

โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน: การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง

เยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล*

ศศ.ม. (พัฒนาลังคม)

สำเนา นิลบรรพ์*

ปร.ด. (หลักสูตรและการสอน)

สุกมา แสงเดือนฉาย**

วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

บทคัดย่อ

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาและศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง กระบวนการพัฒนาใช้แนวคิดของสตริงเกอร์ (Stringer) มี 3 ขั้นตอน คือ ค้นหาปัญหา (look) คิดพิจารณา (think) และลงมือปฏิบัติ (act) ดำเนินการในปีงบประมาณ 2559-2562 ในพื้นที่ 6 อำเภอ 2 จังหวัด คือ อำเภอเชียงดาว ไชยปราการ แม่แตง อมก๋อย และ เวียงแหง (จ.เชียงใหม่) และอำเภอแม่ระมาด (จ.ตาก) กลุ่มเป้าหมายมี 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 21 คน (2) บุคลากรเครือข่าย จำนวน 49 คน และ (3) ผู้ติดยา จำนวน 565 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้ก่อน-หลังการอบรม แบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และแบบบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง ประกอบด้วย (1) แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ (2) การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด การศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายฯ ของพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรเครือข่ายภายหลังการอบรม สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in center) เพิ่มขึ้นจาก 14 แห่งเป็น 27 แห่ง ผู้ติดยาเข้ารับการบำบัด รวมทั้งสิ้นจำนวน 2,984 คน และคงอยู่ในระบบการบำบัดร้อยละ 80.03 เลิกเสพยาและเมทาโดน ร้อยละ 12.30 และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: รูปแบบ การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด ผู้ติดยา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

Corresponding E-mail: yaowares3030@gmail.com

Expansion of the Royal Project for Sustainable Solving the Problem of the Opium-Growing Area: Development of a Nursing Care Model for Opium Addicts in the Highlands

Yaowares Nakayothinsakul*	M.A. (Social Development)
Sumnao Nilban*	Ph.D. (Curriculum and Instruction)
Sukuma Saengduenchai**	Ph.D. (Applied Behavioral Science Research)

Abstract

The objective of this project was to develop and study the treatment model for opium addicts in the highlands. The model was developed based on Stringer's concept, in which comprised of three steps: looking, thinking, and acting. This project was carried out during 2016-2019 in 6 districts of 2 provinces: Chiang Dao District, Chai Prakan, Mae Taeng, Omkoi, Wiang Haeng in Chiang Mai Province, and Mae Ramat District in Tak Province. The target groups consisted of 3 groups: (1) 21 nurses and public healthcare staff, (2) 49 network personnel, and (3) 565 opium addicts selected using purposive sampling technique. The research instruments included pre-post-test of knowledge, quality of life questionnaire with reliability of 0.83, and performance record form. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The results revealed that the developed nursing care model for opium addicts in highland comprised of (1) a guideline for participation of network partners, and (2) a nursing care for opium addicts. The investigation of using the developed nursing care model found that knowledge on reducing harm from drug use and the establishment of a reducing harm from drug use center of the nurses, public healthcare staff and network personnel after training were significantly higher than before training at the level of .05. The establishment of a reducing harm from drug use center (drop-in centers) had increased from 14 to 27 centers. A total of 2,984 opium addicts received treatment, 80.03% remained in the treatment system, 12.30% stop using opiates and methadone, and their overall quality of life was at a high level.

Key words: model, nursing care of opium addicts, opioid addicts

* Senior professional Nurse

* Professional Nurse

Corresponding E-mail: yaowares3030@gmail.com

บทนำ

ฝิ่น (Opium) เป็นพืชเสพติด ที่มีการลักลอบปลูกกันทางภาคเหนือของประเทศไทย จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522¹ และเป็นพืชตั้งต้นของยาเสพติดร้ายแรง เช่น มอร์ฟีน เฮโรอีน และโคดีอีน ฝิ่นมีฤทธิ์กดระบบประสาท ทำให้เกิดภาวะเคลิ้มสุข (euphoria) หากใช้เป็นเวลานานทำให้เกิดการติดฝิ่นได้² เมื่อเกิดภาวะการติดฝิ่นขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดอาการขาดยา (withdrawal symptoms)³ มีอาการหนาว ขนลุก น้ำตาไหล กล้ามเนื้อกระตุก ปวดกล้ามเนื้อ และกระตุกหงุดหงิด กระวนกระวาย ไม่มีแรงไม่สามารถไปทำงานได้ จึงต้องหาฝิ่นมาเสพ เพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการขาดยา จึงปลูกฝิ่นเพื่อเสพและขาย หรือเมื่อทำงานได้เงิน จะนำไปซื้อฝิ่นเสพจนหมด ไม่สนใจดูแลครอบครัว เมื่อเสพฝิ่นไปนาน ๆ จะมีผลต่อสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วย ร่างกายทรุดโทรม ไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงครอบครัวได้ หมกมุ่นกับการเสพยา กลายเป็นภาระของครอบครัวและสังคม

การบำบัดรักษาผู้ติดฝิ่นด้วยการให้เมทาโดนระยะยาว (methadone maintenance therapy: MMT) เพื่อใช้เป็นยาทดแทน เป็นหนึ่งในวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ⁴ การบำบัดมีเป้าหมายเพื่อช่วยลดอาการขาดยา พยาบาลต้องให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างปลอดภัย สังเกตอาการ และประเมินอาการภาวะขาดยา (withdrawal) จากการที่ผู้ป่วยได้รับปริมาณยาเมทาโดนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือป้องกันการได้รับยาเมทาโดนมากเกินไป (overdose) ซึ่งทำให้หายใจช้า หดสติ และอาจทำให้เสียชีวิตได้ การให้คำแนะนำ ให้ความรู้ให้ผู้ติดฝิ่นมีความตระหนักในการกินยาจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก รวมทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ติดฝิ่นยังคงอยู่ในระบบการบำบัดฟื้นฟู ยังคงดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งการป้องกันการกลับไปใช้ฝิ่นซ้ำ

อย่างไรก็ตาม เมทาโดนเป็นสารสังเคราะห์ ที่ออกฤทธิ์คล้ายฝิ่น จัดเป็นยาเสพติด ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎหมาย⁵ การจ่ายยาเมทาโดนจึงเป็นไปตามกฎระเบียบ ตามกฎหมายกำหนดไว้ เช่น จำกัดปริมาณการให้ยากลับบ้าน การไม่สามารถนำยาเมทาโดนจ่ายนอกสถานบำบัด ซึ่งเป็นข้อจำกัด และเป็นอุปสรรคของการให้บริการ และการดูแลผู้ติดฝิ่นให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือติดตะเข็บชายแดน ที่เป็นพื้นที่สูง ทุรกันดาร และเข้าถึงยาก การให้ผู้ติดฝิ่นเดินทางมาบำบัดที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับยาเมทาโดนอย่างต่อเนื่องจึงไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยออกจากระบบ (drop out) สูงมาก ดังนั้น แนวทางการดำเนินการเชิงรุก การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (community based treatment and care: CBTx) จึงเป็นแนวทางการจัดบริการรูปแบบหนึ่ง ที่นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (harm reduction) โดยจัดตั้งจุดบริการในชุมชนใช้ทรัพยากร กำลังคนในพื้นที่ มีการบูรณาการทุกภาคส่วนและดูแลอย่างต่อเนื่อง⁶

กลุ่มผู้ติดฝิ่นส่วนใหญ่ เป็นชนเผ่าที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงภาคเหนือในพื้นที่ 3 จังหวัด คือ จังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และตาก ครอบคลุม 15 ตำบลของ 7 อำเภอ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ 5 อำเภอ คือ ไชยปราการ เชียงดาว แม่แตง เวียงแหง อมก๋อย และจังหวัดตาก อำเภอแม่ระมาด โดยมีกลุ่มประชากรรวม 4,425 ครอบครัว จำนวน 23,585 คน เป็นพื้นที่ลักลอบปลูกฝิ่นซ้ำซาก เป็นหมู่บ้านในพื้นที่ทุรกันดารมาก การเข้าถึงพื้นที่ยากลำบากทำให้ผู้ติดฝิ่นจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) และสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง (องค์การมหาชน) ได้ร่วมกันจัดทำโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน เป็นระยะเวลา 8 ปี (พ.ศ.2553-2561) โดยบูรณาการการดำเนินงานของหน่วยงานที่

เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับส่วนกลาง และท้องถิ่น การพัฒนากระบวนการชุมชนเพื่อแก้ปัญหายาเสพติด ดังกล่าวข้างต้น ยังไม่สามารถนำผู้ติดยาในชุมชนเป้าหมายทั้ง 7 อำเภอ เข้าสู่อำนาจบำบัดฟื้นฟูตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด⁷ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) เป็นหน่วยงานหลักของประเทศ มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ในระดับตติยภูมิ ศึกษาวิจัยถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ได้รับมอบหมายจากกรมการแพทย์ให้ร่วมดำเนินโครงการดังกล่าว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาทีมบำบัดและผู้เกี่ยวข้อง ให้สามารถบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ และรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะผู้บริหารสูงสุดขององค์กรพยาบาล ของ สบยช. และเป็นผู้บริหารโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน พบว่า พยาบาลต้องเผชิญกับความยากลำบาก เนื่องจากพื้นที่เป็นอุปสรรค และยาเสพติดเป็นเรื่องละเอียดอ่อน มีอันตราย ไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ติดยาด้วยมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดยังไม่ถูกต้อง ผู้ติดยาไม่สามารถเข้าถึงบริการ ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องจากพยาบาลและทีมบุคลากรสาธารณสุข จึงเห็นความจำเป็นต้อง พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาในชนบทพื้นที่สูง โดยปรับกระบวนการของการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ตามแนวคิดการดูแลบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาในชนบทพื้นที่สูง และจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Drop-in Center) เป็นสถานที่ให้ผู้ติดยา

ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นแกนนำเข้าร่วมปฏิบัติการในทุกระยะของโครงการ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ติดยาในพื้นที่สูงสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ อย่างทั่วถึง เป็นธรรม โดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์^{8,9} เป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และยกระดับการบริการพยาบาลตามมาตรฐานสากล ในวงกว้างของพยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดในทุกระดับ ของสถานบริการกระทรวงสาธารณสุข ทำให้สังคมปลอดภัยจากยาเสพติด ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดอยู่ในสังคมได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และชุมชน ดูแลกันด้วยความรัก ความเข้าใจ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนโดยใช้ทุนทางสังคม

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาในชนบทพื้นที่สูง
2. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาในชนบทพื้นที่สูง
 - 2.1 ความรู้ของพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข
 - 2.2 จำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in center)
 - 2.3 จำนวนผู้ติดยาที่เข้ารับการบำบัด คงอยู่ในระบบ เลิกเสพยาและเมทาโดน และคุณภาพชีวิต

กรอบแนวคิดในการดำเนินการ

การดำเนินการโครงการ ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยประยุกต์ใช้การพัฒนาตามเกลียวปฏิสัมพันธ์ของสตริงเกอร์ (Stringer)¹⁰ คือ ค้นหาปัญหา (look) คิดพิจารณา (think) และลงมือปฏิบัติ (act) การดำเนินการ 3 ระยะ (1) ศึกษาบริบทการดูแลผู้ติดยาในชนบทพื้นที่สูง (2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาใน

พื้นที่สูง และ (3) การนำสู่การปฏิบัติ และประเมินผลใช้แนวคิดมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (harm reduction) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา ใช้การพัฒนาคู่มือตามเกลียวปฏิสัมพันธ์ของสตริงเกอร์ (Stringer)¹⁰ ดำเนินการระหว่างปีงบประมาณ 2559-2562 โดยมีเป้าหมายความสำเร็จ คือ (1) รูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง และ (2) ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง แบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทการดูแลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง ระยะนี้ มีความสำคัญอย่างมากกับการทำงานในพื้นที่ การเข้าไปในพื้นที่ เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการของคนในพื้นที่ ประเมินศักยภาพของบุคลากร และทรัพยากร ทูทางสังคม ควบคู่ไปกับการสร้างสัมพันธภาพ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการดำเนินการในปีงบประมาณ 2559 โดยมีการดำเนินการดังนี้ (1) พบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดตาก เพื่อชี้แจงโครงการฯ ศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินการ (2) ประสานงานกับพยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 6 อำเภอ และเข้าชุมชน ลงศึกษาพื้นที่ของแต่ละอำเภอ ศึกษาพื้นที่จริง ที่เป็นพื้นที่เป้าหมายตามโครงการฯ และ (3) ประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้บริหารระดับอำเภอ ทีมพยาบาล และสหวิชาชีพที่ทำงานยาเสพติดทั้ง 6 พื้นที่ เพื่อชี้แจงโครงการฯ และแลกเปลี่ยนข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านมา ร่วมกับการประชุมกลุ่ม (focus group) เพื่อหาข้อมูลการดูแลผู้ติดยาเสพติดในแต่ละพื้นที่ การศึกษาบริบทการดูแลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง พบว่า ในพื้นที่มีรูปแบบการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่แตกต่างกัน 3 รูปแบบ คือ เมทาโดน โคดีนีน และทรามาดอล ซึ่งการบำบัดยังไม่ได้ผลดี ผู้ติดยา

ไม่สามารถเดินทางมารับยาที่ รพช. ได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดยาออกจากระบบ (drop out) สูง พยาบาลและทีมสหวิชาชีพขาดความรู้เรื่องการบำบัดผู้ติดยาด้วยเมทาโดนระยะยาว

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง เป็นการนำข้อมูลที่เกิดขึ้นมาใน ระยะที่ 1 มาวางแผนดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ โดยดำเนินการพัฒนา 2 วงรอบ ตามแนวคิดของสตริงเกอร์ ดำเนินการในปีงบประมาณ 2560-2562

วงรอบที่ 1 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ค้นหาปัญหา (look) เพื่อค้นหาข้อมูล และสภาพปัญหา ของการจัดระบบบริการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง โดย (1) ทบทวนเอกสาร และงานวิชาการเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาการติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง การบำบัดดูแลผู้ติดยาในรูปแบบต่าง ๆ การประเมินความรุนแรงการติดยา การคัดกรอง การประเมินอาการขาดยา และอยากยา การพยาบาลผู้ติดยา การจัดการบริการการดูแลผู้ติดยาทั้งในประเทศ และต่างประเทศ (2) จัดประชุมด้วยการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดยาในแต่ละพื้นที่ โดยแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 กลุ่มตามจังหวัด คือ กลุ่มที่มืองานจังหวัดเชียงใหม่ 12 คน ประกอบด้วยพยาบาล 6 คน สหวิชาชีพ 6 คน และกลุ่มที่มืองานจังหวัดตาก 9 คน ประกอบด้วย พยาบาล 3 คน สหวิชาชีพ 6 คน รวมผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้งหมด 21 คน ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพ ทีมสหวิชาชีพ และผู้นำชุมชนที่ทำงานกับผู้ติดยา พบประเด็นปัญหา คือ พยาบาลและทีมสหวิชาชีพมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ติดยาขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัด/ การดูแลผู้ติดยา ขาดความรู้ในการให้ยาเมทาโดน และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการให้ยาเมทาโดนระยะยาว

กิจกรรมที่ 2 คิดพิจารณา (think) เป็นการคิดวิเคราะห์ พิจารณาข้อมูล ความรู้ ความพร้อมของพยาบาลทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในการ

ดำเนินการดูแลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง โดย (1) ประชุม คณะทำงาน การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่น บนพื้นที่สูง ของ สบยช. ประกอบด้วย ทีมพยาบาล 5 คน เภสัชกร 1 คน และแพทย์ 1 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด มีประสบการณ์การดูแลผู้ ใช้ยา กลุ่ม opioid ไม่น้อยกว่า 10 ปี และมีความรู้ ความ เข้าใจเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อรับฟัง การนำเสนอข้อมูล ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน ที่ผ่านมา โดยพบประเด็น บุคลากรมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับผู้ติดฝิ่น ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ บำบัด และดูแลผู้ติดฝิ่นด้วยเมทาโดนตามมาตรฐานสากล และได้ข้อสรุป คือจัดอบรมให้ความรู้ในการดูแล ผู้ติดฝิ่น ปรับเจตคติของพยาบาล และสหวิชาชีพด้วย แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด กำหนดแนว ทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การพยาบาลผู้ ติดฝิ่นด้วยการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบ รอบด้าน โดยใช้เมทาโดนระยะยาว และการจัดตั้งศูนย์ลด อันตรายจากการใช้ยาเสพติดในพื้นที่ (2) ประชุมจัดทำ หลักสูตรสำหรับพยาบาล และทีมผู้ดูแลผู้ติดฝิ่นในพื้นที่ เพื่อกำหนดโครงสร้าง เนื้อหาหลักสูตร ระยะเวลาที่ใช้ และทีมวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย พยาบาล วิชาชีพ 5 คน เภสัชกร 1 คน และ แพทย์ 1 คน ซึ่งเป็น คณะทำงานของ สบยช. (3) กำหนดแผนการถ่ายทอด ความรู้ จัดการอบรมให้พยาบาล และภาคีเครือข่าย ผู้ดูแลผู้ติดฝิ่น มี 2 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรปรับเจตคติ เป็นหลักสูตร 3 วัน เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีมุมมอง ทัศนคติ เชิงบวกต่อการดูแลผู้ติดฝิ่น เข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยา เสริมสร้างพลังในการพัฒนาดตนเองและผู้ใช้ยาเสพติด และหลักสูตร การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็น หลักสูตร 3 วัน เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ แนวปฏิบัติการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และ สามารถจัดบริการได้อย่างเหมาะสม (4) ประชุม เพื่อกำหนดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการ พยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง

กิจกรรมที่ 3 ลงมือปฏิบัติ (act) เป็นการนำ แผน และหลักสูตรที่จัดทำขึ้น ไปถ่ายทอดให้กับ พยาบาลที่รับผิดชอบงานยาเสพติดของ รพช. และ รพ. สต. ในพื้นที่ ลงสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและปรับปรุง แก่ไข ซึ่งในระยะแรก เน้นการพัฒนากุศลกรให้มีความ พร้อมในการพยาบาลผู้ติดฝิ่นร่วมกับชุมชน โดย (1) จัด อบรมหลักสูตร ปรับเจตคติให้กับพยาบาลและทีม ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 3 รุ่น มีผู้เข้าร่วมอบรมจำนวน 125 คน และหลักสูตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จำนวน 3 รุ่น มีผู้เข้าร่วมอบรม 108 คน และให้ความรู้ เรื่องแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (2) จัด อบรมการพยาบาลผู้ติดฝิ่น ด้วยการให้เมทาโดนระยะ ยาวให้กับพยาบาล (3) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้พยาบาล และทีมดูแลผู้ติดฝิ่นทั้ง 6 พื้นที่ ศึกษาดู งานในแต่ละพื้นที่แลกเปลี่ยนกัน ยกวางรูปแบบการ พยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง (4) ลงพื้นที่นิเทศ ติดตาม การพยาบาลผู้ติดฝิ่นทั้ง 6 พื้นที่

การศึกษาในวงรอบที่ 1 ได้ “ร่าง” รูปแบบการ พยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ประกอบด้วย แนวทางการ มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การพยาบาลผู้ติดฝิ่นด้วย การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน โดย ใช้เมทาโดนระยะยาว และการจัดตั้ง drop-in center ผลการจัดอบรม พบว่า ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้หลัง การอบรม มากกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .05 ผลการนิเทศ พบว่า หลังจากที่ได้แต่ละ พื้นที่ได้แลกเปลี่ยนการศึกษาดูงาน ทำให้มีความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการจัดบริการมากขึ้น มองเห็น ปัญหาอุปสรรคในบางพื้นที่ และช่วยเสนอแนะเพื่อ นำไปพัฒนา ปรับปรุงการให้บริการในพื้นที่ของตนเอง

วงรอบที่ 2 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ค้นหาปัญหา (look) โดย (1) ประชุมศึกษา ปัญหา อุปสรรค ของการดำเนินการ ผู้เข้าร่วมประชุม เป็นพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ พื้นที่ละ 7 คน รวม 42 คน (2) ถอดบทเรียน ผลการดำเนินการ

แต่ละพื้นที่ โดยการสนทนากลุ่ม พยาบาลที่เป็นตัวแทนแต่ละพื้นที่ 6 คน พบประเด็น ผู้ติดฝิ่นขาดแรงจูงใจ ไม่สมัครใจเข้าสู่การบำบัด ผู้ติดฝิ่นไม่มั่นใจกระบวนการบำบัด ไม่เข้าใจรูปแบบการบำบัด ในช่วงของการติดตามผู้ป่วยกลับติดซ้ำ และออกจากระบบบริการ (drop out) สูง (3) นิเทศ ติดตามการดำเนินการในพื้นที่ ทั้ง 6 พื้นที่ พุดคุยกับพยาบาล ผู้นำชุมชน ทีมผู้ปฏิบัติงาน และผู้ติดฝิ่น ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ แลกเปลี่ยนทัศนคติ มุมมอง การดูแลผู้ติดฝิ่น เพื่อเก็บข้อมูล ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดูแลผู้ติดฝิ่น ดำเนินการ พื้นที่ละ 2 ครั้ง พบประเด็นปัญหา คือ ผู้ติดฝิ่นขาดแรงจูงใจ ไม่สมัครใจเข้าสู่การบำบัด ผู้นำให้ข้อมูลว่า ผู้ติดฝิ่นบางคนไม่ไว้วางใจ ไม่มั่นใจกระบวนการบำบัด คิดว่ามาดูแลแค่ระยะสั้นๆ ก็จะไป เหมือนโครงการที่ผ่าน จึงไม่เข้าสู่ระบบบริการ บางคนที่บำบัดในช่วงของการติดตาม พบว่า ผู้ป่วยกลับติดซ้ำ และออกจากระบบบริการสูง

กิจกรรมที่ 2 คิดพิจารณา (think) เป็นการรวบรวมประเด็นปัญหา นำเสนอผลงานในกลุ่มวิเคราะห์ หาแนวทางการดำเนินงานร่วมกันของพยาบาล และทีมผู้ดูแลผู้ติดฝิ่นในพื้นที่ เพื่อปรับปรุง “ร่าง” แนวทางการจัดบริการ โดยใช้การบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการดูแลรักษาเชิงบูรณาการในชุมชน เพื่อให้เกิดการรักษา ดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มนำเข้าสู่กระบวนการบำบัด ปรับเจตคติจนถึงขั้นติดตามการรักษา ประสานความร่วมมือกับหลายหน่วยงาน ทั้งส่วนของชุมชน สถานบำบัด และเครือข่ายทางสังคม ด้วยการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และสร้างจุดบริการในชุมชนเป็นศูนย์กลางลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยจัดประชุมคณะทำงานโครงการ เพื่อสรุปรูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ประกอบด้วยทีมพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดฝิ่นจำนวน 5 คน พบประเด็นปรับปรุง “ร่าง” รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง คือ ให้ผู้นำ อสม. มีความรู้ และสามารถ

ค้นหา คัดกรอง และจูงใจผู้ติดฝิ่นเข้าสู่การบำบัด และนำแนวคิด การบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และการบริการด้วยการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านมาประยุกต์ใช้ร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 ลงมือปฏิบัติ (act) เป็นการนำ “ร่าง” รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ไปทดลองใช้ในพื้นที่ และพิจารณาปรับแก้ร่วมกัน โดย (1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพิจารณา “ร่าง” แนวทางการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง กับทีมพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด (2) ตรวจสอบ “ร่าง” รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูงที่แก้ไข โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน (3) นำ “ร่าง” รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ไปทดลองใช้ในพื้นที่ ตามกำหนดวันเวลาในแผนปฏิบัติการ

การศึกษาในรอบที่ 2 พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ประกอบด้วย (1) แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (2) การพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ด้วยการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างรอบด้าน โดยใช้เมทาโดนระยะยาว และจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็นการบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน

ระยะ 3 การนำสู่การปฏิบัติ เป็นการดำเนินการหลังจากได้รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ได้นำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ มีการประเมินผลการดำเนินการ ได้แก่ คะแนนความรู้ก่อน-หลังอบรม จำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จำนวนผู้ติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัด การคงอยู่ในระบบบริการ การเลิกเสพยา และคุณภาพชีวิตของผู้ติดฝิ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (1) พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย พยาบาล เกษตรกร นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) และผู้ช่วยเหลือ

คนไข้ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านยาเสพติด จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดตาก จำนวน 21 คน (2) บุคลากรเครือข่าย ได้แก่ นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ตำรวจ ทหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และภาคประชาสังคม คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด จำนวน 49 คน และ (3) ผู้ติดฝิ่นในพื้นที่ของโครงการขยายผลจำนวน 565 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด ได้แก่ (1) แบบวัดความรู้การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็นแบบสอบถามที่ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีทั้งหมด 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนรวม 60 คะแนน (2) แบบสอบถาม คุณภาพชีวิตของผู้ติดฝิ่น มี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (7 ข้อ) ด้านจิตใจและอารมณ์ (7 ข้อ) ด้านสังคม (7 ข้อ) ด้านอาชีพและรายได้ (6 ข้อ) และด้านความผาสุกในชีวิต (7 ข้อ) รวม 34 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก 27 ข้อ เชิงลบ 7 ข้อ คะแนนรวม อยู่ระหว่าง 34-170 คะแนน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คุณภาพชีวิตไม่ดี มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80 คุณภาพชีวิตดีเล็กน้อย มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60 คุณภาพชีวิตปานกลาง มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40 คุณภาพชีวิตดีมาก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20 คุณภาพชีวิตดีมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00 (3) แบบบันทึกข้อมูลการดำเนินงานการบำบัดผู้ติดฝิ่นเก็บข้อมูลจำนวนผู้ติดฝิ่นในชุมชนที่เข้ารับการรักษา ผู้ติดฝิ่นที่คงอยู่ในระบบการบำบัด จำนวนผู้ติดฝิ่นที่เลิกเสพยาและเมทาโดน และจำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เครื่องมือเก็บข้อมูลทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความชำนาญเกี่ยวกับการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 5 คน แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ตรวจสอบ

ความเชื่อมั่น ด้วย Cronbach's alpha coefficient โดย try out กับผู้ติดฝิ่น ที่ตำบลป่าแดง อำเภอไชยปราการ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการตามหลักจริยธรรมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความรู้จักก่อนและหลังการอบรมด้วยสถิติ dependent t-test

ผลการศึกษา

รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยการกำหนดผู้ที่มีส่วนรวมหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ติดฝิ่นในชุมชน และคุณสมบัติของผู้ที่มีส่วนรวม และขั้นตอนการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง (2) การพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง เป็นขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านโดยการให้เมทาโดนระยะยาว และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายในชุมชน ซึ่งเป็นจัดตั้งสถานที่ให้บริการเชิงรุกในชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการเลือกสถานที่ที่เป็นสถานที่ของหน่วยงานรัฐ เช่น รพ.สต. อบต. ศาลาประชาคม เน้นความสะดวกในการเดินทางมารับเมทาโดน และบริการด้านสุขภาพเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน

ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง แบ่งเป็น 3 ส่วน (1) ความรู้จักก่อน-หลังการอบรม (2) จำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in center) และ (3) จำนวนผู้ติดฝิ่น การคงอยู่ในระบบ การเลิกเสพยา และคุณภาพชีวิต ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายฯ ของพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรเครือข่าย พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยา

วารสารกองการพยาบาล

เสพติด และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายฯ ของพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรเครือข่าย ทั้ง 2 พื้นที่

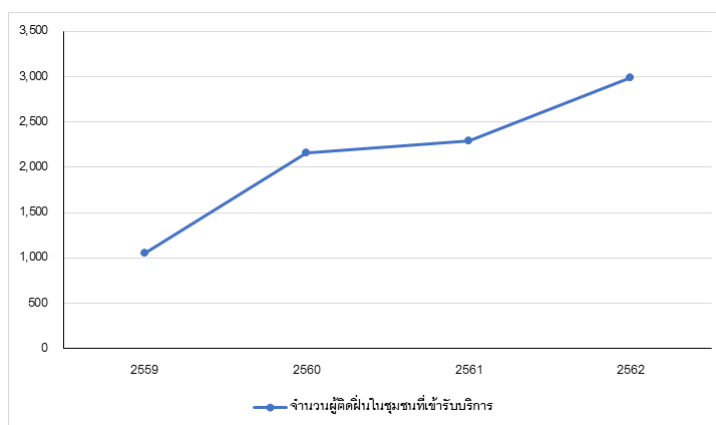
ภายหลังการอบรม สูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมจำแนกตามพื้นที่ (N 70 คน)

พื้นที่	Mean	SD	t-test	df	p-value
จังหวัดเชียงใหม่ (N 43)					
ก่อนอบรม	9.18	2.49	- 4.645	32	.001
หลังอบรม	11.39	2.50			
จังหวัดตาก (N 27)					
ก่อนอบรม	9.66	2.21	- 6.56	26	.001
หลังอบรม	11.77	1.80			

จำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in center) พบว่า จำนวนการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายฯ เพิ่มขึ้นจาก 14 แห่งในปี พ.ศ.2559 เป็น 27 แห่งในปี พ.ศ.2562 โดยอำเภอที่มีศูนย์ลดอันตรายฯ จำนวนมากที่สุด คือ อำเภออมก๋อย มี 13 แห่ง รองลงมา คือ อำเภอไชยปราการ และอำเภอแม่อำเภอรณมา

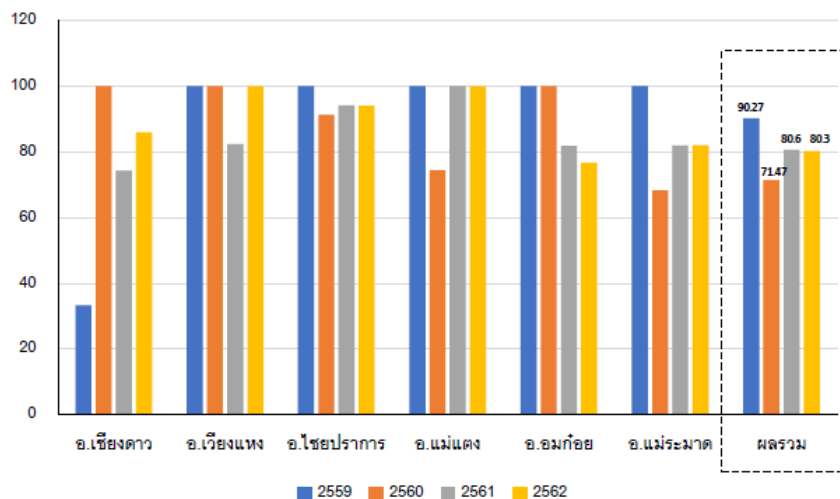
มีจำนวนเท่ากันอำเภอละ 4 แห่ง อำเภอเวียงแหง มี 3 แห่ง อำเภอแม่แตง มี 2 แห่ง และอำเภอเชียงดาว มี 1 แห่ง
จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดใน 2 จังหวัด 6 อำเภอ มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 1,054 คน ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 2,984 คนในปี พ.ศ.2562 (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบริการ

การคงอยู่ในระบบการบำบัด พบว่า ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์ลดอันตรายฯ ใน 2 จังหวัด 6 อำเภอ ส่วนใหญ่ ยังคงอยู่ในระบบการบำบัดในปี พ.ศ.

2559 ร้อยละ 90.27 ในปี พ.ศ. 2560 ลดลงเหลือ ร้อยละ 71.47 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2561 และ พ.ศ.2562 เป็น ร้อยละ 80.60 และ 80.03 ตามลำดับ (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 การคงอยู่ในระบบบริการของผู้เสพติดฝิ่น

การเลิกเสพฝิ่นและเมทาโดน พบว่า ผู้ติดฝิ่นที่ยังคงอยู่ในระบบการบำบัด สามารถเลิกเสพฝิ่นและเมทาโดนได้ มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2560 ร้อยละ 4.14 เป็น ร้อยละ 5.73 และ 12.3 ในปี พ.ศ. 2561 และ พ.ศ.2562 ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตของผู้ติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตราย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.65 ด้านความผาสุกในชีวิต ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม และด้านร่างกายคะแนนเฉลี่ยต่างอยู่ในระดับมากเช่นกัน ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68-3.83 ส่วนด้านอาชีพ และรายได้พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.21

อภิปรายผล

อภิปรายตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ประกอบด้วย (1) แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (2) การพยาบาลผู้ติดฝิ่น และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งเป็นบริการเชิงรุก ในชุมชนใช้กระบวนการพัฒนา มี 3 ขั้นตอน คือ ค้นหาปัญหา คิดพิจารณา และลงมือปฏิบัติ ดำเนินการ 2 วงรอบ ตามที่สติงเกอร์¹⁰กล่าวว่า กระบวนการพัฒนาสามารถเกิดขึ้นได้ซ้ำ ๆ โดยให้ความหมายต่อการ

พัฒนาในขั้นตอนต่อไป ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมพัฒนาทุกขั้นตอน เป็นการให้ความสำคัญกับภาคีเครือข่าย จึงเกิดความร่วมมือร่วมใจ เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง และต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ซึ่งรูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูงที่สำคัญคือ การพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาทดแทน (pharmacology) กล่าวคือ ผู้ติดฝิ่นเมื่อหยุดเสพฝิ่น จะมีอาการขาดยา จะรู้สึกทุกข์ทรมาน พยาบาลจะต้องประเมินอาการขาดยา โดยเน้นเรื่องการประหม่น และการจัดการความเจ็บปวด (pain management)¹² และอาการอยากยาให้ได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ เพื่อให้แพทย์สามารถปรับขนาดยาเมทาโดนได้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย อีกทั้งพยาบาลจะต้องให้ความรู้โดยการสอน ให้คำแนะนำ และสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยในการรับประทานยาเมทาโดน เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงในการได้รับยาเกินขนาด ตลอดจนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม ลดการตีตรา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการ สอดคล้องกับมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด¹³ มีเป้าหมายของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 4 ระดับ คือ (1)

เป้าหมายเบื้องต้น เป็นการลดอันตรายต่าง ๆ ที่มาจากการใช้ยาเสพติด และให้ผู้ที่ใช้ยาเสพติดได้รับสิทธิในการดูแลด้านสุขภาพ (2) เป้าหมายระยะสั้น คือ การป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเลือด (3) เป้าหมายเฉพาะ คือ การมุ่งใจให้ใช้เมทาโดนในระยะยาว แทนการใช้ฝิ่น และ (4) เป้าหมายสูงสุด คือ ลด ละ และเลิกยาเสพติดได้ หากยังไม่สามารถเลิกได้ ทำอย่างไรจะให้อยู่ในสังคมได้อย่างสมดุล ไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนเป็นการยืดหยุ่นการรักษา¹⁴ อีกทั้งเป็นการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดโดยใช้การสาธารณสุขในการแก้ปัญหา แทนการบังคับใช้กฎหมาย หรือการลงโทษ¹⁵ ซึ่งปัจจุบันได้มีการแก้ไขกฎหมายใหม่ โดยเน้นความสมัครใจในการรับการรักษา ไม่เน้นการจับกุมคุมขัง ด้วยการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความแตกต่างของแต่ละบุคคล ตามมาตรฐานสากล และการผลักดันของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคมทุกระดับ เข้ามามีส่วนร่วม ทัศนคติของผู้เกี่ยวข้องนับว่ามีความสำคัญ ซึ่งจากการศึกษาสภาพปัญหาในวงรอบที่ 1 นั้น พบว่า ทั้งบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรเครือข่าย และคนในชุมชน มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ติดยา การบำบัดด้วยยาเมทาโดนระยะยาวไม่สอดคล้องตามมาตรฐานสากล มีการต่อต้านแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการให้บริการเมทาโดนระยะยาว ดังนั้นการปรับทัศนคติจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นต่อความสำเร็จในการพัฒนา

การพัฒนาโครงการฯ ส่งผลให้สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ได้รับรางวัลรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ปี พ.ศ.2559 (Thailand Public Service Awards) ระดับ “ดีเด่น” ประเภทรางวัลบูรณาการการบริการที่เป็นเลิศ และปี พ.ศ.2563 ได้รับรางวัลระดับดีเด่นรางวัลเลิศรัฐ สาขาการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม (Thailand Excellent Participatory Governance Awards: TEPGA) ประเภทรางวัลสัมฤทธิ์ผลประชาชนมีส่วนร่วม

(effective change) ซึ่งเป็นรางวัลแห่งเกียรติยศที่คณะกรรมการการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) มอบให้กับหน่วยงานของรัฐเพื่อยกย่องเชิดชูหน่วยงานที่ได้มุ่งมั่นปฏิบัติราชการ ที่มีผลงานโดดเด่น จนประสบความสำเร็จ มีความเป็นเลิศระดับประเทศ

ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาบนพื้นที่สูง มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายฯ ของพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาภายหลังการอบรมสูงขึ้นมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ เนื่องจากการประเมินผลการฝึกอบรมทั้งก่อนและหลังการอบรมเป็นการประเมินผลการเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติในสิ่งที่หลักสูตรกำหนด โดยมีเป้าหมายสำคัญที่มุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ และมีการปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงาน ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์การทำงานของผู้เข้ารับการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่หน่วยงานฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ฝ่ายป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด และเครือข่ายแกนนำชุมชน ซึ่งลักษณะการจัดอบรมเน้นการแบ่งกลุ่มและนำเสนอความคิดเห็นของกลุ่มมากกว่าการบรรยาย ซึ่งเป็นกระบวนการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้เข้ารับการอบรมที่เป็นผู้ใหญ่ มีความรู้และประสบการณ์การทำงานมาแล้ว ดังนั้นการให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และทัศนคติในการทำงานด้วยกัน ย่อมส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจได้เร็วกว่าการเรียนแบบบรรยาย สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่สมัยใหม่ (modern adult learning theory) ของ Knowles¹⁶ ที่กล่าวว่า ผู้ใหญ่จะถูกชักจูงให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีถ้าหากตรงกับความต้องการ และความสนใจในประสบการณ์ที่

ผ่านมา จะก่อให้เกิดความพึงพอใจในการเรียนรู้ในสิ่งที่เรียนอยู่ ดังนั้นภายหลังการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดจึงทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนในการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น

2. จำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in center) มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 14 แห่ง ในปี พ.ศ.2559 เป็น 27 แห่งในปี พ.ศ. 2562 เกิดจากการดำเนินงานที่ผ่านมามากหลายปีที่มีการเตรียมความพร้อมที่รอบคอบ รอบด้าน บุคลากรมีความพึงพอใจ มีความเข้าใจ ผู้นำชุมชนเห็นความจริงใจ ตั้งใจและมุ่งมั่นของทีมงาน และเห็นว่าสามารถช่วยแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง ดังนั้นเมื่อทีมงานสามารถติดต่อประสานในการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายในชุมชน จึงยินดีให้ความร่วมมือ อีกทั้งบางชุมชนซึ่งเคยปฏิเสธในช่วงแรก ๆ ได้เปลี่ยนใจ และขอให้ทีมงานเข้าไปจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายในชุมชนของตนเอง ส่งผลให้เกิดการขยายบริการศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in Center) รวม 27 แห่ง

3. จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัด เนื่องด้วยการดำเนินงานนี้เป็นวัตรกรรมบริการเชิงรุกตามมาตรฐานสากล บนพื้นที่สูงของภาครัฐ โดยใช้สถานที่ของ รพ.สต. อบต. ในชุมชน นับว่าเป็นการแก้ปัญหาและช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดอย่างแท้จริง ทุกภาคส่วนมาช่วยกันและมีการค้นหา โดยให้ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ที่ผ่านการบำบัดเป็นผู้ชักชวน ซึ่งจะมีความเข้าใจ และไว้วางใจกัน อีกทั้งพยาบาลได้ให้การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดด้วยความเข้าใจ (empathy) ยอมรับ ไม่มีการตีตราผู้ป่วย¹⁷ และเป็นผู้ประสานความเข้าใจแก่คนในชุมชน ให้เกิดการยอมรับ ทำให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงทำให้มีผู้ติดยาเสพติดยอมเปิดเผยตัว และเข้ารับบริการเพิ่มขึ้น ผู้ติดยาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการ และเข้าสู่การดูแลในระบบ ทั้ง 6 อำเภอ จำนวน 2,984 คน

4. การคงอยู่ในระบบการบำบัด ในปี พ.ศ.2559 มีร้อยละ 90.27 และลดลงเหลือ ร้อยละ 80.03 ในปี

พ.ศ.2562 เนื่องจากมีผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายออกจากระบบการบำบัดรักษา ด้วยสาเหตุการเสียชีวิต ด้วยโรคประจำตัว ย้ายที่อยู่นอกพื้นที่ เสพติดยาเสพติด

5. การเลิกเสพยาเสพติดและเมทาโดน พบว่าผู้ติดยาเสพติดสามารถเลิกเสพยาเสพติดและเมทาโดนระยะยาว มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี 2560 ร้อยละ 4.14 และในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.73 และ 12.3 ในปี 2562 ตามลำดับ โดยผู้ติดยาเสพติดที่เลิกเสพยาเสพติดและเมทาโดนระยะยาวได้นั้น เกิดจากการที่ร่างกายไม่ทุกข์ทรมานจากการหยุดเสพยาเสพติด เนื่องจากใช้เมทาโดนเป็นตัวย่อย ควบคู่ไปกับการดูแลจากพยาบาลและสหวิชาชีพ ในการให้คำปรึกษาแนะนำทั้งทางด้านสุขภาพกาย ใจ และการวางแผนชีวิต รวมทั้งการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ที่ให้โอกาสในการประกอบอาชีพ สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติได้อย่างมีความสุข มีจิตใจที่เข้มแข็ง ไม่จำเป็นต้องพึ่งพียาหรือเมทาโดนอีกต่อไป

6. คุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติด หลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68-3.83) ซึ่งก่อนการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ส่วนใหญ่มีการใช้ หรือเสพยาเสพติดเป็นประจำ เนื่องจากวิถีชีวิตของชนเผ่ามีความสัมพันธ์กับฝิ่นในหลายรูปแบบ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข วัฒนธรรมและประเพณีมายาวนาน การเสพยาเสพติดเป็นระยะเวลานานมีผลให้ความจำเสื่อม ร่างกายซูบผอมลงเนื่องจากขาดสารอาหาร ขาดภูมิคุ้มกันโรค จึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย มักจะไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อม ขาดแรงจูงใจในการดำรงชีวิต เมื่อสมัครใจเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จะได้รับการดูแลสุขภาพครอบคลุม 10 ชุดบริการตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (MMT) เพื่อช่วยบรรเทาหรือบรรเทาอาการขาดยา ในขณะเดียวกันก็มีการดูแล

รักษาโรคร่วมต่าง ๆ รวมทั้งมีการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ส่วนระยะเวลาที่ผู้ติดฝิ่นมารับบริการ พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ยนาน 21.42 เดือน ซึ่งนานพอที่จะทำให้สุขภาพร่างกายของผู้ติดฝิ่นเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ผู้ติดฝิ่นจึงประเมินว่าคุณภาพชีวิตของตนเองโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการจัดการปัญหาเสพติดแบบใหม่ ภายใต้แนวคิดขององค์การสหประชาชาติ ที่เน้น quality of life, health and human right โดยมองผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วย และคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งตรงกับพระราชดำริของสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ที่ว่า “คนติดยาเสพติดเป็นคนหรือเปล่า ในเมื่อเขาเป็นคน เราช่วยเขาได้ไหม ถ้าช่วยเขาได้เท่ากับชุบชีวิตใหม่ให้เขาเราก็ควรทำ” จึงทำให้เกิดแนวคิดการดูแลผู้ติดยาเสพติด คือ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรกำหนดเป็นนโยบายหลักในการแก้ปัญหาเสพติดของประเทศที่ทุกภาคส่วนต้องนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน

1. ผู้บริหารการพยาบาลของสถานพยาบาลทุกระดับ ใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการ นิเทศ กำกับ ติดตามการปฏิบัติงาน และการพัฒนาโครงการต่าง ๆ ของบุคลากรทางการพยาบาล ในการพัฒนาระบบ หรือแนวทางการพยาบาลผู้ติดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด รวมถึงการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดประเภทอื่น และโรคอื่น ๆ

2. ควรส่งเสริม เสริมสร้าง การพัฒนาสมรรถนะผู้นำทางการพยาบาลทุกระดับ ให้พยาบาลวิชาชีพสามารถพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้สอดคล้องกับบทบาท และภารกิจ ตามลักษณะงานที่ปฏิบัติอยู่ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับทั่วประเทศ

3. พยาบาลที่ทำงานด้านยาเสพติด ควรมีทัศนคติที่ดี ทันสมัย สามารถพัฒนาสมรรถนะในการทำงานร่วมกับชุมชน และเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เริ่มจากพื้นที่เล็ก ๆ และมีความพร้อมทั้งผู้นำชุมชน สถานที่ มีการดำเนินการอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง และจริงจัง ทำให้พื้นที่อื่น ๆ เห็นถึงประโยชน์ และความจริงจังในการแก้ไขปัญหายาเสพติดจนสามารถยกระดับการบริการตามมาตรฐานสากล

References

1. Office of the Narcotics Control Board and Highland Research and Development Institute. Master Plan Royal Project Expansion Project to Solve Sustainable Opium Cultivation 4 years (2010-1893). Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2013. Thai.
2. Office of the Narcotics Control Board and Highland Research and Development Institute. Master Plan Royal Project Expansion Project to Solve Sustainable Opium Cultivation Phase 2 (2014-2018). Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2018. Thai.
3. Thanyarak Institute. Thailand's All-Round Drug Harm Reduction Guidelines. 1st ed. Bangkok: WVO officer of printing mill; 2010. Thai.
4. Family Health International (FHI). WHO/UNODC/UNAIDS position paper substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Bangkok: WVO officer of printing mill; 2007. Thai.
5. Thanyarak Hospital. Treatment textbook drug addict. Pathumthani: Vachara inter printing; 2001. Thai.
6. UNODC. Community Based Treatment and Care for Drug Use and Dependence Information Brief for Southeast Asia. [Internet]. 2014 April. [cited 2021 Oct 10]; Available from: https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbt/cbt_brief_EN.pdf
7. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Community based treatment and rehabilitation CBTx and best practices. Nonthaburi: The graphic system; 2019. Thai.
8. UNODC. Guidance for community-based treatment and care services for people affected by drug use and dependence in southeast asia. Bangkok: United Nations Office on Drugs and Crime, Regional Office for Southeast Asia and the pacific; 2014.
9. Royal Thai Government Gazette. national Strategy 2018-2037. [Internet]. 2018 October [cited 2021 Oct 15]; Available from: file:///C:/Users/USER/Downloads/Documents/T_0001.pdf. Thai.
10. Stringer ET. Action research 3rd ed. Los Angeles: Sage; 2007.
11. Sumnao Niban, Yaowares Nakayothinsakul, Ladda Khobthong. et al. Quality of life of opium addicts after treatment and rehabilitation at drop in center: case study the expanding of the royal project model to sustainably solve opium poppy cultivation program. Bangkok: Chulalongkon University Printing House; 2019. Thai.
12. Deniece AJ, Aisha A, Zenora T, Faye AG. Reviewing opioid use, monitoring, and legislature: nursing perspectives. International journal of nursing sciences. 2017;4(4):430-36.
13. Sharon S. Harm Reduction Approach to Treatment of All Substance Use Disorders. [Internet]. 2019 Aug [cited 2021 Oct 15]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558199/>.
14. Office of the Narcotics Control Board. Drug Prevention and Suppression Action Plan 2020-2022. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2020. Thai.
15. Somphot Anegasukha. Participatory Action Research.[Internet]. 2009 Oct. [cited 2021 Nov 20]; Available from: https://www.pharmacy.cmu.ac.th/unit/unit_files/files_download/2011-06-2210-52-

16. Knowles MS., Holton E F, Swanson R A. The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development. Boston: Taylor & Francis Ltd; 2005.
17. Nathan EK, Jaeyong C. Exploring social stigma toward opioid and heroin users among students enrolled in criminology, nursing, and EMT/paramedic courses. Journal of Criminal Justice Education. 2020;31(3):319-40.