปี 2003 - 2020 พบการลดลงของการมีปฏิสัมพันธ์ในครัวเรือน และการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวนอกครัวเรือนทั้งการทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้อื่นและการมีส่วนร่วมในสังคมกับเพื่อนฝูงและผู้อื่น รวมไปถึงการแยกตัวจากสังคมที่เพิ่มขึ้นอย่างล้นหลามซึ่งจากการรวบรวมงานวิจัยข้างต้น พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมต่อทางสังคมนั้น มีมากมายหลายระดับ เช่น ปัจจัยในระดับบุคคล ได้แก่ การเป็นโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ความพิการ เพศ สถานะทางสังคม ฯลฯ ปัจจัยในระดับ ความสัมพันธ์ เช่น นิสัยและพฤติกรรมต่อคนรอบข้าง หรือความเห็นอกเห็นใจ ฯลฯ ปัจจัยในระดับชุมชน เช่น การมีหรือไม่มีพื้นที่สาธารณะ สถานศึกษา สถานที่ทำงาน หรือการคมนาคม ปัจจัยในระดับสังคม เช่น บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม การใช้เทคโนโลยี ความไม่เท่าเทียม นโยบายสาธารณะ ฯลฯ เมื่อคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ แล้วก็ไม่แปลกเลยที่จะรู้สึกถึงความสัมพันธ์ที่มันทำให้ดูเหงาเพราะเราอยู่ในประเทศที่ต้องใช้ชีวิตเกินครึ่งอยู่บนถนน บางพื้นที่ไม่สามารถทำให้รู้สึกว่า เราเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนท้องถิ่นและพื้นที่สาธารณะที่อนุญาตให้เราทำกิจกรรมก็มีน้อยแห่ง ระยะห่างที่ทำลายกาย ใจ และชุมชน เราอาจคิดว่าผลกระทบของความเหงาอยู่แค่เพียงที่ใจของบุคคลซึ่งอาจจะจริง เพราะเมื่อเหงา เราก็เศร้าและเสียสุขภาพจิตไปกับความเสี่ยงต่อโรควิตกกังวลหรือโรคซึมเศร้าและสิ่งนี้ก็อาจนำไปสู่การใช้ยาเสพติด อาจเป็นนักเสพหน้าใหม่หรือผู้ใช้ที่เป็นขาประจำ เพราะหาทางออกจากวังวนแห่งความรู้สึกตรงนี้ไม่ได้ ทำให้ผลกระทบไม่ได้เกิดแค่ในระดับจิตใจ แต่มากไปถึงร่างกายและชุมชนได้เลยทีเดียว สังคมยุคใหม่บีบคั้นมนุษย์มากขึ้น จะเค้นเราจนเหลือสิ่งที่เรียกว่า มิตรภาพอยู่มากน้อยแค่ไหน ถ้าดูจากกระบวนการวิวัฒนาการเราจะพบว่ามนุษย์มีวิวัฒนาการกันมาเป็น “สัตว์ฝูง” [1,3]

ด้วยความที่มิตรภาพฝังอยู่ในกลไกทางวิวัฒนาการมนุษย์ส่วนใหญ่จึงมีแนวโน้มจะผูก“สัมพันธ์ทางเพื่อน”

กันตั้งแต่วัยเด็ก พอถึงวัยรุ่น มิตรภาพกลายเป็นเรื่องสำคัญมากขึ้นแต่จะ เกิดการ “แสวงหา”เพื่อนที่สามารถ “ตอบสนอง” ความต้องการของกันและกันได้ เรียกว่า reciprocal friends คือเป็นเพื่อนที่มีคุณลักษณะบางอย่างสอดคล้องต้องกัน เช่น เพื่อนที่ฟังเพลงแบบเดียวกันโดยเพื่อนในวัยรุ่นจะวางอยู่บนฐานทางจริยธรรมแบบเพื่อนบางอย่าง เช่น เพื่อนต้องซื่อสัตย์ต่อกัน ไม่หักหลังกัน “ไว้วางใจกันได้” พอถึงวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงานความหมายของคำว่าเพื่อนก็เปลี่ยนแปลงไปอีกมีสถิติบอกว่า โดยเฉลี่ยมนุษย์เราจะมีเพื่อนมากที่สุดเมื่ออายุราว 25 ปี แล้วจำนวนเพื่อนก็จะค่อยๆ ลดลงเมื่ออายุได้ราว 30 ปี โดย “เพื่อน” ในวัยผู้ใหญ่จะมีความหมายรวมไปถึงสถานภาพในชีวิตด้วย เพื่อนที่คบกันได้ต่อเนื่องยาวนาน มักจะมีฐานะทางเศรษฐกิจพอๆ กัน หรือมีผลประโยชน์ต่างตอบแทนในทางเศรษฐกิจที่มากขึ้นกว่าในวัยรุ่น (ในนามของ “คอนเน็คชั่น”) แต่ “เพื่อนสนิท” มักจะลดจำนวนลง เวลาว่างที่จะใช้สังสรรค์กับเพื่อนจึงน้อยลงกว่าเดิมมากนั่นคือชีวิตของเรา “เปลี่ยน” แบบหน้ามือเป็นหลังมือ ผลลัพธ์ก็คือเรามีเวลาให้ “เพื่อนที่ไม่มีประโยชน์” น้อยลง แต่มี “เพื่อนร่วมงาน” มากขึ้น ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วเพื่อนร่วมงานไม่ใช่คนที่เราจะ “เปิดอก” คุยได้ทุกเรื่อง ยิ่งเพื่อนที่มีผลประโยชน์ต่างตอบแทนด้วยแล้วเราสามารถพูดคุยได้เพียงบางเรื่องเท่านั้น ไม่อย่างนั้นอาจส่งผลลบต่อผลประโยชน์ระหว่างกันได้ เช่นการเปิดเผยความลับทางการค้า เราต้องห่างจากวงเพื่อนสนิท ต่อให้เราอยากรักษามิตรภาพกับเพื่อนเก่าเอาไว้ เราก็ทำได้ยากเย็นขึ้นเพราะสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เราจึง “ให้เวลา” กับเพื่อนได้น้อยลง และสิ่งที่มากับวิถีชีวิตใหม่อีกอย่างก็คือโลกออนไลน์ หลายคนคิดว่าโลกออนไลน์ทำให้เราได้พูดคุยกับเพื่อนฝูงมากขึ้น เพราะจะคุยเมื่อไหร่ก็เพียงคลิกเท่านั้น การพบกันทางออนไลน์ไม่อาจทดแทนการพบหน้าค่าตากันจริงๆ ได้ ที่สำคัญไปกว่านั้นก็คือการเสพติดโซเชียลมีเดียอาจเพิ่มความเหงาด้วยและนอกจากนั้นโซเชียลมีเดียยังอาจ “ขยาย” สิ่งที่เรียกว่า “มิตรริษยา” (friendship jealousy) ได้ด้วย เพราะเรามักโพสต์แต่เรื่องดีๆ หรือการประสบความสำเร็จลงในโซเชียลมีเดียให้เพื่อนเห็น เพื่อนจึงอาจเกิดความรู้สึกหมั่นไส้แกมอิจฉาซึ่งไปบั่นทอนมิตรภาพได้โลกออนไลน์จึงมีผลต่อมิตรภาพในหลายระดับอย่างที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ จึงดูคล้ายกับว่ามนุษย์เรา

แบบเพื่อนบางอย่าง เช่น เพื่อนต้องซื่อสัตย์ต่อกัน ไม่หักหลังกัน “ไว้วางใจกันได้” พอถึงวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงานความหมายของคำว่าเพื่อนก็เปลี่ยนแปลงไปอีกมีสถิติบอกว่า โดยเฉลี่ยมนุษย์เราจะมีเพื่อนมากที่สุดเมื่ออายุราว 25 ปี แล้วจำนวนเพื่อนก็จะค่อยๆ ลดลงเมื่ออายุได้ราว 30 ปี โดย “เพื่อน” ในวัยผู้ใหญ่จะมีความหมายรวมไปถึงสถานภาพในชีวิตด้วย เพื่อนที่คบกันได้ต่อเนื่องยาวนาน มักจะมีฐานะทางเศรษฐกิจพอ ๆ กัน หรือมีผลประโยชน์ต่างตอบแทนในทางเศรษฐกิจที่มากขึ้นกว่าในวัยรุ่น (ในนามของ “คอนเน็คชั่น”) แต่ “เพื่อนสนิท” มักจะลดจำนวนลง เวลาว่างที่จะใช้สังสรรค์กับเพื่อนจึงน้อยลงกว่าเดิมมากนั่นคือชีวิตของเรา “เปลี่ยน” แบบหน้ามือเป็นหลังมือ ผลลัพธ์ก็คือเรามีเวลาให้ “เพื่อนที่ไม่มีประโยชน์” น้อยลง แต่มี “เพื่อนร่วมงาน” มากขึ้น ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วเพื่อนร่วมงานไม่ใช่คนที่เราจะ “เปิดอก” คุยได้ทุกเรื่อง ยิ่งเพื่อนที่มีผลประโยชน์ต่างตอบแทนด้วยแล้วเราสามารถพูดคุยได้เพียงบางเรื่องเท่านั้น ไม่อย่างนั้นอาจส่งผลลบต่อผลประโยชน์ระหว่างกันได้ เช่นการเปิดเผยความลับทางการค้า เราต้องห่างจากวงเพื่อนสนิท ต่อให้เราอยากรักษามิตรภาพกับเพื่อนเก่าเอาไว้ เราก็ทำได้ยากเย็นขึ้นเพราะสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เราจึง “ให้เวลา” กับเพื่อนได้น้อยลง และสิ่งที่มากับวิถีชีวิตใหม่อีกอย่างก็คือโลกออนไลน์ หลายคนคิดว่าโลกออนไลน์ทำให้เราได้พูดคุยกับเพื่อนฝูงมากขึ้น เพราะจะคุยเมื่อไหร่ก็เพียงคลิกเท่านั้น

การพบกันทางออนไลน์ไม่อาจทดแทนการพบหน้าค่าตากันจริงๆ ได้ ที่สำคัญไปกว่านั้นก็คือการเสพติดโซเชียลมีเดียอาจเพิ่มความเหงาด้วยและนอกจากนั้นโซเชียลมีเดียยังอาจ “ขยาย” สิ่งที่เรียกว่า “มิตรริษยา” (friendship jealousy) ได้ด้วย เพราะเรามักโพสต์แต่เรื่องดีๆ หรือการประสบความสำเร็จลงในโซเชียลมีเดียให้เพื่อนเห็น เพื่อนจึงอาจเกิดความรู้สึกหมั่นไส้แกมอิจฉาซึ่งไปบั่นทอนมิตรภาพได้โลกออนไลน์จึงมีผลต่อมิตรภาพในหลายระดับอย่างที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ จึงดูคล้ายกับว่ามนุษย์เรากำลังมีเพื่อนน้อยลงจริงๆ การมีเพื่อนที่ไว้วางใจกันได้สนิทสนมมากพอจะเปิดอกระบายเรื่องต่างๆ ระหว่างกันได้ดูเหมือนจะเป็นเรื่องยากมากขึ้น ชีวิตของเรา เราต่างผ่านผู้คนและสังคมมามากมาย ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนข้างบ้าน เพื่อนร่วมห้องเรียนฯลฯ เมื่อเติบโตขึ้นเส้นทางพาเราเดินไป

ยืนในที่ใหม่ๆ อยู่เสมอ ที่ทางเหล่านั้นมาพร้อมกับสังคมใหม่ ๆ และก้าวเดินนั้นก็มาพร้อมกับการจากลาจากเด็กนักเรียนที่รายล้อมไปด้วยเพื่อนฝูง กลายเป็นนักศึกษาในกลุ่มเพื่อนที่เล็กลง ไปสู่ผู้ใหญ่ผู้โดดเดี่ยวและรู้ตัวว่าโอกาสการสร้างเพื่อนใหม่ของเราน้อยลงเมื่อความรับผิดชอบและโครงสร้างของชีวิตเราเปลี่ยนแปลงไป เราเคยถามตัวเองไหมว่า ขณะที่เรากำลังใช้ชีวิตอยู่ในสังคมเมืองที่แสนจะวุ่นวายมีผู้คนพลุกพล่านรายล้อมรอบตัวเต็มไปหมด แต่เรากลับรู้สึกว่าตัวเองกำลังเหงา ทั้งที่เราไม่ได้อยู่คนเดียว ซึ่งถ้าพูดถึงจิตวิทยาของความเหงา นักสังคมวิทยาที่ชื่อว่า Robert S. Weiss ระบุว่าความเหงาสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ประเภทแรกคือความเหงาทางสังคม เป็นความเหงาที่เกิดจากการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น ขาดการเจอเพื่อน หรือขาดการมีส่วนร่วมกับเครือข่ายทางสังคม กับอีกประเภทคือความเหงาทางอารมณ์ เกิดจากการขาดความผูกพันทางอารมณ์ที่ใกล้ชิด ความเหงาประเภทนี้เกิดขึ้นได้แม้จะมีผู้คนอยู่รอบตัวเรา แต่กลับไม่ช่วยให้ความเหงาลดลงหรือมันอาจทำให้รู้สึกเหงาขึ้นได้อีกเพราะเราไม่ได้ถูกเติมเต็มให้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม [4-5] ความเหงาจึงเกิดขึ้นมาเมื่อระดับของการรับรู้และความต้องการของเราไม่ตรงกัน เราต้องการการเติมเต็มทางความรู้สึกในขณะที่เราก็รับรู้ได้ว่าที่มีอยู่มันไม่เพียงพอที่จะเติมเต็มทั้งที่เรามีการติดต่อทางสังคมกับผู้คนอื่น ๆ มากมายและก็เป็นส่วนหนึ่งในสังคมนั้น ๆ แต่ทำไมเราถึงยังรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวท่ามกลางผู้คนมากมายได้ สิ่งที่น่าสังเกตก็คือ ท่ามกลางผู้คนจำนวนมากเรามีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดกับกลุ่มคนเหล่านั้นมากน้อยแค่ไหนหรือไม่มีเลย! ในอีกมุมหนึ่งเราเป็นคนที่กำลังเฝ้ามองการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้คนเหล่านั้นอยู่หรือไม่ ถ้าใช่ล่ะก็แปลว่าความต้องการทางสังคมของเราไม่ได้ถูกตอบสนอง เราขาดทั้งความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์กับคนเหล่านั้น จึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่จะรู้สึกเหงา จะเห็นได้ว่าการที่เรารู้สึกเหงามีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพของความสัมพันธ์มากกว่าปริมาณของผู้คนที่รายล้อมเราอยู่ ต่อให้คนมากมายแค่ไหน แต่ถ้าไม่เกิดความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ ไม่มีการมีส่วนร่วมเหมือนเราเอาตัวเองเข้าไปนั่งอยู่ท่ามกลางผู้คนเยอะแยะ แต่เข้าไปนั่งอยู่เฉย ๆ โดยที่เราไม่ได้มีความรู้สึก “ใกล้ชิด” ทางความรู้สึกกับใครสักคนในนั้น นั่งมองคนอื่น ๆ เขามีปฏิสัมพันธ์กัน ในขณะที่ก็มีผู้คนที่เดินเฉี่ยวตัวเราไปมาแต่มันไม่มีความอบอุ่นในหัวใจและในอีกกรณีที่ผู้คนสมัยนี้เป็นกันมาก คือการพยายามสร้างความสัมพันธ์ปลอม ๆ ขึ้นมาโดยเน้นที่ปริมาณไม่ใช่คุณภาพ สังเกตได้จากการที่คนเหล่านี้จะดูเหมือนมีเพื่อนมีคนรู้จักเยอะ เป็นคนเฟรนด์ลี่ที่เป็นเพื่อนกับใครก็ได้ แต่เอาเข้าจริงกลับพบว่าตัวเองไม่ได้มีความสัมพันธ์ที่พิเศษกับใครเลย คนมากมายที่รู้จักอาจเป็นแค่แต่เพียงผิวเผิน ไม่มีใครสักคนที่รู้สึกสนิทใจด้วย ความรู้สึกดังกล่าวจะยิ่งชัดเจนขึ้นเมื่อเวลาที่เรามีปัญหา อยากปรึกษาใครสักคน แต่ดันไม่รู้ว่า “จะบอกใครดี” คนมากมายที่รู้จัก ไม่มีใครเลยที่เราจะกล้าโทรหาหรือคุยด้วยได้ ทั้งที่มีข้อมูลสำหรับติดต่อ

ครบทุกช่องทาง รากของความเหงาที่ทรมาน ไม่ได้มาจากการมีเพื่อนน้อย แต่มาจากการขาดความสัมพันธ์คุณภาพต่างหากและความเหงาเป็นสิ่งที่จัดการได้ด้วยการกลับมาใช้เวลาแบบหน้าต่อหน้าสร้างความสัมพันธ์คุณภาพ และการปรับวิถีชีวิตให้สมดุล โดยไม่ว่าจะมีเพื่อนเยอะหรือเพื่อนน้อย แต่หากมีความสัมพันธ์คุณภาพจะไม่ค่อยมีความเจ็บป่วยทางใจ (psychological distress) เท่าไหร่ซึ่งยิ่งมีความเหงาทางอารมณ์ในระดับที่เข้มข้นก็จะมีความเกี่ยวเนื่องกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลโดยตรง ซึ่งล้วนมีผลต่อการใช้สารเสพติด โดยอาจเริ่มต้นที่การดื่มเหล้า เข้าสังคมกลางคืน พบเจอเพื่อนกลุ่มใหม่ตามสถานบันเทิง และมีการใช้ยาเสพติด ในกลุ่มที่ทำให้เคลิ้บเคลิ้ม ผ่อนคลายทั้งนี้เป็นที่น่าสนใจว่าการมีความสัมพันธ์แบบมีสถานภาพ เช่น มีแฟน มีสามีภรรยา มีลูก ที่เจอหน้า กินข้าวด้วยกันบ่อย ๆ ก็ไม่ได้หมายความว่าสิ่งนี้คือความสัมพันธ์คุณภาพ อาจเป็นได้ว่า บุคคลเหล่านี้ก็ยังสามารถเหงาได้อยู่นั่นเป็นเพราะว่าความเหงาที่มีผลต่อใจจริง ๆ มันมาจากการขาดความสัมพันธ์คุณภาพ ขาดการรับฟังขาดบทสนทนาที่ลึกพอจะทำให้รู้สึกเข้าใจกันและกันต่างหาก ความเหงาเป็นสิ่งที่จัดการได้ ด้วยการกลับมาใช้เวลาแบบหน้าต่อหน้า สร้างความสัมพันธ์คุณภาพ และการปรับวิถีชีวิตให้สมดุล เราทุกคนล้วนต้องการใครสักคนที่อยู่เคียงข้างเราไม่ว่าในยามสุขหรือทุกข์ ให้การสนับสนุนเชิงอารมณ์และอยู่ตรงนั้นในยามที่เราต้องการ แต่ทว่า ในยุคสมัยใหม่ที่เทคโนโลยีมีบทบาทมากขึ้น และเราก็หันไปพูดคุยกับคนผ่านหน้าจอมือถือกันมากขึ้น จนได้คำเรียกแบบเหยียดๆ บรรยายลักษณะสังคมยุคนี้ว่า “สังคมก้มหน้า” เพราะว่าเราคุยกันแบบหน้าต่อหน้าน้อยลงไปมากในระยะสิบปีที่ผ่านมา ซึ่งมันมีผลต่อสภาพจิตใจส่งผลให้เราไม่ค่อยได้พัฒนาทักษะการพูดคุยแบบหน้าต่อหน้ากันซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการสร้างคุณภาพในความสัมพันธ์และยังเป็นเครื่องฝึกฝนให้เรารู้จักการรักษาระดับการ “พูด” และ “ฟัง” ในระดับที่เท่าเทียมระหว่างคู่สนทนาอีกด้วยดังนั้น เมื่อกลับมาพิจารณาบริบทความสัมพันธ์มันจึงยากกว่าในอดีตที่จะพัฒนาความสัมพันธ์สู่ระดับที่ไว้ใจกัน ซึ่งต้องใช้การสื่อสารอย่างเปิดใจ การรับฟัง ทั้งนี้สิ่งเหล่านี้สามารถริเริ่มได้ด้วยการหันมาใช้เวลาแบบต่อหน้า (face to face) กับคนรอบข้างมากขึ้น อาจจะเริ่มง่ายๆ ด้วยการกันเวลาส่วนหนึ่งออกมา

จากการใช้โซเชียลมีเดีย มาพูดคุยกันแบบต่อหน้ามากขึ้น หากิจกรรมที่ทำให้ได้อยู่ด้วยกัน เช่น ออกไปเดินเล่น ทำอาหาร ไปเล่นกีฬา ไปเที่ยว ฯลฯ พูดคุยกันด้วยเรื่องของความรู้สึกของกันและกันมากขึ้น หรือ แม้แต่ ไม่ต้องทำอะไร แค่อยู่เงียบๆ ด้วยกันสำหรับบางคนก็เป็นช่วงเวลาที่มีความหมาย โรคระบาดแห่งความเหงานี้ เป็นภัยที่มีผลในแง่ร้ายกว่าที่คิด แล้วเราจะทำอย่างไร ถ้าพื้นดินที่เรายืน บังคับให้เราเหงา? เราอาจใช้วิธีการเหล่านี้ในการเข้าใจตนเอง พร้อมจะเป็นเพื่อนกับตนเอง โดยที่ไม่หันไปใช้ยาเสพติดในการแก้ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์

1. การใช้เวลาพูดคุยต่อหน้า (face to face) นอกจากการเข้าสังคมผ่านโลก Social Media เราควรกันเวลาส่วนหนึ่งมาใช้กับการพบปะผู้คน และใช้เวลาคุณภาพด้วยกัน ซึ่งผู้ที่ใช้เวลากับคนมีระดับความเหงาน้อยกว่าคนที่ใช้เวลาติดต่อคนผ่านหน้าจอมือถืออย่างเดียว

2. การนอนอย่างเพียงพอ การนอนอย่างเพียงพอมีความสำคัญต่ออารมณ์ของเรามาก การนอนไม่พอหรือนอนไม่กี่ชั่วโมง ส่งผลให้มีอารมณ์โมโห หงุดหงิด และไม่อยากเข้าสังคมได้

3. เวลากับครอบครัว (ที่ไม่มาก ไม่น้อยจนเกินไป) จากงานวิจัยพบว่า “ความสมดุลย์” ในการให้เวลากับส่วนต่างๆ ในชีวิต รวมถึงการมีเวลาให้กับ“ตัวเอง” เป็นหัวใจหลักของการคลายความรู้สึกเหงา บางคนอาจจะเข้าใจว่า การมีผู้คนคอยสนับสนุนอยู่รอบตัว โดยเฉพาะคนในครอบครัว อาจช่วยคลายเหงาได้จึงให้

เวลากับครอบครัวมากเป็นพิเศษและอาจละเลยส่วนอื่นๆ ของชีวิต อย่างการเข้าสังคม การอยู่กับตัวเอง ซึ่งผู้ที่ใช้เวลากับครอบครัวมากเกินพอดี มีค่าคะแนนความรู้สึกเหงาพอๆ กับคนที่รู้สึกไม่เข้ากับใครเลยทีเดียวดังนั้น ความสมดุลของส่วนต่างๆ ในชีวิตจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ เพื่อให้มีเวลากับส่วนต่างๆ ในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

4. การออกกำลังกาย – แน่นอนว่าร่างกายที่ดี ย่อมส่งผลต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ และการแสดงออกของเราในเชิงบวก

5. การทำงาน คนที่ทำงานในปริมาณที่เหมาะสมเป็นกลุ่มคนที่มีการรายงานความเหงาน้อยที่สุดในขณะที่ผู้ที่ทำงานหนักกว่าที่ตัวเองต้องการมีอารมณ์เหงารองลงมา และเป็นที่น่าสนใจมากว่า ผู้ที่ทำงานน้อยกว่าที่ตัวเองต้องการมีคะแนนความเหงาสูงที่สุด ดังนั้น การที่เราว่าง ไม่ได้แปลว่าเราจะมีแรงบันดาลใจหรือความต้องการที่จะไปคุยกับคนอื่นเสมอไปการบาลานซ์ ชีวิตให้พอเหมาะต่างหากที่จะช่วยเพิ่มความสุขให้กับเราได้ [3]

จากเนื้อหาที่กล่าวมา เราจะเห็นได้ว่าสถานการณ์ในสังคมยุคใหม่ อาจส่งผลให้ เกิดช่องว่างของความสัมพันธ์หรือความเชื่อมโยงที่ไม่แน่นแฟ้น กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง หรือชุมชน จนทำให้รู้สึกเหงาและหวังหาความสุขจากการใช้ยาเสพติดเป็นทางออก ปัญหาที่เราพบเห็นได้อย่างชัดเจน ในเรื่องนี้คือ วิกฤตการณ์ คนไร้บ้าน (Homeless) ในประเทศสหรัฐอเมริกา เราจะเห็นว่าผู้คนเหล่านั้น ใช้ยาที่ชื่อแฟนทานิล (Fentanyl) ซึ่งถือเป็นยาเสพติดที่อันตรายและมีราคาถูกสามารถเข้าถึงยาได้ง่ายมากพวกเค้าเหล่านั้นใช้ยาทั้งที่รู้ถึงโทษและพิษภัยของมันนั่นเป็นเพราะชีวิตที่มองไม่เห็นอนาคต มองไม่เห็นความหวัง มีแต่ความเศร้าที่เกาะกินหัวใจ หลายคนอาจมีความหลังที่เจ็บปวดในชีวิตที่ผ่านมา เช่น อาจถูกกระทำความรุนแรง หรือโดนให้ออกจากงาน เราเคยตั้งคำถามกับตนเองไหมว่าทำไมปัญหายาเสพติดยังคงมีอยู่ และจะยังคงมีอยู่ต่อไป ซึ่งการใช้ก็คงเพื่อหลีกหนีจากปัญหาทางอารมณ์ เช่น ความเครียด ซึมเศร้า ความโดดเดี่ยว ความรู้สึกไม่มั่นคงกับชีวิต ยาเสพติดอาจเป็นเพียงสิ่งเดียวที่เติมเต็มให้ชีวิตเค้าอยู่ได้ และให้เขาไม่ต้องรับรู้ถึงความเป็นจริงที่เจ็บปวด เราในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนในการแก้ปัญหายาเสพติดน่าจะได้มีการตั้งคำถามว่าปัญหาชีวิตที่ชักนำให้คนใช้ยาเสพติดเหล่านี้ จะได้รับการเยียวยาแก้ไขในเชิงนโยบายที่จริงจังมากกว่าที่เป็นอยู่ได้อย่างไร เช่นแก้ไขความเหลื่อมล้ำทางสังคม สร้างงานสร้างอาชีพที่มั่นคง สร้างคุณภาพประชากรในประเทศให้มีภูมิคุ้มกัน และรู้จักวิธีแก้ปัญหาโดยไม่พึ่งพายาเสพติด อีกทั้งควรให้สวัสดิการขั้นพื้นฐานด้วยเช่นกันเพื่อทำให้การแพร่กระจายของปัญหายาเสพติดได้ลดความรุนแรงลงบ้าง [6]

เอกสารอ้างอิง

1. Aristotle. Politics. Translated by Benjamin Jowett. Oxford (UK): Clarendon Press; 1885. Book I, Chapter 2.

2. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the U.S. Surgeon General. Our epidemic of loneliness and isolation: The U.S. Surgeon General's advisory on the healing effects of social connection and community. [Internet] 2023. [cited 15 August 2025]. Available from: https://www.hhs.gov-/sites/default/files/surgeon-general-social-connection-advisory.pdf

3. ธนัชพร ภูติยานันท์. ท่ามกลางผู้คนมากมาย ทำไมกลับเหงาได้ขนาดนี้?. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2568] เข้าถึงได้จาก: https://thepotential.org/life/loneliness-crisis/

4. ปิยาพัชร นนทะสี. ทฤษฎีแห่งความเหงา สภาวะทางอารมณ์ของมนุษย์ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยง. [อินเทอร์เน็ต] 2566. [เข้าถึงเมื่อ 22 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://themomentum.co/wisdom-loneliness/?utm_source=chatgpt.com

5. ณัฐรดา อยู่ศิริ, สุพิชฌาย์ นันทภานนท์ และหทัยพร พีระชัยรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดเผยตนเองความเหงาและการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต [โครงการวิชาการวิทยาศาสตรบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 26 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://doi.org/10.58837/CHULA.SP.2014.43

6. ศูนย์บำบัดยาเสพติดเอกชน ภูฟ้าเรสท์โฮม. รู้จัก "แฟนทานิล" สารสุดอันตรายใน "ยาซอมบี้". [อินเทอร์เนต]. 2568[เข้าถึงเมื่อ 24 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก : htps:wwwphufaresthome.com/blog/fentanyl-zombie-drug/

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8

ปาริชาติ ขุนศรี, ชนินทร์ วะสีนนท์,
จิตติ กิตติเลิศไพศาล, พิศดาร แสนชาติ
คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ มีประชากรคือผู้ปฏิบัติงานในคลินิกยาเสพติดของโรงพยาบาล 88 แห่ง เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 จำนวน 176 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน่ได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ จำนวน 122 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่มีตัวแปร 5 ตัวแปร ได้แก่ การบริหารงบประมาณ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ วัฒนธรรมองค์กร และการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ประกอบด้วย การบริหารงบประมาณ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ วัฒนธรรมองค์กร และการบริหารทรัพยากรมนุษย์ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ประสิทธิผลได้ร้อยละ 91.70 (R^2= .917)

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีอิทธิพล, ระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ

วันที่รับ: 18 กรกฎาคม 2568, วันที่แก้ไข: 21 สิงหาคม 2568, วันที่ตอบรับ: 28 สิงหาคม 2568

Factors Influencing the Effectiveness of the Voluntary Drug Addiction Rehabilitation System in Hospitals under the Ministry of Public Health in Health Region 8.

Parichat Khunsri, Chanin Wasrinon,
Jitti Kittilertdpaisan, Pissadarn Saenchat
Faculty of Management, Sakon Nakhon Rajabhat University

Abstract

This study aimed to examine factors influencing the effectiveness of the voluntary drug rehabilitation system for drug addicts in hospitals under the Ministry of Public Health in Health Service Area 8. The study was quantitative and included 176 drug clinic workers in 88 hospitals under the Ministry of Public Health in Health Service Area 8. The sample size was calculated using the Yamane formula and stratified random sampling, with a sample size of 122. The instrument used was a questionnaire with five variables: budget management, network participation, information technology management, organizational culture, and human resource management. The statistical methods used were frequency, percentage, mean, and standard deviation, confirmatory factor analysis, correlation coefficient, and multiple regression analysis.

The study revealed these results: These factors significantly influenced the effectiveness of the voluntary treatment and rehabilitation system for drug addiction of the hospitals in the Health Region 8 at the .01 statistical level: budget management, network participation, information technology management, organizational culture, and human resources management. Altogether, they could be used to correctly predict the effectiveness of the voluntary treatment and rehabilitation system for drug addiction of the hospitals in the Health Region 8, 91.70% (R^2=.917).

Keywords: Influencing factors, voluntary drug rehabilitation system

Received: 18 July 2025, Revised: 21 August 2025, Accepted: 28 August 2025

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคง เศรษฐกิจ และสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งเป็นกำลังในการพัฒนาประเทศ รัฐบาลไทยได้กำหนดให้การแก้ไขปัญหาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ โดยมุ่งเน้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2562-2565 ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยเน้นการบำบัดแบบสมัครใจ (Voluntary Treatment) อันเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดให้เลิกใช้ยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน [1] ซึ่งให้ความสำคัญกับการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับประชาชนในการแก้ไขปัญหาปรับมุมมองผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดคือ **“ผู้ป่วย”** ที่ต้องได้รับการรักษา ให้กลับมาเป็นคนดีของสังคม พร้อมทั้งมีกลไกติดตามช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำมาตรฐานการบำบัดทุกรูปแบบให้มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานเดียวกันให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการการบำบัด ฟื้นฟูและการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด [2] เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการจะเลิกเสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูโดยสมัครใจ จึงเรียกว่า “การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ” [3] เป็นระบบที่ผู้เสพผู้ติดยาและเสพติดตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลด้วยตัวเอง ไม่มีการควบคุมตัวหรือไม่มีการบังคับให้เข้ารับการบำบัด จึงไม่มีการกระทบสิทธิเสรีภาพของบุคคล และให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพดีกว่าระบบอื่นๆ โดยสามารถรับบริการในสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนได้ทั้งแบบเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก [4] ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ อุดรธานี หนองคาย หนองบัวลำภู เลย บึงกาฬ สกลนคร และนครพนมนับเป็นเขตสุขภาพเดียวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย มีจำนวนผู้เสพยาเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในเขตสุขภาพที่ 8 จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.3 ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด [5] ดังจะเห็นได้จากในปี 2565 – 2567 มีผู้มารับการบำบัดฟื้นฟูในระบบสมัครใจ จำนวน 11,922, 17,252 และ 21,991 ราย ตามลำดับ [2] ในขณะที่ยังมีผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตามหลังการรักษามากถึงร้อยละ 47.88 [6] ทั้งนี้การประเมินประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจของโรงพยาบาลจะมีตัวชี้วัด คือ ร้อยละของการคัดกรอง ร้อยละของการบำบัดด้วยยาร้อยละของการฟื้นฟูสมรรถภาพ และร้อยละของการติดตามหลังการรักษา [2] ซึ่งการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจในเขตสุขภาพที่ 8 ยังประสบปัญหาหลายประการ เช่นอัตราการกลับไปเสพซ้ำค่อนข้างสูง (ร้อยละ 38.7) การขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การขาดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยภายหลังการบำบัด และข้อจำกัดด้านงบประมาณ [6] เป็นต้น โดยปัญหาเหล่านี้ได้ส่งผลกระทบในทางลบต่อประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ในทางตรงข้าม ถ้าหากทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจในเขตสุขภาพที่ 8 แล้ว จะสามารถนำมาใช้วางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดให้ดีขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตามที่ผ่านมายังไม่มีการวิจัยค้นหาปัจจัยดังกล่าวอย่างชัดเจน

ทั้งนี้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจของโรงพยาบาล ได้แก่ประการแรก คือ การบริหารทรัพยากร

มนุษย์ [7-8] มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ โดยโรงพยาบาลต้องมีบุคลากรที่เพียงพอและมีความรู้ความชำนาญด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดสามารถดำเนินงานในกระบวนการค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟูการติดตามหลังบำบัดฟื้นฟู และลดอันตรายจากยาเสพติดได้ [9] ประการต่อมา คือ การบริหารงบประมาณ [10-11] ซึ่งต้องจัดให้มีงบประมาณบูรณาการด้านยาเสพติดโดยเฉพาะและเป็นระบบการบริหารงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์ [9] ประการที่สาม คือ วัฒนธรรมองค์กร [12-13] โดยในการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดควรมีรูปแบบการบำบัดรักษาที่มีความหลากหลาย มีความยืดหยุ่น เข้าถึงง่าย และแบ่งประเภทของผู้บำบัดรักษาอย่างชัดเจน รวมถึงมีโครงสร้างหน่วยงานรับผิดชอบในระดับบริหารและปฏิบัติการพื้นที่ที่เอื้อต่อการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด [9] ประการที่สี่ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย [14-15] โดยควรมีการทำงานเป็นทีมอย่างครบถ้วนทั้งทีมทางการแพทย์ ทีมทางสังคม และทีมทางกฎหมาย มีการบำบัดรักษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับอายุ เพศ เชื้อชาติ และวัฒนธรรมของผู้เสพยาเสพติด มีการกำกับดูแลการบริหารงานการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระดับนโยบายหลักของภาครัฐระดับปฏิบัติการและระดับชุมชนท้องถิ่น มีความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทำงานไปในทิศทางเดียวกัน และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดรักษาในทุกระยะ [16-17] และประการสุดท้ายคือการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ [18-19] โดยใช้ระบบฐานข้อมูลยาเสพติดของประเทศไทย [9]

ดังนั้น เพื่อจะได้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจดังกล่าวอย่างชัดเจนจึงได้มีการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของ โรงพยาบาลสกลนครและมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครและโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8 ขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ การบริหารงบประมาณ วัฒนธรรมองค์กร การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ และประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8

สมมติฐานงานวิจัย

H1 : การบริหารทรัพยากรมนุษย์ มีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิผลของระบบบำบัดฟื้นฟู

H2 : การบริหารงบประมาณ มีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิผลของระบบบำบัดฟื้นฟู

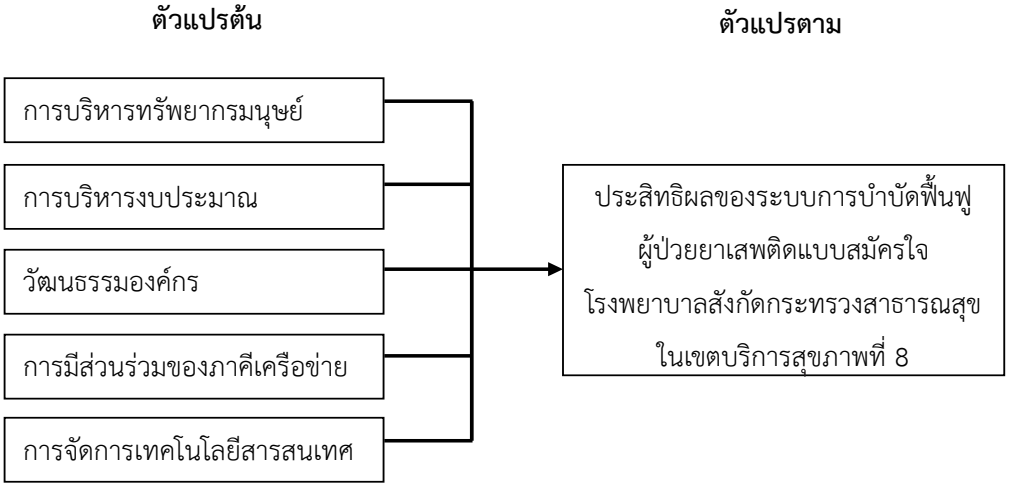
H3 : วัฒนธรรมองค์กร มีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิผลของระบบบำบัดฟื้นฟู

H4 : การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิผลของระบบบำบัดฟื้นฟู

H5 : การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ มีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิผลของระบบบำบัดฟื้นฟู

กรอบแนวคิด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย การบริหารทรัพยากรมนุษย์ การบริหารงบประมาณ วัฒนธรรมองค์กร การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศส่งผลต่อประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ตอบแบบสอบถามทาง Google Form ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารงานและการปฏิบัติงาน ด้านยาเสพติดในโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และขึ้นทะเบียนตามพรบ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เขตสุขภาพที่ 8 ทั้งหมด 7 จังหวัด จาก 88 โรงพยาบาล ประกอบด้วย หัวหน้างานยาเสพติด และผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด จำนวน 176 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกยาเสพติดของโรงพยาบาล 88 แห่งในเขตสุขภาพ ที่ 8 ทั้งหมด 7 จังหวัด เกณฑ์ในการคัดเข้าคัดออกหัวหน้างานยาเสพติด ได้ตัวอย่างจำนวน 122 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรทาโร่ยามาเน่ [20-21] ซึ่งเป็นสูตรใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับประชากรที่มีระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์และความคลาดเคลื่อนกลุ่มตัวอย่าง 5 เปอร์เซ็นต์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (questionnaire) ทั้งปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลสภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (คำถามเลือกตอบ)

ตอนที่ 2 ข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ได้แก่ การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ วัดด้วยจำนวนข้อ 4 ข้อ วัฒนธรรมองค์กรวัดด้วยจำนวนข้อ 4 ข้อ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ วัดด้วยจำนวนข้อ 3 ข้อ การบริหารงบประมาณ วัดด้วยจำนวนข้อ 4 ข้อ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย วัดด้วยจำนวนข้อ 5 ข้อ ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมแบบสอบถามได้ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การประเมินความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ด้วยการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.8

2.2 การประเมินความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ปฏิบัติงานบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด

แบบสมัครใจของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 30 ชุด แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach [22] เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเป็นรายข้อได้ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.378 - 0.859และค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ .940

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครถึงโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8 และส่งแบบสอบถามที่ปรับเป็น Google form แล้วพร้อมข้อความชี้แจงรายละเอียดของการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างผ่านช่องทางออนไลน์ 2 ช่องทาง ได้แก่ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (email) และ Line

2. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแพลตฟอร์ม Google form ซึ่งการเก็บข้อมูลออนไลน์นี้ จะมีการแจ้งเตือนทุกครั้งเมื่อมีผู้ตอบแบบสอบถามเสร็จและส่งกลับคืน ซึ่งผู้วิจัยจะสามารถตรวจสอบความถูกต้องของการตอบแบบสอบถามได้ทันที

3. ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการเก็บข้อมูลออนไลน์ โดยมีการควบคุมในระหว่างเก็บข้อมูลใช้เครื่องมือยืนยันตัวตนเพื่อป้องกันการตอบซ้ำ กำหนดระยะเวลาที่เหมาะสม เปิดเผยข้อจำกัดและความเอนเอียงที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการวิจัยอย่างตรงไปตรงมา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เช่น Multicollinearity เกิดขึ้นเมื่อตัวแปรอิสระในแบบจำลองการถดถอยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกันอย่างมาก ซึ่งทำให้การประมาณค่าสัมประสิทธิ์ (coefficient) ของแต่ละตัวแปรไม่แม่นยำและมีความผันผวนสูง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เลขที่เอกสารรับรอง COA NO. 008/2567 IEC NO. HE 66–121 ลงวันที่ 17 มกราคม 2567

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 122 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.3) ช่วงอายุ 42-51 ปี (ร้อยละ 38.5) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 77.9) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 72.1) มีประสบการณ์การทำงานด้านยาเสพติด 1 - 5 ปี (ร้อยละ 74.6) เคยผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูด้านยาเสพติด (ร้อยละ 85.2) และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ร้อยละ 47.5)

1. สรุปภาพรวมผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ

ปัจจัย	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ	3.89	.464	มาก
วัฒนธรรมองค์กร	3.95	.592	มาก
การบริหารทรัพยากรมนุษย์	4.04	.689	มาก
การบริหารงบประมาณ	4.14	.551	มาก
การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	4.04	.657	มาก

จากตาราง 1 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ทุกปัจจัยจัดอยู่ในระดับ เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยสูงสุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ คือ การบริหารงบประมาณ ($\overline{X}$ =4.11 การบริหารทรัพยากรมนุษย์ ($\overline{X}$ =4.04) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ($\overline{X}$ =4.04) วัฒนธรรมองค์การ ($\overline{X}$ =3.95) และ การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ ($\overline{X}$ =3.89) ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8

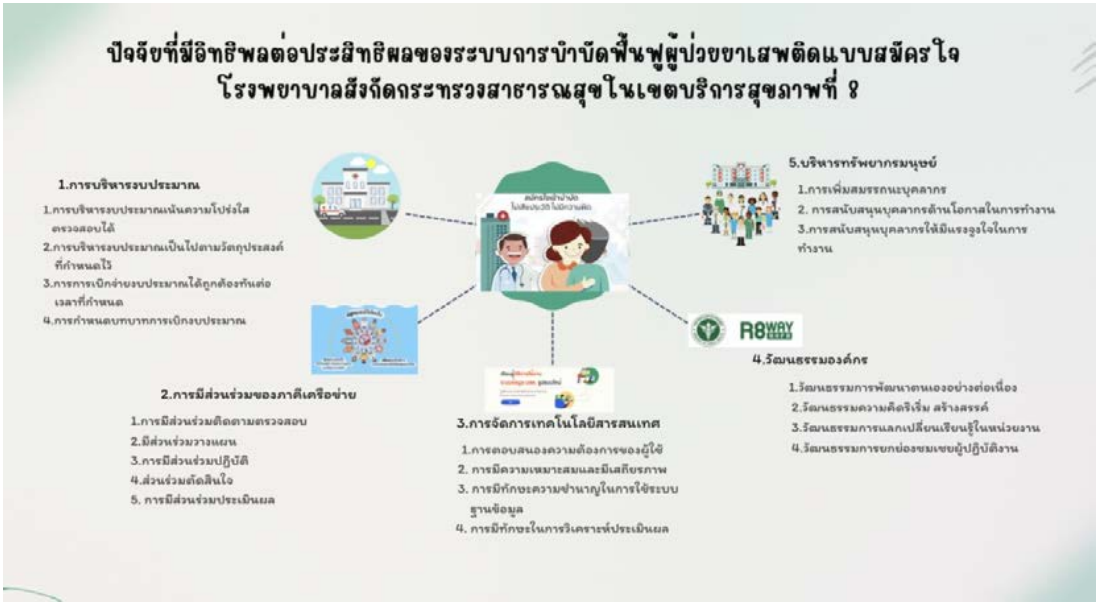
Independent Variables	Std. Error	β	t	Sig.
(Constant)	.027		.000	1.000
การบริหารทรัพยากรมนุษย์	.042	.134	3.188	.002*
การบริหารงบประมาณ	.033	.428	13.068	.000*
วัฒนธรรมองค์กร	.041	.140	3.455	.001*
การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	.033	.364	11.086	.000*
การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ	.033	.196	5.987	.000*
R=.958, R^2=.917, R^{2Adj}=.913, F-Value = 256.247				

Dependent Variable: the Effectiveness of the Voluntary Drug Addiction Rehabilitation System of hospitals in Health Region 8 (EVDARS) * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ทุกปัจจัยมีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถร่วมกันทำนายประสิทธิภาพระบบฯ ได้ร้อยละ 91.70 (R^2=.917) มีค่าความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์อยู่ที่ ± .027 และค่า Standardized Coefficients (β) เรียงลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ การบริหารงบประมาณ (β=.428), การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (β=.364), การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ (β=.196), วัฒนธรรมองค์กร (β=0.140), และ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (β=.134) ตามลำดับ สามารถสร้างสมการถดถอยได้ดังนี้

EVDARS = 0.027 + 0.428 (BM) + 0.364 (PP) + 0.196 (ITM) + 0.140 (OC) + 0.134 (HRM)

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 นี้ แสดงได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ปัจจัยที่อิทธิพลต่อประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูฯ

สรุปผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาระดับของการบริหารงบประมาณ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย วัฒนธรรมองค์กร การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ และประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8

1.1 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการการบริหารงบประมาณ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย วัฒนธรรมองค์กร การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ การบริหารทรัพยากรมนุษย์และประสิทธิผลของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 มีดังนี้

1.1.1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการบริหารงบประมาณในระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่า ภาพรวมของการบริหารงบประมาณจัดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.14) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้านพบว่า การบริหารงบประมาณเน้นความโปร่งใสตรวจสอบได้ ($\bar{X}$ =4.26) จัดอยู่ในระดับมากที่สุดส่วนองค์ประกอบอื่นจัดอยู่ในระดับมากเรียงลำดับองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ การบริหารงบประมาณเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ($\bar{X}$ =4.20) การเบิกจ่ายงบประมาณได้ถูกต้องทันต่อเวลาที่กำหนด ($\bar{X}$ =4.14) และการกำหนดบทบาทการเบิกงบประมาณ ($\bar{X}$=3.99)

1.1.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่า ภาพรวมของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจัดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.04) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้านพบว่าจัดอยู่ในระดับมากทุกองค์ประกอบ เรียงลำดับองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมติดตามตรวจสอบ ($\bar{X}$ =4.11) การมีส่วนร่วมตัดสินใจ ($\bar{X}$ =4.05) การมีส่วนร่วมวางแผน ($\bar{X}$ =4.04) การมีส่วนร่วมปฏิบัติ

($\overline{X}$ =4.03) และการมีส่วนร่วมประเมินผล ($\overline{X}$ =3.98) ตามลำดับ

1.1.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศในระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่าภาพรวมของการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศจัดอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =3.89) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้านพบว่าจัดอยู่ในระดับมากทุกองค์ประกอบ เรียงลำดับองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ ($\overline{X}$ =4.09) การมีความเหมาะสมและมีเสถียรภาพ ($\overline{X}$ =3.93) การมีทักษะความชำนาญในการใช้ระบบฐานข้อมูล ($\overline{X}$ =3.89) และการมีทักษะในการวิเคราะห์ประเมินผล ($\overline{X}$ =3.68) ตามลำดับ

1.1.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของวัฒนธรรมองค์กรในระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่า ภาพรวมของวัฒนธรรมองค์กรจัดอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =3.95) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้านพบว่าจัดอยู่ในระดับมากทุกองค์ประกอบ เรียงลำดับองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ($\overline{X}$ =4.08) ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ($\overline{X}$ =4.02) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงาน ($\overline{X}$ =3.99) และการยกย่องชมเชยผู้ปฏิบัติงาน ($\overline{X}$ =3.72) ตามลำดับ

1.1.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่าภาพรวมของการบริหารทรัพยากรมนุษย์จัดอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =4.04) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้านพบว่าจัดอยู่ในระดับมากทุกองค์ประกอบเรียงลำดับองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ คือ การเพิ่มสมรรถนะบุคลากร ($\overline{X}$ =4.19) รองลงมา คือ การสนับสนุนบุคลากรด้านโอกาสในการทำงาน ($\overline{X}$ =4.00) ต่ำสุด คือ การสนับสนุนบุคลากรให้มีแรงจูงใจในการทำงาน ($\overline{X}$ =3.88)

1.2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่า ภาพรวม จัดอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =3.66) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้านพบว่าจัดอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน เรียงลำดับองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ คือ ความครอบคลุมของการคัดกรอง ($\overline{X}$ =3.84) ความครอบคลุมของการบำบัดด้วยยา ($\overline{X}$ =3.83) คือ ความครอบคลุมของการฟื้นฟูสมรรถภาพทำงาน ($\overline{X}$ =3.8) ตามลำดับ มีเพียงด้านความครอบคลุมของการติดตามหลังการรักษาที่มีระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =3.20)

2. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8

2.1 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ทุกปัจจัยจัดอยู่ในระดับดีมากเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยสูงสุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ คือการบริหารงบประมาณ ($\overline{X}$ =4.11) การบริหารทรัพยากรมนุษย์ ($\overline{X}$ =4.04) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ($\overline{X}$ =4.04) วัฒนธรรมองค์กร ($\overline{X}$ =3.95) และ การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ ($\overline{X}$ =3.89) ตามลำดับ

2.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบว่า ทุกปัจจัย

มีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถร่วมกันทำนายประสิทธิภาพระบบฯ ได้ร้อยละ 91.70 (R^2=.917) มีค่าความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์อยู่ที่ ± .027

อภิปรายผล

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า การบริหารทรัพยากรมนุษย์ การบริหารงบประมาณ วัฒนธรรมองค์กร การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ ในระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 จัดอยู่ในระดับมากทุกประเด็น โดยเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยสูงสุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ คือ การบริหารงบประมาณการบริหารทรัพยากรมนุษย์ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย วัฒนธรรมองค์กร และ การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ ตามลำดับนั้น แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ให้ความสำคัญต่อระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจจึงมีการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับภารกิจมีการจัดโครงสร้างการทำงานที่มีบุคลากรปฏิบัติงานให้เหมาะสมทั้งด้านจำนวนคนและการพัฒนาทักษะในงาน [6] สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการตัดสินใจการดำเนินกิจกรรมการติดตามตรวจสอบและการประเมินผลร่วมกันเพื่อความสำเร็จของการดำเนินงาน [23-24] มีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เป็นบรรยากาศการรับรู้ของบุคลากรและกลุ่มในอันที่จะทำให้เกิดผลดีต่อบุคลากรในองค์กร [25] และมีการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศเอื้อต่อการปฏิบัติงาน คือ ใช้ระบบฐานข้อมูลยาเสพติดของประเทศไทย [6] ที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานอย่างเหมาะสมและมีเสถียรภาพ ผู้ใช้เทคโนโลยีมีทักษะความชำนาญในการใช้ระบบฐานข้อมูลและการวิเคราะห์ประเมินผล และจากผลการวิจัยที่พบว่าประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8 จัดอยู่ในระดับมากนั้นแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีความพยายามดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยทำการบำบัดด้วยยา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและติดตามผู้ป่วยภายหลังการรักษาอย่างเต็มที่ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังไม่สามารถดำเนินการให้ครอบคลุมได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การติดตามผู้ป่วยภายหลังการรักษายังมีผลการปฏิบัติงานที่ต่ำกว่าเกณฑ์จึงทำให้มีอัตราการกลับไปเสพซ้ำค่อนข้างสูง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การขาดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยภายหลังการบำบัดและข้อจำกัดด้านงบประมาณ [6]

2. จากผลการวิจัยที่พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารงบประมาณ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ วัฒนธรรมองค์กร และการบริหารทรัพยากรมนุษย์ มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 8 เรียงตามลำดับ โดยสามารถพยากรณ์ประสิทธิผลร่วมกันได้ร้อยละโดยสามารถร่วมกันทำนายประสิทธิภาพระบบฯ ได้ร้อยละ 91.70 (R^2=.917) นั้นแสดงให้เห็นว่า

2.1 การบริหารงบประมาณเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจมากที่สุด การบริหารงบประมาณที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้การจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ [11] สอดคล้องกับงานวิจัย [10] ที่พบว่าการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอและเหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

2.2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ โดยการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และชุมชนจะช่วยเพิ่ม

ประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด [6] สอดคล้องกับแนวคิด [1] พบว่าความสำเร็จในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม และสอดคล้องกับงานวิจัย [14] พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชนช่วยป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายส่งผลต่อความสำเร็จในการคืนผู้ป่วยสู่สังคม เนื่องจากการบำบัดฟื้นฟูไม่ได้สิ้นสุดที่โรงพยาบาล แต่ต้องมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่

2.3 การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ โดยการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพจะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจและการดำเนินงานขององค์การ [19] สอดคล้องกับงานวิจัย [18] ที่พบว่า การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการงานยาเสพติดช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานในยุคดิจิทัล การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้การบริหารจัดการระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดเป็นไปอย่างมีประสิทธิผล ทั้งในด้านการวางแผน การดำเนินงานการติดตามประเมินผลและการพัฒนาระบบบริการ

2.4 วัฒนธรรมองค์กร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ โดยวัฒนธรรมองค์การเป็นรากฐานสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมและแนวทางการทำงานของบุคลากรในองค์การ [13] สอดคล้องกับงานวิจัย [12] ที่พบว่าวัฒนธรรมองค์กรแบบสร้างสรรค์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลการดำเนินงานด้านยาเสพติด วัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยยาเสพติด การสร้างบรรยากาศแห่งการเรียนรู้และพัฒนาจะช่วยสนับสนุนให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.5 การบริหารทรัพยากรมนุษย์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจ โดยกระบวนการในการบริหารงานทรัพยากรมนุษย์เป็นการออกแบบกิจกรรมเพื่อสร้างความร่วมมือของบุคลากรในองค์การเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ [26]สอดคล้องกับการวิจัย [8] ที่พบว่าประสิทธิภาพขององค์การขึ้นอยู่กับการบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัย [7] ที่พบว่าการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด การมีบุคลากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานด้านยาเสพติดจะส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล แต่อย่างไรก็ตาม การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางด้านยาเสพติดและภาระงานบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่ท้าทายในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8

ข้อจำกัดในการวิจัย

การใช้แบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งอาจมีอคติจากการตอบแบบ self-report และไม่สามารถสะท้อนมิติคุณภาพเชิงลึก เช่น ทัศนคติของบุคลากร หรือความแตกต่างระหว่างจังหวัดในเขตสุขภาพเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงคุณภาพ หรือการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ (spatial analysis) หรือ แนวทางการพัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟูในระดับเขตสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟูในระดับเขตสุขภาพเพื่อเชื่อมโยงสู่การนำไปใช้จริง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา

และความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในเขตสุขภาพที่ 8 ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และท้ายที่สุด ขอขอบคุณครอบครัวและเพื่อนร่วมงานที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)สาขายาเสพติด. กรุงเทพฯ: บอร์นทูบีพับลิชชิ่ง; 2563.

2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2564.

3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขายาเสพติด.กรุงเทพฯ: บอร์นทูบีพับลิชชิ่ง; 2561.

4. ศรัณยู โสสิงห์. ปัญหาการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ. วารสารกฎหมาย คณะนิติศาสตร มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2559;9(17):145-63.

5. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.รูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: ส่วนวิจัยและพัฒนาวิชาการ สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด; 2564.

6. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขายาเสพติด. กรุงเทพฯ: บอร์นทูบีพับลิชชิ่ง; 2564.

7. พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์กับประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด.วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(3):523-34.

8. วิเชียร วิทยอุดม. การบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์. กรุงเทพฯ: ธีระฟิล์มและไซเท็กซ์; 2566.

9. เบญจา ศิริผล และธร สุนทรายุทธ.รูปแบบการบริหารงบประมาณและสินทรัพย์ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาสู่ความเป็นเลิศ. วารสารการศึกษาและการพัฒนาสังคม. 2557;10(1):223-34.

10. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข.วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(4):823-36.

11. สมพร บุญญานุพงศ์. การบริหารงบประมาณภาครัฐ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.

12. นงลักษณ์ พรมมา. ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การกับประสิทธิผลการดำเนินงานด้านยาเสพติด: กรณีศึกษาโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2565;15(3):112-25.

13. Schein EH. Organizational culture and leadership. 5th ed. San Francisco: Jossey -Bass; 2017.

14. สมศักดิ์ วรรณพงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายกับความสำเร็จในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2564;52(1):78-91.

15. Rothman J, Erlich JL, Tropman JE. Strategies of community intervention. 8th ed. Peosta: Eddie Bowers Publishing; 2020.

16. อัครพล คุรุศาสตรา. การปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดแนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562;15(2):3-12.

17. อาภาศิริ สุวรรณานนท์.การศึกษารูปแบบ

การดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. วารสารวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต. 2558;11 (2):213-22.

18. กัลยารัตน์ ธีระธนชัยกุล. การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการงานยาเสพติด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(2):45-58.

19. Laudon KC, Laudon JP. Management information systems: managing the digital firm. 16th ed. Boston: Pearson; 2020.

20. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper & Row; 1973.

21. ชวภณ บวรกฤตณัจยา, บวรวิทย์ โรจสุวรรณ และพฤฒิพงศ์ อภิวัฒนกุล. ปัจจัยสู่ความสำเร็จด้านมาตรฐานความปลอดภัยสมาคมผู้ค้าปลีกของสหราชอาณาจักรและการจัดการโลจิสติกส์ในอุตสาหกรรมอาหารสัตว์. วารสารนวัตกรรมการบริหารและการจัดการมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์. 2568;13(1):136-51.

22. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16:297-334.

23. ประภัสสร เจริญนาม, พงษ์เสฐียรเหลืองอลงกต. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนในเขตบริการสุขภาพที่ 3-6. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์.2561; 26(51):316-41.

24. พิชัยรัฐ หมื่นด้วง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. J Mod Learn Dev. 2564;7(2):260-79.

25. กรรณิการ์ รุจิวรโชติ. การศึกษาความพึงพอใจและความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ ณ ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

26. Mondy RW, Noe RA, Premeaux SR. Human resource management. 7th ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 1999.

การวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติด จังหวัดอุตรดิตถ์

ณัฏฐพร ฟุ้งสมุทร
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลฟากท่า

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยในการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติด ในจังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งเป็นภารกิจสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการคัดกรอง ประเมินผู้ป่วยยาเสพติด ความรุนแรงและวางแผนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยอาศัยกรอบแนวคิดแมคคินซีย์ 7’s Framework มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา

วิธีการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรองยาเสพติดจังหวัดอุตรดิตถ์จำนวน 289 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากรทั้งหมด 300 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach มีค่าเท่ากับ 0.98 ข้อมูลที่ได้ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) เพื่อสกัดองค์ประกอบหลักของปัจจัยการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติด ซึ่งพบว่าแบบสอบถามมีความเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ (KMO = 0.903)

ผลการศึกษา ผลการสกัดองค์ประกอบหลักด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบโดยใช้เกณฑ์การตัดสินองค์ประกอบตามแนวคิดของ Kaiser (Kaiser-Guttman Rule) ซึ่งระบุว่าค่า eigenvalue ต้องมากกว่า 1 พบค่าความร่วมกัน (Communality) ของตัวแปรแต่ละตัวที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัยการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติด 7 องค์ประกอบ 34 ตัวแปร หลังการสกัดองค์ประกอบพบว่า มีแนวโน้มที่น่าจะสามารถเข้าอยู่ในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งได้และสกัดแล้วเหลืออยู่ 7 องค์ประกอบ 25 ตัวแปรมีค่าความร่วมกัน (Communality) อยู่ระหว่าง0.627- 0.949 ที่มีความร่วมกันสูง โดยศูนย์คัดกรองทำหน้าที่ในการค้นหา คัดกรอง ว่าแต่ละคนมีปัญหาการใช้สารเสพติดในระดับใดก่อนจะกำหนดทิศทางการรักษาที่ถูกต้อง

สรุปและวิจารณ์ สรุปผลการวิจัยได้ว่า ปัจจัยการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติด มีความเหมาะสมในการนำเอาไปออกแบบจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติด โดยทำการทดลองและปรับใช้ใช้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ ปัจจัยการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติด มีความเหมาะสมในการนำเอาไปออกแบบจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติด โดยทำการทดลองและปรับใช้ใช้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ศูนย์คัดกรองยาเสพติด, การวิเคราะห์องค์ประกอบ, แมคคินซีย์ 7’s Framework

วันที่รับ 9 สิงหาคม 2568, วันที่แก้ไข 22 สิงหาคม 2568, วันที่ตอบรับ 30 สิงหาคม 2568

Analysis of the Factors in Establishing a Drug Screening Center in Uttaradit Province

Nattapron Fungsamut
Professional Nurse Specialist
Fak Tha Hospitalt

Abstract

This study aimed to analyze the components of factors influencing the establishment of drug screening centers in Uttaradit Province, which is a key mission of the Ministry of Public Health, focusing on screening, assessing the severity of drug addiction, and planning appropriate treatment for drug-dependent individuals. The study applied the McKinsey 7's Framework as the conceptual foundation.

Methodology: This quantitative research employed a purposive sampling technique, selecting 289 personnel working in drug screening centers in Uttaradit Province from a total population of 300 individuals. The research instrument was a rating scale questionnaire, which was tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of 0.98. Data were analyzed using both descriptive and inferential statistics, specifically Exploratory Factor Analysis (EFA), to extract the principal components of factors related to the establishment of drug screening centers. The questionnaire was found to be appropriate for factor analysis (KMO = 0.903).

Results: Principal component extraction using Kaiser's criterion (eigenvalue > 1) revealed seven components comprising 34 variables related to the establishment factors of drug screening centers. After factor extraction, 25 variables remained across seven components, with communalities ranging from 0.627 to 0.949, indicating that the variables were well represented by the extracted factors. The resulting factors exhibit high communality, drug screening centers. The Screening Center's function is to identify and triage individuals based on their severity of substance use disorder, subsequently determining the correct course of treatment.

Conclusion: The findings suggest that the identified factors are appropriate and practical for designing and establishing drug screening centers. Further implementation and experimental application are recommended to refine and enhance the model for greater effectiveness.

Keywords: Drug Screening Center, Factor Analysis, McKinsey 7's Framework

Received: 9 August 2025, Revised: 22 August 2025, Accepted: 30 August 2025

บทนำ

ปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก สถานการณ์จากรายงานของ World Drug Report 2021 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ [1] (UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime) พบผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติด ประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.50 ของประชากรโลก และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 299 ล้านคน [2] จากข้อมูลรายงานเรื่อง Synthetic Drugs in East and Southeast Asia 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่าในพื้นที่แถบแม่น้ำโขงตอนล่างมีปริมาณการจับกุมยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนสูงขึ้นในทุก ๆ ปี โดยในปี 2564 จับกุมได้ในปริมาณกว่า 171.5 ตัน คิดเป็น 89% ของการจับกุมยาเสพติดทั้งหมดในพื้นที่ ทางฝั่งของประเทศไทยเองเป็นหนึ่งในประเทศที่ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากการขยายตัวของยาเสพติดในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำโดยพบว่ามีการเคลื่อนย้ายยาเสพติดจากแหล่งผลิตประเทศเมียนมาและนำเข้าผ่านสปป.ลาว ก่อนเข้าสู่ประเทศไทย จึงทำให้ยาเสพติดแพร่กระจายในพื้นที่ชายแดนที่ติดกับสปป.ลาวได้มากขึ้น [1]

ประเทศไทยได้บรรจุประเด็นยาเสพติดไว้เป็นประเด็นปัญหาสำคัญของชาติที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580) ที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติมีการจัดทำแผนแม่บทเพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง ปลายทาง และมีการจัดทำนโยบายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษายาเสพติด คือ การดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดให้เข้าถึงการบำบัดรักษาและลดอันตรายหรือผลกระทบยาเสพติด [3]

จากแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2565โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) โดยในหนึ่งภารกิจสำคัญคือ การดูแลผู้ใช้และผู้ติดยาเสพติดให้เข้าถึงการบำบัดรักษา [4]

จากการรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดของประเทศไทย [5] พบว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยยาเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลยาเสพติดจำนวน 105,155 คน โดยบำบัดรักษาครบโปรแกรมจำนวน 86,488 คน คิดเป็นร้อยละ 66.04 แต่ที่น่ากังวลคือผู้ป่วยที่บำบัดไม่ครบโปรแกรมจำนวน 18,677 คน คิดเป็นร้อยละ 14.25 ในระดับเขตสุขภาพที่ 2 มีผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลยาเสพติด จำนวน 7,130 คน บำบัดรักษา

ครบโปรแกรมจำนวน 5,747 คน และบำบัดไม่ครบโปรแกรมจำนวน 1,383 คน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาไม่ครบโปรแกรม สูงถึงร้อยละ 15.85 เนื่องจากการถูกจับกุม ร้อยละ 14.10 ติดตามผู้ป่วยไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 4.02 และไม่สมัครใจรักษาต่อ ร้อยละ 1.40 ตามลำดับสอดคล้องกับจังหวัดอุตรดิตถ์ที่มีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลยาเสพติดครบโปรแกรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 60.54 และบำบัดไม่ครบโปรแกรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดสูงถึงร้อยละ 39.46 โดยมีสาเหตุมาจากการติดตามไม่ได้/ไม่สมัครใจรักษาต่อ ร้อยละ 48.65 ถูกจับกุม/เสียชีวิต ร้อยละ 8.24 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) ย้อนหลัง ปี 2563 - 2565 ร้อยละ 49.46, ร้อยละ 43.48, และร้อยละ 47.28 ตามลำดับ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ที่ร้อยละ 60 [5] ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สะท้อนถึงความท้าทายในการเข้าถึงและรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้เป็นเพียงปัญหาเชิงตัวเลขเท่านั้นแต่ยังสะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัญหาที่เชื่อมโยงกับบริบทเชิงพื้นที่ไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ หรือแม้กระทั่งวัฒนธรรมในชุมชนนั้น ๆ

บริบทของพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ไม่สามารถมองข้ามได้ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อโอกาสในการฟื้นตัว แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างรุนแรง ทั้งภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และอาการทางจิตอื่น ๆ ที่เกิดจากสารเสพติด [6] ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที จะยิ่งทำให้ปัญหาสุขภาพจิตทวีความรุนแรงขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยาซ้ำ (relapse) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนีรัตน์ ยั่งยืน, มานพ คณะโต และอุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์ (2018) [7] ช่องว่างที่สำคัญในปัจจุบันคือการขาดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ถึงปัจจัยเชิงบริบทที่ส่งผลต่อการจัดตั้งและดำเนินงานของศูนย์คัดกรองยาเสพติด [8] ในพื้นที่อย่างจังหวัดอุตรดิตถ์ โดยเฉพาะเรื่องการเสริมสร้างความร่วมมือในระดับพื้นที่ การบูรณาการงานทุกภาคส่วน ศูนย์คัดกรองเป็นกลไกสำคัญในการประสานงานระหว่างหน่วยงานหลายภาคส่วนในจังหวัดอุตรดิตถ์ เช่น สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ และชุมชน เพื่อให้เกิดการทำงานแบบสหวิชาชีพ (Multi-disciplinary team) การลดภาระต่อชุมชน:การบำบัดและฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดสามารถกลับคืนสู่สังคมและครอบครัวได้เร็วขึ้น ซึ่งเป็นการ ลดภาระด้านความมั่นคงและสังคม โดยรวมของจังหวัดอุตรดิตถ์

ดังนั้น ศูนย์คัดกรองยาเสพติดจึงทำหน้าที่เป็นกลไกหลัก ในการนำแนวทางและทรัพยากรไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่อุตรดิตถ์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการบำบัดที่ยั่งยืนและตรงตามความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น

การศึกษาครั้งนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องวิเคราะห์ปัจจัยทั้งภายในองค์กร เพื่อสร้างความเข้าใจที่ครอบคลุมถึงปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริง โดยใช้ McKinsey 7's Model [9] เป็นกรอบในการวิเคราะห์ปัจจัยภายในองค์กร เช่น โครงสร้าง (Structure) กลยุทธ์ (Strategy) ระบบในการดำเนินงานขององค์กร (Systems) รูปแบบการบริหารจัดการ (Style) บุคลากร บุคลากร (Staff) ทักษะความรู้ความสามารถขององค์กร (Skills) และค่านิยมร่วมกันของสมาชิกในองค์กร (Shared Values) เพื่อระบุจุดแข็งและจุดอ่อนของการดำเนินงานปัจจุบัน

จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นหนึ่งในจังหวัดที่ได้ดำเนินการสนองต่อนโยบายของระดับประเทศ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของพื้นที่ จึงได้กำหนด 12 เป้าหมายจังหวัดอุตรดิตถ์ คือ 1) เมืองสุขภาวะทุกช่วงวัย 2) เมืองแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต 3) จังหวัดสะอาด 4) เมืองสิ่งแวดล้อมดี ป่าสมบูรณ์ 5) การบริหารจัดการน้ำที่ดี 6) เมืองผลไม้คุณภาพเกษตรปลอดภัย 7) อุตรดิตถ์เที่ยวได้ทั้งปี/365 วันที่อุตรดิตถ์ 8) เศรษฐกิจรากฐานการเจริญเติบโต 9) เมืองแห่งการค้า

ชายแดน 10) จังหวัดคุณธรรม 11) การบริหารภาครัฐทันสมัย สะดวก 12) เมืองสงบ มั่นคง ปลอดภัยอันนำไปสู่มาตรการป้องกันปัญหายาเสพติด ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลฟากท่าจึงดำเนินการวิจัยในชื่อเรื่องการวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติด จังหวัดอุตรดิตถ์ ควบคู่ไปกับงานประจำเพื่อผลการวิจัยนี้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างทางความรู้ที่ขาดหายไป โดยจะนำไปสู่การออกแบบโมเดลการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์โดยเฉพาะ และช่วยให้การทำงานของศูนย์คัดกรองสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตซึ่งท้ายที่สุดจะนำไปสู่การลดอัตราผู้ป่วยที่ไม่บำบัดครบโปรแกรม และสร้างโอกาสในการฟื้นฟูชีวิตที่ดีขึ้นให้กับผู้ป่วยในท้องถิ่นได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยที่เอื้อต่อการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติด จังหวัดอุตรดิตถ์

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quan-titative research) ใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) [10] เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติดจังหวัดอุตรดิตถ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรองยาเสพติดของจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 300 คน เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง Stevens (2009) [11] เสนอว่าควรมีอย่างน้อย 5 ตัวอย่างต่อ 1 ตัวแปร หรืออย่างน้อย 100 ตัวอย่างหลักการทั่วไป (Rule of Thumb) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายคือ 5-10 ตัวอย่างต่อ 1 ตัวแปร ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 289 คน คิดเป็นร้อยละ 95 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผลการวิจัยสอดคล้องกับข้อมูลความเป็นจริงมากขึ้น โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูลครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่หนึ่งเป็นแบบสอบถามส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านยาเสพติด ตำแหน่งงานในปัจจุบัน และปัจจุบันนี้ท่านอยู่ในหน่วยงานใด ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อให้ทราบเกี่ยวกับองค์ประกอบการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติด 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้างองค์กร (5 ตัวแปร) 2) ด้านกลยุทธ์องค์กร (5ตัวแปร) 3) ด้านระบบการดำเนินงาน (5 ตัวแปร) 4) ด้านรูปแบบการบริหาร (4 ตัวแปร) 5) บุคลากร (5 ตัวแปร) 6) ทักษะ (5 ตัวแปร) 7) ค่านิยม (5 ตัวแปร) โดยมีลักษณะข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ตามแนวคิดของ LikertR [12]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2 นำแบบสอบถามดังกล่าว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความสอดคล้อง มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Tryout)กับบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach มีค่าเท่ากับ 0.98 ผ่านเกณฑ์คือ 0.8 ขึ้นไป [9]

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินทร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์สถาบันพระบรมราชนกเลขที่ SCPHPL 1/2566.1.9 วันที่รับรองเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2565-28 มีนาคม 2567 ทั้งนี้ได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ชี้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมจึงลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด จำนวน 289 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.90 เพศชายร้อยละ 39.10 มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 9.7 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.75 ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงมหาดไทย (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) และปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 42.90 เช่น โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผลการตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = 0.903 และ Bartlett's Test of Sphericity χ^2 = 1,254.821, Sig. < 0.001 ซึ่งมีความเหมาะสม ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ผลการวิจัยด้วยวิธีเชิงปริมาณจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจด้วยวิธี (exploratory factor analysis: EFA) พบว่า เมื่อพิจารณาองค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 พบว่า มีทั้งหมด 7 องค์ประกอบ 25 ตัวแปร ได้ค่าความแปรปรวน เท่ากับร้อยละ 72.61 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Eigenvalue, Percentage of variance, and cumulative percentage of the variance of the components of the Factors in Establishing a Drug Screening Center in Uttaradit Province

Components	Eigenvalue	Percentage of variance of variance	cumulative percentage of the variance
โครงสร้างองค์กร (Structure)	5.121	20.48	20.48
กลยุทธ์องค์กร (Strategy)	3.244	13.65	34.13
ระบบการดำเนินงาน (Systems)	2.812	11.72	45.85
รูปแบบการบริหาร (Style)	1.951	8.13	53.98
บุคลากร (Staff)	1.714	7.14	61.12
ทักษะ (Skills)	1.523	6.35	67.47
ค่านิยมร่วม (Shared Values)	1.285	5.14	72.61

ตารางที่ 2 A comparison of the model consistency between first and second-order confirmatory factor analysis

Model	χ^2	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
1 order CFA	254.87	0.89	0.84	0.91	0.072
2 order CFA	178.45	0.95	0.91	0.96	0.045

GFI, Goodness of fit index; AGFI, Adjusted goodness of fit index; CFI, Comparative fit index; RMSEA, Root mean square error of approximate; CFA, Confirmatory factor analysis

จากตารางที่ 2 หลังจากใช้ CFA อันดับ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า χ^2 เท่ากับ 254.87 ค่า GFI เท่ากับ 0.89 ค่า AGFI เท่ากับ 0.84 ค่า CFI เท่ากับ 0.91 และค่า RMSEA เท่ากับ 0.072 และ CFA การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองพบว่าองค์ประกอบการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติด มี 7 องค์ประกอบ 25 ตัวแปร ซึ่งทุกองค์ประกอบย่อยที่ได้นั้นอยู่ภายใต้องค์ประกอบใหญ่เดียวกันและมีความสอดคล้องกับข้อมูล พบว่าค่า χ^2 เท่ากับ 178.45 ค่า GFI เท่ากับ 0.95 ค่า AGFI เท่ากับ 0.91 ค่า CFI เท่ากับ 0.96 และค่า RMSEA เท่ากับ 0.045 มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบองค์ประกอบก่อนและหลังการวิเคราะห์องค์ประกอบ

องค์ประกอบ	จำนวนตัวแปรก่อนวิเคราะห์ (34 ตัว)	จำนวนตัวแปรหลังวิเคราะห์ (25 ตัว)	รายละเอียดการเปลี่ยนแปลง
โครงสร้างองค์กร (Structure)	5	4	คัดออก 1 ตัวแปรที่มีค่า Communality ต่ำกว่า 0.50
กลยุทธ์องค์กร (Strategy)	5	4	รวมตัวแปรบางตัวเข้ากับ ระบบ การดำเนินงาน
ระบบการดำเนินงาน (Systems)	5	3	คัดออกตัวแปรที่ซ้ำซ้อนและมี Factor Loading ต่ำ
รูปแบบการบริหาร (Style)	4	3	คัดออก1 ตัว ที่มีค่าน้ำหนักต่ำกว่า 0.30
บุคลากร (Staff)	5	4	คงไว้เฉพาะตัวที่สัมพันธ์สูง (Factor Loading > 0.70)
ทักษะ (Skills)	5	4	ตัวแปรบางตัวรวมเข้ากับ Staff
ค่านิยมร่วม (Shared Values)	5	3	คัดออก 2 ตัวที่มี Communality ต่ำกว่าเกณฑ์

จากตารางที่ 3 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจช่วยลดจำนวนตัวแปรจาก 34 ตัว เหลือ 25 ตัว โดยคงไว้ 7 องค์ประกอบหลักเช่นเดิม ดังแสดงในตารางหลังสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี EFA พบว่ามีการจัดกลุ่มองค์ประกอบ มี 7 องค์ประกอบ มีการจัดกลุ่มตัวแปร และแสดงน้ำหนัก องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านโครงสร้างมี 4 ตัวแปร องค์ประกอบด้านกลยุทธ์มี 4 ตัวแปร องค์ประกอบด้านระบบการทำงาน มี 3 ตัวแปร องค์ประกอบด้านรูปแบบการบริหาร มี 3 ตัวแปร องค์ประกอบด้านบุคลากรมี 4 ตัวแปร องค์ประกอบด้านทักษะมี 4 ตัวแปรองค์ประกอบด้านค่านิยม มี 3 ตัวแปร จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่าจำนวนตัวแปรลดลงจาก 34 ตัวแปร เหลือ 25 ตัวแปร โดยคงไว้ 7 องค์ประกอบหลักซึ่งทั้งหมดมีค่า Eigenvalue > 1 แสดงว่าองค์ประกอบที่เหลือมีความมั่นคงและสามารถอธิบายความแปรปรวนของข้อมูลได้เพียงพอในการพัฒนาโมเดลศูนย์คัดกรองยาเสพติดจังหวัดอุตรดิตถ์อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบทั้งเชิงสำรวจและเชิงยืนยัน พบว่า โมเดลองค์ประกอบของการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติดจังหวัดอุตรดิตถ์ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โครงสร้างองค์กรกลยุทธ์องค์กร ระบบการดำเนินงาน รูปแบบการบริหาร บุคลากรทักษะ และค่านิยมร่วม โดยโมเดลที่ปรับปรุงแล้วมีค่าดัชนีความกลมกลืนของโมเดลอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (GFI = 0.95, AGFI = 0.91, CFI = 0.96,

RMSEA = 0.045) แสดงว่าโมเดลที่ได้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์สามารถนำไปใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาศูนย์คัดกรองยาเสพติดในพื้นที่อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการศึกษา

สรุปผลการวิจัยได้ว่า ปัจจัยการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติด มีความเหมาะสมในการนำเอาไปออกแบบจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติด โดยทำการทดลองและปรับใช้ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

โครงสร้างองค์กร (Structure) ประกอบไปด้วย 1) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีผังแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสายบังคับบัญชาและความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 2) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีการแบ่งโครงสร้างงานตามหน้าที่ ความรับผิดชอบที่เอื้อต่อการดำเนินอย่างชัดเจน 3) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีการกระจายอำนาจของผู้บริหารโดยทำงานประสานงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่ใช้ รูปแบบบูรณนาการทำงานในรูปแบบทีม 4) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีการจัดสายการบังคับบัญชาที่ช่วยให้เกิดความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงานลดการซ้ำซ้อนในการทำงาน

กลยุทธ์องค์กร (Strategy) ประกอบไปด้วย 1) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีการวางแผน กลยุทธ์ในส่วนของงานที่ชัดเจน 2) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีการวางแผนโดยมีการพิจารณา จุดแข็ง จุดอ่อนโอกาสพัฒนาและอุปสรรค (SWOT) ทำให้องค์กรมีการกำหนดกลยุทธ์ในการทำงานอย่างชัดเจน 3) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีการถ่ายทอดกลยุทธ์เป็นแผนปฏิบัติการมีการวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม 4) ท่านคิดว่าหน่วยงานของท่านได้จัดให้มีสถานที่พักผ่อนอย่างเพียงพอแล้ว

ระบบการดำเนินงาน (Systems) ประกอบไปด้วย 1) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีการสนับสนุน (supplier) ของทุกกระบวนการและลำดับขั้นการปฏิบัติงาน (ด้าน คน เงิน ของ) เช่น มีอินเตอร์เน็ตความเร็วสูง,มีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์เพียงพอกับปริมาณงาน, มีบุคลากรที่เพียงพอกับปริมาณงาน เป็นต้น 2) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีปัจจัยนำเข้า (input) ของทุกกระบวนการและลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงาน เช่น มีบันทึกข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก ในระบบ บสต.ของสคส.สธ. ที่ครบถ้วน ถูกต้อง 3) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีกระบวนการ (Process) ของการปฏิบัติงาน เช่น Flow กระบวนการทำงาน ครอบคลุมทุกขั้นตอนบริการตั้งแต่การเปิด Visit จนถึง การบำบัดจนเสร็จสิ้นกระบวนการ รูปแบบการบริหาร (Style) 1) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดให้ความสำคัญกับการเตรียมตัวและวางแผนล่วงหน้าในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ 2) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดของท่านมีการวางระเบียบการจัดการในองค์กรอย่างรัดกุม 3) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีการเอาใจใส่บุคลากรมีการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เช่น การให้รางวัล การชมเชย เป็นต้น

บุคลากร (Staff) ประกอบไปด้วย 1) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีระบบคัดเลือกบุคลากรการสรรหาคัดเลือกคนให้เหมาะสมกับงาน 2) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดของท่านมีระบบการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3) บุคลากรได้รับการพัฒนาให้ใช้ระบบสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง 4) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีแรงจูงใจ (เช่น OT,สวัสดิการ) ในการทำงาน

ทักษะ (Skill) ประกอบด้วย 1) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีการส่งเสริมบุคลากรให้มีทักษะในการสื่อสาร (Communication) ในการทำงานด้านยาเสพติด 2) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีการส่งเสริมบุคลากรให้ใช้ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) ในการทำงานด้านยาเสพติด 3) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีการส่งเสริมบุคลากรให้รู้จักพูด ฟัง และเรียนรู้จากคำวิจารณ์ของคนอื่น (Speak, Listen and Learn from Criticism) ในกระบวนการทำงานด้านยาเสพติด 4) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดของท่านมีการส่งเสริมบุคลากรมีทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหา (Decision Making and Problem Solving) ในกระบวนการทำงานยาเสพติด

ค่านิยมร่วม (Shared Values) ประกอบด้วย 1) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีการกำหนดค่านิยมที่สื่อถึงความคาดหวังให้องค์กรและบุคลากรปฏิบัติ ที่เกี่ยวกับงานยาเสพติด 2) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีการสะท้อนและเสริมสร้างวัฒนธรรมที่พึงประสงค์ขององค์กรที่เกี่ยวกับงานยาเสพติด 3) ศูนย์คัดกรองยาเสพติดมีการสนับสนุนและชี้นำการตัดสินใจของบุคลากรทุกคนและช่วยให้องค์กรบรรลุพันธกิจและวิสัยทัศน์ด้วยวิธีการที่เหมาะสม กับงานยาเสพติด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 บูรณาการศูนย์คัดกรองเข้ากับยุทธศาสตร์จังหวัด (Integrate Screening Centers into Provincial Strategy) : ควรมีนโยบายที่ผนวกการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติดเข้าเป็นส่วนหนึ่งของ ยุทธศาสตร์จังหวัดอุตรดิตถ์อย่างเป็นทางการ โดยเฉพาะในเป้าหมายที่ 12"เมืองสงบมั่นคง ปลอดภัย" เพื่อให้ศูนย์ฯ ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรและงบประมาณอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

1.2 ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของหน่วยงาน (Promote Inter-agency Collaboration) กำหนดนโยบายให้มีการสร้างกลไกการประสานงานที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สาธารณสุข,ป.ป.ส., ตำรวจ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยไม่เข้ารับการบำบัดต่อเนื่องหรือขาดการติดตาม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการรักษาไม่ครบโปรแกรม

1.3 จัดสรรงบประมาณที่ยั่งยืน (Allocate Sustainable Funding) ควรมีนโยบายการจัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับการจัดตั้งและดำเนินงานของศูนย์คัดกรองฯ เพื่อครอบคลุมทั้งค่าใช้จ่ายในการจัดตั้ง, การจ้างบุคลากร, การฝึกอบรม,และการจัดหาอุปกรณ์ ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

1.4 ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร (Prioritize Human Resource Development) นโยบายควรเน้นการพัฒนา บุคลากร (Staff) และทักษะ (Skills) อย่างจริงจัง โดยจัดทำแผนพัฒนาอาชีพ (Career Path) และการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในศูนย์ฯ

1.5 กำหนดมาตรฐานการคัดกรองและการส่งต่อ (Standardize Screening and Referral Protocols) กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดแนวทางปฏิบัติ (Protocol) ที่เป็นมาตรฐานและอิงหลักฐานทางวิชาการ (Evidence-based) สำหรับการคัดกรองและประเมินผู้ป่วย รวมถึงการส่งต่อไปยังสถานบำบัดที่เหมาะสม เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และรวดเร็ว

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

2.1 สร้างต้นแบบ (Pilot Model) จากปัจจัยที่วิเคราะห์ได้: นำ 7 องค์ประกอบหลัก (7 Components) และ 25 ตัวแปร ที่ได้จากการวิเคราะห์มาเป็นพื้นฐานในการออกแบบ โมเดลต้นแบบ (Pilot Model) สำหรับศูนย์คัดกรองฯ ซึ่งจะระบุถึง โครงสร้าง (Structure), กลยุทธ์ (Strategy), และระบบการดำเนินงาน (Systems) ที่เหมาะสม

2.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Workshop) จัดเวิร์กชอปกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในจังหวัด เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ฝ่ายปกครอง, ตำรวจ, และผู้นำชุมชน เพื่อนำเสนอโมเดลต้นแบบและรับฟังความคิดเห็นในการปรับปรุงให้เข้ากับปัจจัยภายนอก (PEST Analysis: การเมือง, เศรษฐกิจ, สังคม, เทคโนโลยี) ของจังหวัดอุตรดิตถ์

2.3 จัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ (Establish a Multidisciplinary Team) จัดตั้งทีมงานหลักของศูนย์ฯ ที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขา เช่น แพทย์, พยาบาล, นักจิตวิทยา, และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติทั้งการคัดกรอง การบำบัด และการติดตามผล

2.4 พัฒนาระบบความเชื่อมโยงทางข้อมูล (Data Interoperability) ระหว่างระบบ บสต. และ BMS-HOSxP v4" เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและลดภาระงานซ้ำซ้อน (Redundancy) ของบุคลากรทางการแพทย์การเชื่อมต่อดังกล่าวจะช่วยให้เกิดการไหลเวียนของข้อมูลแบบอัตโนมัติ (Automated Data Flow) ลดความคลาดเคลื่อนจากการบันทึกข้อมูลหลายครั้ง (Double Entry Error) สามารถส่งผ่านระหว่างสองระบบได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และเป็นปัจจุบัน (Real-time Synchronization) ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านเอกสาร และเพิ่มความสมบูรณ์ของฐานข้อมูล (Data Integrity) ในระดับองค์กรและระดับประเทศ อีกทั้งสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สามารถบริหารเวลาเพื่อมุ่งเน้นการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ (ปัจจุบันนี้ระบบข้อมูล บสต. มีการแยกข้อมูลออกจากโรงพยาบาล)

2.5 ทดลองใช้และประเมินผล (Pilot and Evaluate): เริ่มต้นด้วยการทดลองใช้โมเดลต้นแบบในพื้นที่นำร่องของจังหวัดแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อหาจุดแข็งและจุดอ่อน จากนั้นจึงนำผลที่ได้มาปรับปรุงโมเดลให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้นก่อนขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าขอแสดงความขอบคุณต่อบุคคลและหน่วยงานที่มีส่วนช่วยเหลือและสนับสนุนให้การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ ดร.พงศ์พิษณุ บุญดา อาจารย์ที่ปรึกษาหลักที่ให้คำแนะนำ องค์ความรู้และข้อเสนอแนะอันมีคุณค่าในการพัฒนางานวิจัยฉบับนี้จนสำเร็จและขอขอบคุณแพทย์หญิงพรสวรค์ มีชิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่าที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดำเนินโครงการวิจัยขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดอุตรดิตถ์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูลหรือสนับสนุนข้อมูล ที่เอื้อเฟื้อข้อมูลและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณครอบครัวและเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้กำลังใจและสนับสนุนข้าพเจ้าตลอดระยะเวลาการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. Synthetic drugs in East and Southeast Asia: latest developments and challenges 2022. Vienna: UNODC; 2022. 120 p.

2. นิภาวรรณ ตติยนันทพร. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(2):583-4. เข้าถึงได้จาก: https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ProgramsandActivities

3. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, กระทรวงยุติธรรม.แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2563-2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://antidrug.moph.go.th/.

4. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติดพ.ศ. 2564. (2564, 7 พฤศจิกายน).ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนที่ 73 ก. หน้า 1-80.

5. กระทรวงสาธารณสุข.ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ ปี 2565: ข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://antidrug.moph.go.th/.

6. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด,กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด. 2565

7. สุนีรัตน์ ยั่งยืน และอุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความกลมเกลียวในชุมชนและมลทินทางสังคมเกี่ยวกับยาเสพติดต่อการเสพยาบ้าของผู้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดเขตภาคใต้ประเทศไทย. J Med Health Sci.2562;26(3):1-15.

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

9. Peters TJ, Waterman RH Jr. Insearch of excellence: lessons from America's best-run companies. New York (NY): Harper & Row; 1982. 360 p.

10. Comrey, A.L., & Lee, H.B. (1992). A First Course in Factor Analysis (2nd ed.). Psychology Press. https://doi.org/10.4324/9781315827506

11. Stevens, J.S. (2009) Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences. Routledge, New York.

12. Likert R. The human organization: its management and value. New York: McGraw-Hill; 1967.

ภาคผนวก

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

แบบขอนำส่งบทความ/งานวิจัยเพื่อตีพิมพ์
ลงวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

หนังสือรับรองก่อนตีพิมพ์บทความลง
วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

เอกสารที่ต้องนำส่งเพื่อตีพิมพ์ลง
วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Format บทความวิจัยสำหรับตีพิมพ์ลง
วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

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

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์