

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน

นุชรีย์ ทองเจิม, พย.ม.*

ธีรวัฒน์ สุกุลมานนท์, พ.บ.**

ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร, พย.ม.***

Received: July 3, 2023

Revised: November 1, 2023

Accepted: November 3, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 60 คน เก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) กระบวนการ PAR ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผนพัฒนา 2) การปฏิบัติตามแผน 3) การสังเกตผล 4) การสะท้อนกลับเพื่อการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ปัญหา เป็นการนำทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนาศักยภาพชุมชนให้สามารถคิดวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผลในการแก้ปัญหาของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูมีกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาและคัดกรอง 2) การบำบัดฟื้นฟู 3) การฝึกอาชีพ และ 4) การติดตามช่วยเหลือ ผลของการนำรูปแบบไปปฏิบัติ (1) คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้สูงอายุเสพติดหลังใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ($M = 7.4, SD = 2.0$) ต่ำกว่าก่อนได้รับ ($M = 12.1, SD = 4.1$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเสพติดหลังใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ($M = 106.0, SD = 7.72$) สูงกว่าก่อนได้รับ ($M = 96.13, SD = 11.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 100 (3) อัตราการหยุดเสพต่อเนื่อง 1 เดือน 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 80 และ 66.66 ตามลำดับ

สรุป การบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ผ่านการบำบัดเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดี ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น ควรมีการขยายผลไปยังชุมชนอื่น ๆ ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: การบำบัด ยาเสพติด ชุมชนเป็นฐาน การพัฒนารูปแบบ ผู้สูงอายุเสพติด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: tatate265@hotmail.com

** นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่

The Development of Community Based Treatment and Care Model for Drug User

Nootcharee Thongjerm, M.N.S.*

Teerawat Sakulmanon, M.D.**

Laddawan Sitisarn, M.N.S.***

Abstract

This study is Participatory Action Research (PAR) aims to develop a model and study the effectiveness of the community-based drug user rehabilitation model. There were 60 participants in this study. In-depth interviews, focus group, and participatory planning techniques were used to collect data. The PAR process consists of 1) Problem analysis and planning to develop 2) Action 3) Observation 4) Reflection for development. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test and content analysis.

The results showed that PAR used a community-based process to solve the problem. It is the use of resources from the community to develop the community's potential to be able to think, analyze, plan, implement, and follow up to solve community problems in a concrete way. The rehabilitation therapy model has four activities: 1) search and screening, 2) rehabilitation therapy, 3) training, and 4) follow-up. Results of implementing the model (1) mean score on stress level of drug user, after using the Community Based Treatment and Care Model was statistically significantly lower ($M = 7.4$, $SD = 2.0$) than before ($M = 12.1$, $SD = 4.1$) at the 0.05 level, and mean score on quality of life level of drug user, after using the Community Based Treatment and Care Model was statistically significantly higher ($M = 106.0$, $SD = 7.72$) than before ($M = 96.13$, $SD = 11.31$) at the 0.05 level (2) The rate of complete treatment according to the criteria is as high as 100%. (3) The rate of stopping continued use for 1 month and 3 months is 80 percent and 66.66 percent, respectively.

In conclusion, rehabilitation therapy using community-based, drug users showed positive behavioral changes and got more accepted by family and community. This model should be extended to other communities and adapted to suit that local context.

Keywords: Treatment, Drug, Community base, Model development, Drug user

* Professional Level Registered Nurse, Aoluk Hospital, Krabi Province; Corresponding Author E-mail: tatate265@hotmail.com

** Professional Level Medical Doctor, Aoluk Hospital, Krabi Province

*** Professional Level Registered Nurse, Aoluk Hospital, Krabi Province

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดโลก จากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]) พบว่า ในปี 2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการใช้สารเสพติด ซึ่งเทียบได้กับจำนวน 1 ในทุก ๆ 18 คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่าจำนวนผู้ติดยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึง 26% เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2022) และมีการคาดการณ์ว่าในปี 2573 จะมีผู้ติดยาเสพติด 299 ล้านคน สำหรับประเทศไทยการแพร่ระบาดมีแนวโน้มที่มากขึ้นตามการขับเคลื่อนของอุปทาน (Supply) ของการผลิตยาเสพติดนอกประเทศ จากปริมาณยาเสพติดที่มีการลักลอบนำเข้าเพิ่มขึ้นส่งผลให้ยาเสพติดกระจายไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศ และด้วยกลยุทธ์การค้าของกลุ่มนักค้ายาเสพติด ทำให้ยาเสพติดมีราคาถูกลง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการใช้ยาเสพติดในประเทศ ผู้เสพยาใหม่เข้าสู่วงจรยาเสพติดมากขึ้น จากข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาที่เข้าสู่ระบบ จะพบสัดส่วนผู้เสพยาใหม่ถึงร้อยละ 70.34 ไม่นับผู้เสพยาจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา หลบซ่อน ไม่แสดงตัว จนเกิดภาวะเสพติดซ้ำ ซึ่งจะส่งผลต่ออาการทางจิตเวชจากยาเสพติด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) การแก้ไขปัญหานี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคี สิ่งที่จะช่วยให้ปัญหานี้ลดความรุนแรงลงคือ การช่วยให้ผู้เสพติดสามารถลด ละ หรือเลิกยาเสพติดได้ ผู้ปฏิบัติงานจึงมุ่งมั่นพัฒนาระบบงาน เพื่อคืนคนดีสู่สังคม ในการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 โดยถือว่า “ผู้เสพติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคม ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อลด ละ เลิกยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด (กระทรวงสาธารณสุข, กองบริหารสาธารณสุข, สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, 2565)

กระทรวงสาธารณสุข จึงได้พัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Base Treatment and Care) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการให้เกิดการบำบัดฟื้นฟูใกล้บ้าน หรือภายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่น ๆ เป็นวิธีการบำบัดในชุมชนที่แทรกแซงชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่าการรักษาอื่น สามารถใช้ชีวิตตามวิถีเดิม ชุมชนสามารถตรวจสอบได้ และช่วยให้ลดมลทินของผู้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ตลอดจนกระตุ้นให้ชุมชนมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ในทางบวก เพื่อให้ได้รูปแบบของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2562)

ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ตั้งแต่ปี 2563-2565 พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 62, 54 และ 68 ราย ตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประวัติเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ในจำนวนนี้เป็นผู้เสพยาใหม่เพียงร้อยละ 2.89, 3.54 และ 5.41 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง ผู้ใช้แรงงาน ยาเสพติดที่ใ้ช้มาก คือ ยาบ้า ผลการบำบัดฟื้นฟู พบว่า ผู้เข้ารับบำบัดฟื้นฟูมีอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัด ร้อยละ 71.22, 68.54 และ

66.12 ตามลำดับ หลังบำบัดฟื้นฟู ได้กลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ส่วนหนึ่งยังคงมีปัญหากลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และพบว่าปัญหาในการติดตามและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและการยอมรับผู้ป่วยยังมีน้อย (โรงพยาบาลอ่าวลึก, กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช, 2565) ซึ่งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลต่อการขาดงาน และค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย ที่พบว่าเป็นต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน ทั้งนี้การดูแลผู้ติดยาเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และการเข้ารับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยชุมชนเป็นฐาน ถือเป็นวิธีที่คุ้มค่าที่สุดในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยอ้างอิงเอกสารทั่วโลกระบุว่า ผู้ติดยาเสพติด ที่เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูโดยผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน มีอัตราการเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล และประวัติทางอาชญากรรมลดลงอย่างเห็นได้ชัด (วีรวัด อุครานันท์ และนันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2562)

จากที่กล่าวมาข้างต้น พื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง ในอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ซึ่งเป็นชุมชนพหุวัฒนธรรมที่กำลังเผชิญกับปัญหายาเสพติด มีผู้ติดยาเสพติดอยู่เป็นจำนวนมากที่สุดในอำเภอ ปี 2563-2565 มีจำนวน 12, 16 และ 21 ราย ตามลำดับ ผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่จะมีอาการทางจิตจากยาเสพติด นำส่งโรงพยาบาลมาด้วยอาการจิตเวชฉุกเฉิน ซึ่งเกิดจากการไปใช้สารเสพติด ได้ก่อเหตุความรุนแรง (โรงพยาบาลอ่าวลึก, กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช, 2565) และเมื่อบุคคลเหล่านี้กลับมาจากสถานพยาบาลผ่านการบำบัดยาเสพติดมาแล้ว กลับมาอยู่ที่บ้าน ในชุมชน พบเจอสิ่งแวดล้อมเดิม ก็จะกลับมาเสพซ้ำ บางรายครอบครัวไม่ยอมรับ บางรายไม่มีงานทำ ไม่เป็นที่ยอมรับของชุมชน จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ชุมชนตระหนัก ผู้นำชุมชนมีศักยภาพในการพัฒนาเพื่อให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง และมีความต้องการที่จะแก้ไขปัญหายาเสพติด และมีความพร้อมในการเข้าร่วมกระบวนการบำบัดในชุมชนตลอดกระบวนการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และกลุ่มแกนนำชุมชน เมื่อผู้นำชุมชนมีความเข้มแข็ง ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

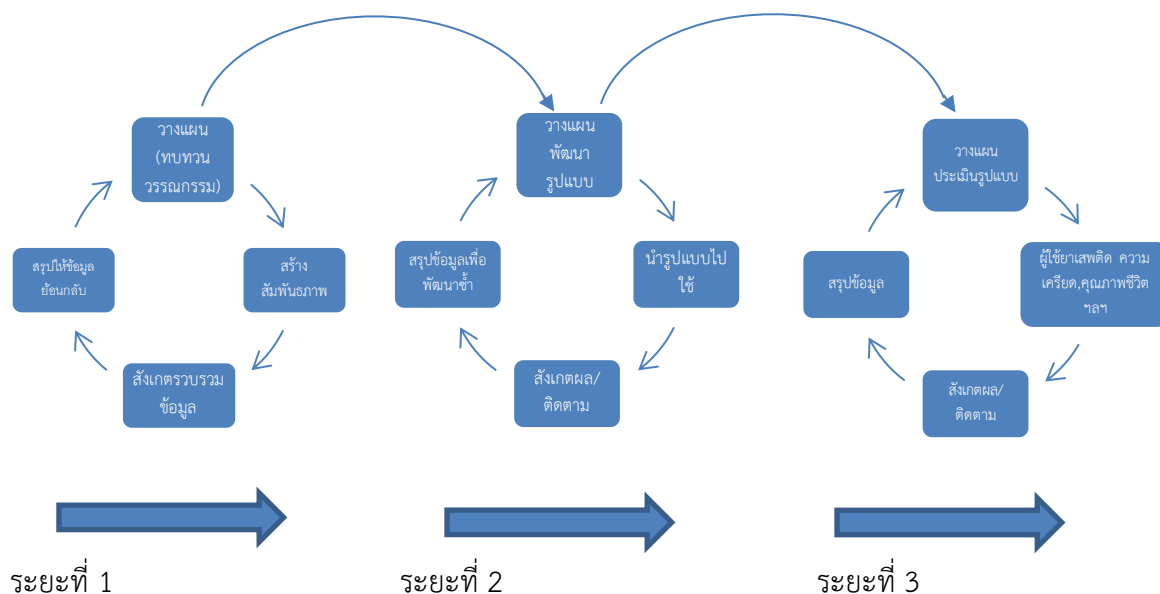
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR-Participatory Action Research) ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ (Kemmis & McTaggart, 1988) ตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ประกอบไปด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการ 3 รอบ ตามขั้นตอนดำเนินการดังนี้

ภาพที่ 1

แสดงวงจรการวิจัยปฏิบัติการ (PAR)



พื้นที่ทำการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการวิจัยในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง ในอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

ระยะเวลาดำเนินงานวิจัย ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งสิ้น 60 คน ได้แก่ แกนนำชุมชน 14 คน แพทย์ประจำตำบล 1 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 7 คน ผู้นำศาสนาอิสลาม 3 คน พัฒนาชุมชน 1 คน ตำรวจในพื้นที่ 1 คน บุคลากรสาธารณสุข 3 คน ผู้ใช้ยาเสพติด 15 คน และญาติผู้ติดยาเสพติด 15 คน

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เป็นผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัว และแกนนำชุมชน ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถเข้าร่วมกระบวนการและให้ข้อมูลโดยการกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ และกรณีไม่สามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองสามารถให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ของผู้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

3. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่อายุ 18 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย

1. มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

ขั้นตอนการวิจัย

การพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนพัฒนา (Planning)

1.1 ศึกษาสภาพปัญหา ก่อนการพัฒนา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มที่องค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่งในอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ผู้เข้าร่วมดำเนินการประกอบด้วย แกนนำชุมชน 14 คน แพทย์ประจำตำบล 1 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 7 คน ผู้นำศาสนาอิสลาม 3 คน พัฒนาชุมชน 1 คน ตำรวจในพื้นที่ 1 คน และบุคลากรสาธารณสุข 3 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 คน

1.2 การวางแผนและพัฒนา ดำเนินการจัดประชุมการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์เอาเทคนิคกระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) มาใช้จัดลำดับขั้นในการประชุมและปฏิบัติในการพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดในชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของชุมชน จนกระทั่งบรรลุเป้าหมายของการประชุมที่องค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่งในอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ จำนวน 2 ครั้ง จนได้ข้อสรุปการสร้างแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ภายใต้โครงการมา 1 โครงการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) ระยะนี้แกนนำชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมกับคณะวิจัย นำแนวทางการพัฒนาที่วางแผนไว้ ไปสู่การดำเนินโครงการ และกิจกรรมที่วางแผนไว้

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation) เป็นขั้นตอนสังเกตและวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานของการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ติดตามและรายงานผลให้ทีมดำเนินงานทราบ และประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรม โดยติดตามผลตามแผนปฏิบัติการ ผลหลังการบำบัดฟื้นฟูรักษาสิ้นสุด การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และประเมินผลจากความร่วมมือของผู้สูงอายุเสพติดและครอบครัวผู้สูงอายุเสพติด

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับเพื่อการพัฒนา (Reflection) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ดังนี้ การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป พัฒนาข้อตกลงร่วมกันอย่างยั่งยืน ให้สอดคล้องกับนโยบายท้องถิ่น ระบบงาน ทีมงาน ความต้องการที่เกิดจากคนในชุมชน

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือเชิงคุณภาพ และเครื่องมือเชิงปริมาณ

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group) การใช้เทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC)

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติด เพื่อรับการบำบัดกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.: V.2) แบบประเมินความเครียด แบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีรายละเอียด ดังนี้

2.1. แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ไข้ยาและสารเสพติด เพื่อรับการบำบัดกระทรงงสาธารณสุข (บคก.กสร.: V.2) เป็นแบบคัดกรองที่ใช้คำถาม 6 ข้อถาม ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ผลกระทบ และความห่วงใยของคนที่ใกล้ชิดที่มีต่อการใช้สารเสพติดว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือกคือ ไม่เคย หรือเคยใช้เพียง 1-2 ครั้ง หรือเดือนละ 1-3 ครั้ง หรือสัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง หรือเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน) โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความผิดปกติของการใช้สารเสพติดเป็น 3 ระดับคือคือ ระดับต่ำ (Mild) ระดับปานกลาง (Moderate) และระดับสูง (Severe) (กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, 2565)

2.2. แบบประเมินความเครียด ในการศึกษานี้ใช้แบบประเมินความเครียดด้วยตนเองสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2541) ซึ่งเป็นประเมินมาตรฐาน โดยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ และในแต่ละข้อ แบ่งระดับ ความเครียดออกเป็น 5 ระดับ ประกอบด้วย ไม่รู้สึกเครียด (ระดับความเครียด 1) รู้สึกเครียดเล็กน้อย (ระดับความเครียด 2) รู้สึกเครียดปานกลาง (ระดับความเครียด 3) รู้สึกเครียดมาก (ระดับความเครียด 4) รู้สึกเครียดมากที่สุด (ระดับความเครียด 5) เมื่อคิดคะแนนรวมจะสามารถแบ่งเป็นความเครียด ระดับน้อย (0 - 23 คะแนน) ระดับปานกลาง (24 - 41 คะแนน) ระดับสูง (42 - 61 คะแนน) ระดับรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป) แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและมิงงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันก่อนนำไปใช้ โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89 (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2558)

2.3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต มีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ใช้ยาเสพติดมากที่สุด ข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ข้อคำถามที่เป็นเชิงลบมีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2, 9 และ 11 คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2545)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวทางการการสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะโดยปรับเนื้อหาบางส่วนให้ครอบคลุมนิยามเชิงปฏิบัติการ และแนะนำให้ปรับสำนวนภาษาให้สอดคล้อง เหมาะสม และเข้าใจง่าย ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ค่า CVI = .90

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $<.05$ ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกระบี่ (เอกสารรับรอง KBO-IRB-2023/09.2505) ได้รับการรับรองวันที่ 25 พฤษภาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย ระยะเวลา วิธีการเก็บข้อมูล การรักษา ความลับ ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น สิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัยการพัฒนารูปแบบการ บำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ นำเสนอตามขั้นตอนการวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน

กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่เข้ารับการบำบัด จำนวน 15 คน พบว่า เป็นเพศชายทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 26.25 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพประมง คิดเป็นร้อยละ 66.66 ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมาเป็น ยาบ้า ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 คะแนนการคัดกรองอยู่ในช่วง 12-26 คะแนน อนุมาน ว่าเป็นผู้เสพ

1. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติดเป็นฐาน พบว่า เครือข่ายในชุมชน มีการสนับสนุนและ ส่งเสริมศักยภาพชุมชนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน อย่างสร้างสรรค์ มีขั้นตอนในการดำเนินการตามลำดับ คือ การเตรียมชุมชน การวิเคราะห์สภาพปัญหา การสร้างแนวทางการพัฒนา และวางแผนการสร้างรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน การวิเคราะห์ปัญหา พบว่า ผู้เสียหายเสพติดส่วนใหญ่จะมีอาการทางจิตจากยาเสพติด ได้ก่อเหตุรุนแรงในชุมชน และเมื่อกลับมาอยู่ในชุมชน กลับมาเสพยาซ้ำ ชุมชนไม่ยอมรับ ไม่มีรายได้ ดังตัวอย่างข้อความ ดังนี้

“พื้นที่ของเรา ส่วนใหญ่เป็นพวกใช้ยาเสพติด แล้วมีอาการคลุ้มคลั่ง เดินตามถนน ทำร้ายคนใน ครอบครัว ส่งไปบำบัดกลับมาแล้ว กลับมาใช้ยาซ้ำ บางคนครอบครัวไม่ยอมรับ กลัวถูกทำร้าย บางคนไม่มี งานทำ” (P1)

“เราจะมีแสงหาหรือคัดเลือกกลุ่มคนที่เข้ามา เป็นคนประเภทไหน ในชุมชนนี้ เราอยากจะดู คนที่ผ่านการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว ช่วยดูแลฟื้นฟูให้มีการมีงาน อยู่กับเราให้กินยา” (P2)

ส่วนการวางแผนพัฒนา มุ่งเน้นการนำศักยภาพและการสร้างสัมพันธ์ภาพของชุมชน องค์กรต่าง ๆ ใน พื้นที่เป็นผู้ร่วมดำเนินการ และมีการดำเนินการตามแผนที่ได้กำหนดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังตัวอย่าง ข้อความดังนี้

“เราจะใช้เวลา 1 เดือนในการบำบัด ให้มาอยู่ที่มีสยิด เรียนรู้หลักศาสนา ทำละหมาดและออก
ตะวัหฺ” ผู้นำศาสนาอิสลาม” (P3)

“ให้ฝึกอาซีฟ แล้วให้กินยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปรับตัวก่อนเข้าสู่ชุมชน และชุมชนเองก็ได้
ปรับตัว เฝ้าระวัง ให้ชุมชนปลอดภัย” (P4)

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้นาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

1) การค้นหาและคัดกรองผู้ใช้นาเสพติดในชุมชน การค้นหา ตามพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยฝ่าย
ปกครอง และตำรวจในพื้นที่ ดำเนินการค้นหาในชุมชน เมื่อพบผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ใช้การเชิญชวนไปตะวัหฺ
และทำการคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้แบบคัดกรอง (บคก.กสร.: V.2) ค้นหาคัดกรอง
ผู้ใช้นาเสพติดได้ทั้งหมด จำนวน 18 คน เข้าสู่กระบวนการบำบัด แบบสมัครใจ จำนวน 15 คน

2) การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้นาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ณ มีสยิด ตำบลแห่งหนึ่งในอำเภออ่าวลึก
จังหวัดกระบี่ มีทีมชุดปฏิบัติการประกอบด้วย สาธารณสุข ปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา
กระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟู ร่วมกันพัฒนาและร่วมกันคิด ได้แนวคิด “ศาสนานำ สาธารณสุขตาม”
การบำบัดทางจิตเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับการเข้ามาบำบัดฟื้นฟู จะเน้นในเรื่องการออกตะวัหฺ การละหมาด
และเรียนรู้หลักศาสนาอิสลาม ด้านสาธารณสุข ใช้หลักการบำบัดรักษาฟื้นฟู Matrix Program การสนทนา
แบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
(Cognitive Behavioral Therapy)

3) การฝึกอบรม ส่งเสริมการฝึกอาซีฟ เป็นการช่วยเหลือให้ได้มีการประกอบอาซีฟ มีงานทำ
โดยร่วมกับกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ประกอบด้วย วิสาหกิจชุมชนกลุ่มเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำในกระชัง และกลุ่มวิสาหกิจ
ชุมชน กลุ่มคัดแยกขยะ โรงขยะเพื่อสังคม ระยะเวลาการบำบัดรักษา ใช้เวลา 1 เดือน โดยรวมกิจกรรมที่ 3
และ 4 เข้าด้วยกัน

4) การติดตามช่วยเหลือ หลังการบำบัด โดยแกนนำชุมชน และอสม. ร่วมติดตามดูแลช่วยเหลือ
ด้านสุขภาพและสังคม ด้วยการเยี่ยมบ้านตรวจปัสสาวะหลังการบำบัดทุก 1 เดือน และ 3 เดือน เสริมรายได้
จากวิสาหกิจชุมชนของหมู่บ้าน และได้งบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม
ยาเสพติดมอบทุนในการประกอบอาซีฟ

2. การสะท้อนกลับเพื่อพัฒนา (Reflection) กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้นาเสพติดโดยชุมชน
เป็นฐาน ใช้การสะท้อนคิดจากผู้มีส่วนร่วมวิจัย ที่เป็นกลุ่มที่ดำเนินการวางแผนและพัฒนาารูปแบบการบำบัด
ฟื้นฟูผู้ใช้นาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน และนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการพัฒนารูปแบบ ดังตัวอย่างข้อความ
ต่อไปนี้

“ผมขอขอบคุณทีมงานภาคส่วนต่าง ๆ ที่มาช่วยกันขับเคลื่อนปัญหายาเสพติด รู้สึกว่าไม่
เดียวดาย มีแรงผลักดัน จูงใจ ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ นี่คือนวัตกรรมที่ช่วยกันคิด ช่วยกันทำเพื่อชุมชนเราจริง ๆ”
(P5)

“โครงการนี้ช่วยคนในพื้นที่ได้มาก ยกตัวอย่างเมื่อก่อนบางคนเคยทำร้ายมีะ ตอนนี้ พอเค้ามายู่
จุดนี้แล้ว ไปถามมีะ ดีขึ้นมากอยากให้ทำต่อ” (P6)

3. ผลการนำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานไปปฏิบัติ

ประเมินผลลัพธ์จากการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด ความเครียด คุณภาพชีวิต อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์และอัตราการหยุดเสพต่อเนื่อง

ผลการเปรียบเทียบระดับความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเสพติด ก่อนเข้ารับการบำบัด และหลังได้รับการบำบัดติดตามครบ 3 เดือน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้สูงอายุเสพติดหลังใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ($M = 7.4, SD = 2.0$) ต่ำกว่าก่อนได้รับ ($M = 12.1, SD = 4.1$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเสพติดหลังใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ($M = 106.0, SD = 7.72$) สูงกว่าก่อนได้รับ ($M = 96.13, SD = 11.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

แสดงผลการเปรียบเทียบระดับความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเสพติด ก่อนเข้ารับการบำบัดและหลังได้รับการบำบัดติดตามครบ 3 เดือน ($n=15$)

ตัวแปร	ก่อนการบำบัด		หลังบำบัดติดตาม		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความเครียด	12.1	4.1	7.4	2.0	-20.30	0.00*
คุณภาพชีวิต	96.13	11.31	106.0	7.72	-14.73	0.00*

ผลการบำบัดของผู้สูงอายุเสพติดส่วนใหญ่บำบัดครบตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 100 และผลการติดตามหลังการบำบัดครบ 1 เดือนของผู้สูงอายุเสพติด ส่วนใหญ่สามารถหยุดเสพได้ คิดเป็นร้อยละ 80 ผลการติดตามหลังบำบัดครบ 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 66.66 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเสพติด หลังได้รับการบำบัดและติดตามครบ 1 เดือน และ 3 เดือน จำแนกบำบัดตามเกณฑ์และหยุดเสพได้ ($n = 15$)

ติดตามหลังการบำบัด	ติดตามครบ 1 เดือน		ติดตามครบ 3 เดือน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บำบัดครบตามเกณฑ์	15	100	15	100
หยุดเสพต่อเนื่อง	12	80	10	66.66

อภิปรายผล

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน อภิปรายได้ดังนี้

1. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ได้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน ที่มีสภาดำบลแห่งหนึ่ง อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ มีกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาและคัดกรอง 2) การบำบัดฟื้นฟู 3) การฝึกอาชีพ และ 4) การติดตามช่วยเหลือ เป็นรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ใช้แนวคิด “ศาสนานำ สาธารณสุขตาม” เน้นในเรื่องการออกตะวะห์ การละหมาดและเรียนรู้หลักศาสนาอิสลาม ด้านสาธารณสุข ใช้หลักการบำบัดรักษาฟื้นฟู Matrix Program การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) และสลับกับการฝึกอาชีพเป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในทุกขั้นตอน เปิดโอกาสให้คนในชุมชน คิดและออกแบบวิธีการโดยชุมชนเอง ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนให้เริ่มต้นจากการร่วมกัน คิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเสียสละที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพร ผลงาม (2564) และสุณี อวรณ์ และวิทยา โครตทาน (2563) ที่พบว่า รูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัด ควรใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทุกขั้นตอนเปิดโอกาสให้คนในชุมชนออกแบบวิธีการ โดยเริ่มต้นจากการร่วมคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ โดยแบ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นช่วงก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัด และหลังการบำบัด ตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ชุมชนและประชาชนทั่วไป และรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานนี้ ยังมุ่งเน้นการบูรณาการหลักศาสนาอิสลามเข้าสู่ทุกกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เริ่มจากการค้นหาในชุมชนผู้ที่เข้าข่ายติดยาเสพติดมารวมตัวกัน เชิญชวนไปออกตะวะห์ เพื่อสร้างแรงจูงใจและขัดเกลามิติจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่า มัสยิดและองค์กรทางศาสนา มีบทบาทสำคัญในการดูแลมิติจิตวิญญาณ และการขัดเกลাজิตใจของ ผู้ติดยาเสพติด ระหว่างการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ (รอฮานี เจอะอาแซ และคณะ, 2561)

2. ผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานไปปฏิบัติ พบว่า สามารถช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดมีความเครียดลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ และอัตราการหยุดเสพต่อเนื่องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี อวรณ์และวิทยา โครตทาน (2563) นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2558) และอาภาศิริ สุวรรณานนท์ (2558) พบว่าปัจจัยความสำเร็จของการบำบัด ส่วนหนึ่งคือกิจกรรมบำบัด ควรมีความน่าสนใจ และเหมาะสมกับสภาพพื้นที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัว ความร่วมมือของชุมชน ซึ่งจากผลการวิจัยนี้ผลของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานในมัสยิด ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ช่วยให้ผู้ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านต่าง ๆ ร้อยละ 80 ของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสามารถหยุดเสพยาได้ 1 เดือน และร้อยละ 66.66 สามารถหยุดเสพยาได้ต่อเนื่อง 3 เดือน แต่ยังมีบางรายที่กลับไปเสพซ้ำหลังผ่านการบำบัด เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคจิตเภทเดิมและเป็นผู้ติดยาเสพติดมาก่อน แล้วมาติดยาเสพติดจากการชักจูง บางรายกลับไปทำงานที่เดิม กลับไปเสพซ้ำ เนื่องจาก

ขาดทักษะการปฏิเสธ และการจัดการตัวกระตุ้น ผู้บำบัดจะมีบทบาทเป็นผู้จัดการดูแลผู้ใช้นยาเสพติด (Case Manager) ในการจัดการดูแลผู้ใช้นยาเสพติดเฉพาะรายตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาให้กับแกนนำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการติดตามหลังการบำบัด เพื่อเฝ้าระวังการกลับมาเสพซ้ำ และการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ใช้นยาเสพติด ยังเป็นผลของการดำเนินงานตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้นยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐและภาคีเครือข่าย และชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้นยาเสพติดและการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดประสบผลสำเร็จมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ญฐพร ผลงาม (2564) สุณี อวรรณและวิทยา โคตรท่าน (2563) เอกรัตน์ หามนตรี (2561) สุริรัตน์ ปราณี (2560) และชโลธร อัญชลีสหกร (2558) ที่พบว่าการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดช่วยให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดประสบผลสำเร็จมากขึ้น ดังนั้น รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้นยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน จึงสามารถช่วยให้ผู้ใช้นยาเสพติดปรับเปลี่ยนลด ละเลิกยาเสพติด ลดความเครียดและนำไปสู่การคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุป การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้นยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน มีกระบวนการดำเนินงานที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ใช้นยาเสพติดอย่างคุ้มค่า คุ้มค่า ครอบคลุม เข้าถึงง่าย เน้นการใช้หลักศาสนาอิสลามในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และเกิดการสร้างงาน สร้างอาชีพ มีระบบการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กลุ่มคนเหล่านี้สามารถ กลับไปทำประโยชน์ให้เกิดแก่ตนเอง ครอบครัว และสังคมได้อย่างสมภาคภูมิต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการขยายการดำเนินการตามแนวคิด Community based approach ในพื้นที่อื่นที่มีปัญหาด้านยาเสพติดที่รุนแรง โดยคำนึงถึงความพร้อม ศักยภาพของชุมชน และบุคลากรเครือข่ายในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ใช้นยาเสพติด ไม่กลับไปเสพซ้ำหลังผ่านกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้นยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์. (2565). แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด.

<https://www.chiangmaihealth.go.th/document/221101166727744069.pdf>

กระทรวงสาธารณสุข, กองบริหารการสาธารณสุข, สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. (2565). แนวทางการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด. <https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/31037>

ชโลธร อัญชลีสหกร. (2558). กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนกรณีศึกษา สารกัมมิตถ์ อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ณัฐพร ผลงาม. (2564). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, 1(2), 49-71.
- นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2558). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสติดยาบ้า: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รอฮานี เจอะอาแซ, ฮัสณัฐ โต๊ะพา, คอลีเยาะ เจอะแว, ปารี่ตะ บิลล่าเต๊ะ, สุไฮดาร์ แวเตะ, เจ๊ะยาริ เยาะ เจอะไซ๊ะ, และณมาพร หนูเพชร. (2561). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการใช้สารเสพติดโดยใช้มัสยิดเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมในจังหวัดปัตตานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 10(1), 67-76.
- โรงพยาบาลอ่าวลึก, กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช. (2565). *สรุปผลการดำเนินงานยาเสพติด*.
- วีรวัธ อูรณานันท์ และนันทา ชัยพิชิตพันธ์ (บ.ก.). (2562). *แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติที่ดี*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลอู่หลวงภูเก็ต.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2564). *รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำปี 2564*. สำนักยุทธศาสตร์, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2562). *แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดปี 2561*. สำนักยุทธศาสตร์, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- สุณี อวารณ์, และวิทยา ไครตท่าน. (2563). การพัฒนารูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในสถานประกอบการอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(2), 72-85.
- สุรรัตน์ ปรานิ. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดกรณีศึกษาศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอำเภอหาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี*. ใน 3rd National and International Conference on Administration and Management; 26-27 มกราคม 2560 (หน้า 72-79). มหาวิทยาลัยรังสิต.
- สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, รวีวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2541). การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. *วารสารสวนปรุง*, 13(3), 1-20.
- อาภาศิริ สุวรรณานนท์. (2558). การศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. *วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต*, 11(2), 213-222.
- เอกรัตน์ หามนตรี. (2561). ความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง. *วารสารมหาจุฬานาครทรรค์*, 5(2), 434-451.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1998). *The action research planer (3rd ed.)*. Deakin University.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World drug report 2022*.
https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1.pdf