

การพัฒนาแบบการป้องกันการเสพติดของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด: การบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี

สุพรรณ กองศรีมา¹, ขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์¹, รัชฎาภรณ์ มีคุณ²
(วันที่รับบทความ: 4 พฤศจิกายน 2568; วันที่แก้ไข: 7 ธันวาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 18 มกราคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด 2) พัฒนาการป้องกันการเสพติดโดยใช้กรอบแนวคิด H.O.P.E. Framework และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ดำเนินงาน 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 (R₁) วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยจากภาคีเครือข่าย 26 คน ระยะที่ 2 (D₁) ออกแบบและพัฒนารูปแบบตามกรอบ H.O.P.E. Framework ระยะที่ 3 (R₂) ทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง 4 อำเภอ กับผู้ผ่านการบำบัด 30 คน ระยะที่ 4 (D₂) ปรับปรุงและทดสอบประสิทธิผลกับผู้เข้าร่วม 140 คน และ ระยะที่ 5 สรุปผล เผยแพร่ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ McNemar's chi square test ที่ระดับ 0.05 ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ปีงบประมาณ 2567 มีอัตราเสพติดร้อยละ 13.01 โดยร้อยละ 23.49 มีอาการทางจิตร่วมด้วย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสพติด ได้แก่ 1) ระดับบุคคล: ความคุ้นเคยกับสารเสพติด ทักษะการรับมือกับการใช้ยา และขาดทักษะการเผชิญปัญหา 2) ระดับครอบครัว: ความขัดแย้งและปัญหาความสัมพันธ์ และ 3) ระดับสังคม: สภาพแวดล้อมเดิม การถูกตีตรา และขาดโอกาสทางอาชีพ รูปแบบ H.O.P.E. Framework ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ (H) การสนับสนุนทางจิตใจเพื่อเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจ (O) การสร้างเครือข่ายสังคมเพื่อฟื้นฟูความสัมพันธ์ (P) การพัฒนาทักษะอาชีพเพื่อสร้างรายได้และความมั่นคง และ (E) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ขับเคลื่อนผ่านทีมอูตรโมเดล 5 เสือ Plus และกระบวนการชุมชนล้อมรั้ว (CBTx) ผลการประเมินประสิทธิผลพบว่า หลังเข้าร่วมโครงการ อัตราการเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 32.86 เหลือร้อยละ 6.43 (p-value <0.001) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นจาก 16.36 เป็น 47.17 คะแนน (p-value <0.001) และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 67.00 เป็น 95.14 คะแนน (p-value <0.001) โดยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.58, S.D. = 0.12)

งานวิจัยนี้เสนอแนะเชิงนโยบายให้บูรณาการแผนพัฒนาอาชีพร่วมกับกองทุนหมู่บ้านเพื่อสร้างความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัด

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเสพติด, การสนับสนุนทางจิตสังคม, การพัฒนาอาชีพ, ผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด, H.O.P.E. Framework

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, E-mail: Supatkongsrma@gmail.com, sarabun_udon@moph.go.th

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, E-mail: ratchadakorn.meekhun@gmail.com
Corresponding author: รัชฎาภรณ์ มีคุณ, E-mail: ratchadakorn.meekhun@gmail.com

Development of a Relapse Prevention Model for Post-Treatment Drug Rehabilitation Participants: Integration of Psychosocial and Vocational Support in Udon Thani Province

Supat Kongsrima¹, Kwanchanok Siriwatanakan¹, Ratchadakorn Meekhun²

(Received: 4th November 2025; Revised: 7th December 2025; Accepted: 18th January 2026)

Abstract

This research and development (R&D) study aimed to 1) examine factors associated with substance use relapse, 2) develop a relapse prevention model using the H.O.P.E. Framework, and 3) evaluate its effectiveness. The study comprised five phases: (R₁) analyzing situation and factors from 26 network representatives; (D₁) designing and developing the H.O.P.E. Framework model; (R₂) pilot testing in four districts with 30 participants; (D₂) refinement and effectiveness testing with 140 participants; and summarizing, disseminating, and formulating policy recommendations. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics (paired t-test and McNemar's chi-square test at $\alpha = 0.05$). Qualitative data were analyzed using content analysis.

Findings revealed a 13.01% relapse rate in fiscal year 2024, with 23.49% exhibiting psychiatric comorbidity. Relapse factors included individual-level (substance familiarity, positive drug attitudes, inadequate coping skills), family-level (conflicts, relationship problems), and social-level (previous environments, stigma, limited employment). The H.O.P.E. Framework consisted of: (H) Healing Support for skills and confidence; (O) Outreach Connection for social relationships; (P) Professional Development for income stability; and (E) Evaluation & Follow-up for continuous monitoring, implemented through the Udon Model 5 Tigers Plus team and CBTx process. Effectiveness evaluation showed statistically significant improvements: relapse rate decreased from 32.86% to 6.43% (p-value <0.001), self-efficacy increased from 16.36 to 47.17 points (p-value <0.001), and quality of life improved from 67.00 to 95.14 points (p-value <0.001), with highest satisfaction (Mean = 4.58, S.D. = 0.12).

The study recommends integrating vocational development with village funds to ensure sustainability in addressing substance use problems and improving rehabilitation graduates' quality of life.

Keywords: Relapse prevention model development, Psychosocial support, Vocational development, Post-treatment drug rehabilitation participants, H.O.P.E. Framework

¹ Public Health Technical Officer Senior Professional, Udon Thani Provincial Public Health Office, E-mail: Supatkongsrima@gmail.com, sarabun_udon@moph.go.th

² Public Health Technical Officer Professional, Udon Thani Provincial Public Health Office, E-mail: ratchadakorn.meekhun@gmail.com

Corresponding author: Ratchadakorn Meekhun, E-mail: ratchadakorn.meekhun@gmail.com

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นวิกฤตสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อระดับโลก องค์การสหประชาชาติ¹ รายงานว่ามีผู้ต้องการการบำบัดกว่า 35 ล้านคนในประเทศไทย ปี 2566 กระทรวงสาธารณสุขประมาณการว่ามีผู้เคยใช้สารเสพติดประมาณ 6 ล้านคน แต่เข้าสู่ระบบบำบัดเพียงร้อยละ 25² ทั้งที่ภาครัฐมีนโยบาย “ผู้เสพคือผู้ป่วย” ความท้าทายสำคัญ คือ อัตราการเสพยา (Relapse) สูงถึงร้อยละ 30-40 ภายใน 1 ปีแรกหลังบำบัด³

ในทางการแพทย์ การติดยาเสพติดถูกจัดเป็นโรคสมองเรื้อรัง (Chronic brain disease) ที่กลับเป็นซ้ำได้ง่าย⁴ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยา มีหลายมิติ ทั้งปัจจัยภายใน เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความอยากยา และปัจจัยภายนอก เช่น การขาดโอกาสทางอาชีพ การถูกตีตรา และการขาดเครือข่ายสนับสนุน⁵ สำหรับจังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นศูนย์กลางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูลระบบบำบัดรักษา⁶ พบว่าปีงบประมาณ 2567 มีผู้เข้ารับการบำบัด 6,878 ราย และยังประสบปัญหาการบำบัดซ้ำเนื่องจากขาดการติดตามต่อเนื่องและทักษะอาชีพ

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดแบบจิตสังคม (Psychosocial treatment) มีประสิทธิผลในการลดการเสพยา⁷⁻⁸ ขณะที่ การพัฒนาอาชีพ (Vocational development) เป็นปัจจัยปกป้องสำคัญที่ช่วยให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับคืนสู่สังคมได้ อย่างมีศักดิ์ศรีและสร้างความรู้สึกรับคุณค่าในตนเอง⁹⁻¹⁰ การผสมผสานทั้งสองมิติจึงเป็นรูปแบบการแทรกแซงแบบบูรณาการ (Integrated intervention model) ที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม ยังขาดรูปแบบที่บูรณาการทั้งสองมิติอย่างเป็นระบบในบริบทไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีลักษณะสังคมวัฒนธรรม และเศรษฐกิจแตกต่างจากพื้นที่เมือง รูปแบบที่มีอยู่เน้นการดูแลในสถานพยาบาลเป็นหลัก แต่ขาดกลไกเชื่อมโยงกับระบบดูแล

ต่อเนื่องในชุมชน ส่งผลให้เกิดช่องว่างการดูแลระหว่างการจำหน่ายจากสถานบำบัดกับการติดตามในชุมชน ซึ่งเป็นช่วงวิกฤตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสพยา โดยเฉพาะใน 3 เดือนแรก นอกจากนี้ การบูรณาการระหว่างหน่วยงาน (สาธารณสุข แรงงาน สวัสดิการสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ยังมีข้อจำกัดในการประสานงาน และการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงประสิทธิผลของรูปแบบบูรณาการที่พัฒนาในบริบทพื้นที่จริง

การวิจัยนี้จึงพัฒนารูปแบบการป้องกันการเสพยาที่บูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมกับการพัฒนาอาชีพผ่านกรอบแนวคิด H.O.P.E. Framework ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนการเยียวยาจิตใจ (Healing support) การสร้างเครือข่ายชุมชน (Outreach connection) การพัฒนาทักษะอาชีพ (Professional development) และการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง (Evaluation & Follow-up) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยา พัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบต่อการลดการเสพยาและการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดในจังหวัดอุดรธานี เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบดูแลผู้ติดยาเสพติดระดับชุมชนที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยการบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยการบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด

โดยการบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคม ร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด พัฒนารูปแบบ และประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด: การบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี ดำเนินงาน 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 (R₁) การวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยเก็บข้อมูลจากตัวแทนภาคีเครือข่าย 26 คน ระยะที่ 2 (D₁) การออกแบบและพัฒนารูปแบบตามกรอบ H.O.P.E. Framework ระยะที่ 3 (R₂) การทดลองใช้และประเมินผลเบื้องต้นในพื้นที่นำร่อง 4 อำเภอ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด 30 คน ระยะที่ 4 (D₂) การปรับปรุงและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบในทุกอำเภอของจังหวัดอุดรธานี โดยมีกลุ่มตัวอย่างรวม 140 คน และระยะที่ 5 การสรุปประเมินผลเผยแพร่ผลการวิจัยและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤศจิกายน 2568

ประชากร คือ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่จำหน่ายออกจากสถานฟื้นฟูสมรรถภาพและสถานพยาบาลยาเสพติด ในจังหวัดอุดรธานี ภายในระยะเวลา 6 เดือน จำนวนทั้งสิ้น 3,489 คน⁶ (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567)

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบฯ ได้แก่ 1) ผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 15 คน ประกอบด้วยผู้บริหาร 5 คน คัดเลือกจากผู้มีอำนาจตัดสินใจด้านนโยบายระดับจังหวัด ได้แก่ รองผู้ว่าราชการ

จังหวัด ที่รับผิดชอบงานด้านป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 1 คน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 1 คน ท้องถิ่นจังหวัด 1 คน แรงงานจังหวัด 1 คน และหัวหน้าศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด 1 คน และผู้ปฏิบัติงาน 10 คน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด 10 คน คัดเลือกจากเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ทำงานด้านยาเสพติดอย่างน้อย 2 ปี และยินยอมให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4 คน (อำเภอ นำร่อง) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ตำรวจ 1 คน ตัวแทนปลัดอำเภอหัวหน้าฝ่ายความมั่นคง 1 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 คน ตัวแทนจากสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดอุดรธานี 1 คน และตัวแทนจากกองทุนแม่ของแผ่นดินจังหวัดอุดรธานี 1 คน และ 2) ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ครอบครัวและชุมชน จำนวน 6 คน และกลุ่มที่ 2 บุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน รวมผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 11 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ทดลองใช้รูปแบบ (Try out) คือ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน ในพื้นที่นำร่อง 4 อำเภอ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด

กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในจังหวัดอุดรธานี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบที่ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพลที่ระดับ 0.25 ตามเกณฑ์มาตรฐานของ Cohen (1988)¹¹ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 126 คน ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10

เพื่อชดเชยการสูญหายของข้อมูล รวมได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 140 คน

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครอบคลุมพื้นที่ขยายผลอีก 16 อำเภอของจังหวัดอุดรธานี (นอกเหนือจากอำเภอนำร่อง) คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอตามสัดส่วนของประชากรจริง จากนั้นทำการสุ่มรายชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละอำเภอด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากบัญชีรายชื่อผู้ผ่านการบำบัดจนได้ครบตามจำนวนที่กำหนด โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) อายุระหว่าง 18-60 ปี ที่ผ่านการบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง 2) มีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดระยะเวลา และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือทางกายรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) ต้องโทษจำคุกในระหว่างการวิจัย และ 3) ย้ายถิ่นที่อยู่ออกนอกพื้นที่ระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guide) สำหรับผู้ผ่านการบำบัดบุคลากรผู้ให้บริการ ครอบครัวและชุมชน

2) แบบสนทนากลุ่ม สำหรับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ

3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 5 ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเสพและการบำบัด สภาพครอบครัวและสังคม แบบประเมินสถานการณ์มีงานทำและรายได้ และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4) แบบบันทึกการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด

5) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

6) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ H.O.P.E. Framework

คุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และถือว่าค่าที่เกิน 0.50 นั้นใช้ได้ แสดงว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์¹² สำหรับรูปแบบฯ ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมและความปลอดภัยจากผู้เชี่ยวชาญผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดยาเสพติด ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตสังคมและการพัฒนาอาชีพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนารูปแบบ พบว่ารูปแบบฯ มีความเหมาะสมและความปลอดภัยเพียงพอ ค่าเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 1.00 และหาความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 0.91 แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI เท่ากับ 0.89 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ H.O.P.E. Framework เท่ากับ 0.84 ซึ่งทุกค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (>0.70)

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าสูงสุด-ต่ำสุด และใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ McNemar's chi square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.05) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 7568 ลงวันที่ 27 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

พบว่า ช่วงเวลาวิกฤตที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อการเสพยาเสพติดคือช่วง 3 เดือนแรกหลังจำหน่ายจากศูนย์บำบัด ปัจจัยเสี่ยงสำคัญแบ่งเป็น 5 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ด้านจิตใจ ผู้ผ่านการบำบัดมีความเครียดวิตกกังวล โดดเดี่ยว และขาดเป้าหมายในชีวิต 2) ด้านครอบครัว มีความขัดแย้ง ขาดความเข้าใจ และการใช้อารมณ์ตำหนิ 3) ด้านสังคม การถูกตีตราจากชุมชน และแรงดึงดูดจากกลุ่มเพื่อนเสพยาเดิม 4) ด้านเศรษฐกิจ การว่างงานและขาดรายได้ เป็นปัจจัยเร่งที่สำคัญที่สุด และ 5) ด้านระบบบริการ ขาดการติดตามดูแลต่อเนื่องและขาดการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ในทางกลับกัน ปัจจัยป้องกันที่สำคัญคือการมีงานทำที่มั่นคง การมีครอบครัวสนับสนุน และการมีพี่เลี้ยง (Mentor) คอยให้คำปรึกษา

2. รูปแบบการป้องกันการเสพยาเสพติดตามกรอบ H.O.P.E. Framework รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ขับเคลื่อนผ่านกลไก “อูตรโมเดล 5 เสือ Plus” ประกอบด้วย

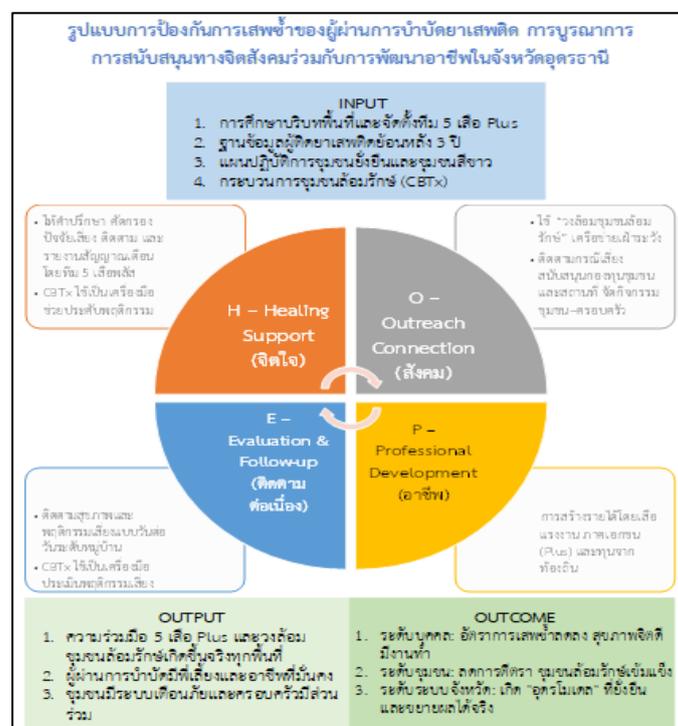
ฝ่ายปกครอง, สสจ., สสอ., ตำรวจ, ท้องถิ่น, แรงงาน, พม., เรือนจำ, อสม. และกระบวนการ “ชุมชนล้อมรั้ว (CBTx)” ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักตามกรอบแนวคิด H.O.P.E. ดังนี้

H - Healing support (การสนับสนุนทางจิตใจ): เน้นการให้คำปรึกษารายบุคคล ครอบครัวบำบัด และการจัดการความเครียด

O - Outreach connection (การสนับสนุนทางสังคม): การสร้างเครือข่ายพี่เลี้ยง การเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมชุมชนสัมพันธ์

P - Professional development (การพัฒนาทักษะอาชีพ): การฝึกอบรมอาชีพระยะสั้น การฝึกงาน และการจับคู่งาน (Job matching)

E - Evaluation & Follow-up (การติดตามต่อเนื่อง): ระบบติดตามรายสัปดาห์ การตรวจปัสสาวะ และการประเมินคุณภาพชีวิต ผลการพัฒนาพบว่ารูปแบบนี้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในบริบทพื้นที่จริง สามารถสร้างความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพและชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินการป้องกันการเสพยาเสพติดของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด จังหวัดอุดรธานี

3. ประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการเสพซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยการบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคม ร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 77.14 มีอายุเฉลี่ย 38.44 ปี (S.D. = 11.56) โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 30-44 ปี ร้อยละ 41.43 ส่วนใหญ่สมรสคู่ ร้อยละ 48.57 และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 47.43 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.29 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 37.14 และมีที่พักอาศัยเป็นของตนเองหรือครอบครัว ร้อยละ 68.57 ด้านประวัติการเสพและการบำบัด พบว่า สารเสพติดหลักที่ใช้คือยาบ้า ร้อยละ 72.86 โดยเริ่มเสพครั้งแรกในช่วงอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 48.57 และมีระยะเวลาการเสพสะสมมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการบำบัดมาแล้ว 2-3 ครั้ง ร้อยละ 40.00 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 62.86 ระบุว่าเคยมีประวัติการเสพซ้ำหลังจำหน่ายจากสถานบำบัด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 1-4 เดือนแรกหลังการจำหน่าย ด้านสภาพครอบครัวและสังคม ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 41.43 โดยมีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.14 คน (S.D. = 2.52) และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ผ่านการบำบัด ระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบรายด้าน (n = 140)

ความเชื่อมั่นในความสามารถ	ก่อนพัฒนารูปแบบ	หลังพัฒนารูปแบบ	Mean Diff.	95% CI	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)			
1. ความเชื่อมั่นในการไม่เสพซ้ำ	3.16 (0.75)	9.46 (0.63)	6.30	6.13 to 6.47	<0.001
2. ความเชื่อมั่นในการจัดการสถานการณ์เสี่ยง	4.63 (0.92)	13.97 (0.85)	9.34	9.14 to 9.54	<0.001
3. ความเชื่อมั่นในการประกอบอาชีพ	4.90 (0.90)	14.06 (0.78)	9.16	8.96 to 9.37	<0.001
4. ความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหา	3.67 (0.93)	9.68 (0.49)	6.01	5.85 to 6.16	<0.001
ภาพรวม	16.36 (1.58)	47.17 (1.32)	30.81	30.46 to 31.16	<0.001

กำหนด p-value <0.05, Paired t-test

ในระดับมาก นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.57 มีเครือข่ายทางสังคมหรือเพื่อนสนิทที่สามารถปรึกษาได้ และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการกระทำผิดทางอาญากรรม ร้อยละ 84.29 สำหรับด้านสถานะการมีงานทำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32.86 มีงานทำในลักษณะลูกจ้างหรือพนักงาน ในขณะที่ร้อยละ 22.86 ยังคงว่างงาน อุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงงานคือ การขาดทักษะหรือประสบการณ์ ร้อยละ 55.71 และการถูกปฏิเสธเนื่องจากประวัติการเสพยา ร้อยละ 47.14 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการสนับสนุนด้านการฝึกอบรมทักษะอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 54.29 รองลงมาคือ ความต้องการทุนสำหรับเริ่มต้นธุรกิจ ร้อยละ 41.43

3.2 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ผ่านการบำบัดระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 16.36 คะแนน (S.D. = 1.58) หลังพัฒนารูปแบบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.17 คะแนน (S.D. = 1.32) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) โดยหลังพัฒนารูปแบบ มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น 30.81 คะแนน (95% CI = 30.46 to 31.16, p-value <0.001) (ดังตารางที่ 1)

3.3 ผลการเปรียบเทียบผลตรวจ
ปัสสาวะหายาเสพติด ของผู้ผ่านการบำบัด
ระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า
ก่อนพัฒนารูปแบบ ส่วนใหญ่ตรวจไม่พบสารเสพติด
จำนวน 94 คน ร้อยละ 67.14 และตรวจพบ
สารเสพติด จำนวน 46 คน ร้อยละ 32.86 ภายหลัง
เสร็จสิ้นการพัฒนารูปแบบ พบว่า ส่วนใหญ่ตรวจ
ไม่พบสารเสพติด เพิ่มขึ้นเป็น 131 คน ร้อยละ
93.57 และผู้ที่ตรวจพบสารเสพติด ลดลงเหลือ
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ของผู้ผ่านการบำบัดระหว่างก่อน
และหลังพัฒนารูปแบบ (n = 140)

ผลตรวจสารเสพติด	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่พบสารเสพติด	94	67.14	131	93.57	<0.001
พบสารเสพติด	46	32.86	9	6.43	

กำหนด p-value <0.05, McNemar's chi square test

3.4 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต
ของผู้ผ่านการบำบัด ระหว่างก่อนและหลัง
พัฒนารูปแบบ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิต
เปลี่ยนแปลงภายหลังพัฒนารูปแบบ โดยก่อน
พัฒนารูปแบบ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ
52.14 หลังจากพัฒนารูปแบบ พบว่า ส่วนใหญ่
มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 60.00 เมื่อเปรียบเทียบ
ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับคุณภาพชีวิต พบว่า
ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 67.00
คะแนน (S.D. = 16.22) เป็น 95.14 คะแนน
(S.D. = 17.10) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ของคุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดระหว่างก่อนและหลังพัฒนา
รูปแบบ รายด้าน (n = 140)

9 คน ร้อยละ 6.43 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง
สัดส่วนของผู้ที่ไม่พบสารเสพติดหลังพัฒนารูปแบบ
พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
โดยหลังพัฒนารูปแบบ มีจำนวนผู้ตรวจไม่พบสาร
เสพติดเพิ่มขึ้น 37 คน (p-value <0.001)
(ดังตารางที่ 2)

พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยของ
คุณภาพชีวิต เท่ากับ 67.00 คะแนน (S.D. =
16.22) หลังพัฒนารูปแบบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
95.14 คะแนน (S.D. = 17.10) เมื่อเปรียบเทียบ
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า มีความแตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังพัฒนารูปแบบ
มีคะแนนคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้น 28.14 คะแนน
(95% CI = 22.64 to 33.63, p-value <0.001)
(ดังตารางที่ 3)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ก่อนพัฒนารูปแบบ	หลังพัฒนารูปแบบ	Mean Diff.	95% CI	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)			
1. ด้านสุขภาพกาย	18.27 (4.93)	25.61 (5.04)	7.34	5.75 to 8.92	<0.001
2. ด้านสุขภาพจิต	15.27 (3.93)	21.99 (4.10)	6.82	5.43 to 8.01	<0.001

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ก่อนพัฒนารูปแบบ	หลังพัฒนารูปแบบ	Mean Diff.	95% CI	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)			
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	7.66 (2.13)	10.94 (2.21)	3.27	2.60 to 3.94	<0.001
4. ด้านสภาพแวดล้อม	20.59 (5.19)	29.15 (5.55)	8.56	6.82 to 10.31	<0.001
ภาพรวม	67.00 (16.22)	95.14 (17.10)	28.14	22.64 to 33.63	<0.001

กำหนด p-value <0.05, Paired t-test

3.5 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ ของผู้ผ่านการบำบัดหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ภายหลังจากพัฒนารูปแบบ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบ H.O.P.E. Framework โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.58 คะแนน (S.D. = 0.12) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ เท่ากับ 4.70 คะแนน (S.D. = 0.19) รองลงมาคือ ด้านความพึงพอใจโดยรวม เท่ากับ 4.66 คะแนน (S.D. = 0.34) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก เท่ากับ 4.45 คะแนน (S.D. = 0.31)

การอภิปรายผล

1) สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดในจังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การเสพยาในบริบทพื้นที่จังหวัดอุดรธานีมีความซับซ้อน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานที่ต้องเผชิญกับแรงกดดันทางเศรษฐกิจภาระหนี้สินและความต้องการหารายเพิ่มซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์ และคณะ¹³ ที่พบว่าสาเหตุของการเสพยาเสพติดในกลุ่มวัยแรงงานมักเกิดจากภาวะงานหรือความต้องการทำงานให้มากขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลแล้วยังพบปัญหาเชิงระบบ ได้แก่ ความไม่ต่อเนื่องของการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานบำบัดและชุมชน ทำให้เกิดช่องว่างในช่วงรอยต่อของการดูแลซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิทภรณ์ พลโคตร¹⁴ ที่ระบุว่าปัญหาความไม่ต่อเนื่องของข้อมูล

และการขาดการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัว เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและการกลับไปรักษาซ้ำ รวมถึงสอดคล้องกับ โกศล เจริญศรี¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยในชุมชนมักขาดการจัดการดูแลที่ต่อเนื่อง ขาดผู้ดูแลหลักที่มีศักยภาพ และมีปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้น ซึ่งยืนยันว่าระบบการดูแลเดิมยังไม่สามารถครอบคลุมบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยได้

2) การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยการบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพในจังหวัดอุดรธานี รูปแบบ H.O.P.E. Framework ที่พัฒนาขึ้น ได้เปลี่ยนกระบวนการทำงานจากรัฐเป็นศูนย์กลาง มาเป็นชุมชนเป็นฐาน โดยบูรณาการกลไก อุดรโมเดล 5 เสือ Plus เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของณัฐพร ผลงาม¹⁶ ที่เสนอว่ารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพต้องลดการสั่งการจากภาครัฐและเปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมตัดสินใจในทุกขั้นตอน และสอดคล้องกับ นิตยา ฤทธิ์ศรี และคณะ¹⁷ ที่พบว่ารูปแบบการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ที่ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการ 9 ขั้นตอน สามารถทำให้ผู้เสพยาเสพติดเปิดเผยตนเองเข้ารับการรักษาและไม่กลับไปเสพยา นอกจากนี้ การผนวกองค์ประกอบด้านการพัฒนาอาชีพ (Professional development) เข้าไปในรูปแบบ H.O.P.E. ยังสอดคล้องกับรูปแบบของ เบญจรัตน์ ศรีสวัสดิ์¹⁸ ที่ระบุว่ากระบวนการเสริมสร้างศักยภาพ

ด้านอาชีพ 5 ขั้นตอน (ประเมิน ทักษะชีวิต แนวแนว ฝึกงาน ติดตาม) ช่วยให้ผู้ผ่านการบำบัด มีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจนและมีความพร้อม ในการประกอบอาชีพอย่างเป็นรูปธรรม

3) ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยการบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคม ร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี ดังนี้

3.1 ด้านสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ผู้ผ่านการบำบัดมีคะแนนการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นผลจากการได้รับการ สนับสนุนทางจิตใจและการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) สอดคล้องกับ สยาภรณ์ เดชดี และอรรพรรณ หนูแก้ว¹⁹ ที่พบว่าโปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชจากสาร เสพติดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญและ สอดคล้องกับ จุลนิตย์ จันทร์ขมภู²⁰ ที่พบว่า การบำบัดด้วยโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดร่วมกับการ เจริญสติ ช่วยลดอัตราการกลับไปเสพยาได้ถึง ร้อยละ 89 ในช่วง 3 เดือนหลังบำบัด เนื่องจาก ผู้ป่วยมีสติรู้เท่าทันและควบคุมตนเองได้ดีขึ้น

3.2 ด้านพฤติกรรมการเสพยา (Relapse rate) อัตราการเสพยาลดลงเหลือเพียงร้อยละ 6.43 ภายหลังการใช้รูปแบบ ซึ่งความสำเร็จนี้ เกิดจากการบูรณาการอาชีพ เป็นเครื่องมือกัน ขนทางสังคม สอดคล้องกับ ศิริพร วรรณศิลป์ และคณะ²¹ ที่พบว่าผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมอาชีพ เจริญบูรณาการร่วมกับการสนับสนุนทางจิตใจ มีอัตราการเสพยาลดลงร้อยละ 67 และมีรายได้ เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับ สมพร เจริญสุข และคณะ²² ที่พบว่ารูปแบบการพัฒนาอาชีพแบบมีส่วนร่วม ของชุมชนสามารถลดอัตราการกลับไปเสพยาได้ ร้อยละ 45 และเพิ่มความมั่นใจในตนเอง

3.3 ด้านคุณภาพชีวิต (Quality of Life) คุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีความพึงพอใจ

ต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ผลการศึกษานี้ยืนยัน แนวคิดของ Drake, et al.²³ เรื่องรูปแบบ IPS (Individual placement and Support) ที่ระบุว่า การช่วยให้ผู้ป่วยมีงานทำในตลาดแรงงานจริง เป็นยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการฟื้นฟู สมรรถภาพทางสังคม นอกจากนี้ พรพิมล ยี่สุนเทศ และคณะ²⁴ ยังชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมอาชีพ เป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยสร้างความภาคภูมิใจ ลดภาระครอบครัว และเป็นเกราะป้องกันที่ดีที่สุด ในการคืนคนดีสู่สังคม การที่แกนนำชุมชน และบุคลากรมีความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อ กระบวนการดูแล ยังสอดคล้องกับ สุพัฒน์ วิเศษวงษา²⁵ ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมให้แกนนำชุมชน ส่งผลให้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

3.4 ความพึงพอใจและปัจจัยความสำเร็จ ความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อบุคลากร สะท้อนว่า สัมพันธภาพและการไม่ตีตรา เป็นหัวใจสำคัญ ที่ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดเปิดใจและให้ความร่วมมือ ตลอดกระบวนการ เมื่อผู้รับบริการรู้สึกถึงความจริงใจ และการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพจึงนำไปสู่ ความสำเร็จของการใช้รูปแบบ H.O.P.E. Framework ในที่สุด

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนา รูปแบบบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคม ร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ช่วยลดการเสพยา ยกระดับคุณภาพชีวิต เพิ่มความพึงพอใจ และเสริมพลัง ผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ มีประโยชน์ ต่อการออกแบบระบบดูแลต่อเรื่องที่ตบโจทย์ ปัจจัยเสี่ยงหลายมิติ และสามารถขยายผลสู่ระดับ ชุมชน อำเภอ และจังหวัด เพื่อสร้างต้นแบบ การป้องกันการเสพยาที่ยั่งยืนในพื้นที่อื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 ควรพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องระยะยาว โดยจัดให้มีการติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี โดยเน้นความเข้มข้นในช่วง 3 เดือนแรก

หลังจำหน่าย ซึ่งเป็นระยะวิกฤต ผ่านการเยี่ยม บ้านเชิงรุกและการใช้ระบบพี่เลี้ยง (Peer mentor)

1.2 บูรณาการฐานข้อมูลระดับจังหวัด โดยจัดตั้งศูนย์ประสานงานและฐานข้อมูลกลาง เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานวิชาชีพ ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการติดตาม ผู้ผ่านการบำบัด

1.3 ส่งเสริมโอกาสทางอาชีพ โดยการผลักดันมาตรการจูงใจทางอาชีพหรือการสนับสนุน ค่าจ้างแก่สถานประกอบการ เพื่อสร้างโอกาส การจ้างงานและลดความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจ

1.4 เสริมสร้างศักยภาพเครือข่าย โดยการ พัฒนาศักยภาพการให้คำปรึกษาและเทคนิค CBTx แก่บุคลากรและเครือข่ายชุมชน เพื่อให้เป็นกลไก เฝ้าระวังทางสังคมที่เข้มแข็ง 1.5 ลดการตีตรา ทางสังคม โดยการรณรงค์สร้างความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดยาเสพติด และส่งเสริม บทบาทครอบครัวในการให้โอกาสและการยอมรับ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาปัจจัยเชิงลึก วิจัยเพิ่มเติมในมิติ สุขภาพจิตแฝงและทุนทางสังคม เพื่อนำมา ปรับปรุงรูปแบบให้มีความละเอียดอ่อนต่อบริบท ผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

2.2 ติดตามผลระยะยาว ศึกษาผลลัพธ์ ต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืน ของรูปแบบต่ออัตราการไม่เสพยาและคุณภาพชีวิต

2.3 ใช้รูปแบบการวิจัยที่มีการควบคุมสูง พิจารณาใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบได้อย่าง แม่นยำยิ่งขึ้น

2.4 ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลพัฒนาระบบติดตามหรือแอปพลิเคชันแจ้งเตือนความเสี่ยง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความต่อเนื่องในการดูแล กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์ และให้ คำปรึกษาจาก รศ.ดร.สุรัชย์ พิมหา และ ผศ.ดร.ชลการ์ ทรงศรี

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี หน่วยงานภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการจัดการข้อมูล ในการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World Drug Report 2024. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2024.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2566.
3. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สถานการณ์ ปัญหายาเสพติดและแนวโน้ม. กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม; 2563.
4. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA. 2000; 284(13): 1689-95.
5. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health. Maryland: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, SAMHSA; 2021.

6. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติผู้เข้ารับ
การบำบัดรักษาประจำปี 2567
[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ระบบข้อมูล
การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
ของประเทศ (บสต.); 2567 [เข้าถึงเมื่อ
1 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://antidrugnew.moph.go.th>
7. Dutra L, Stathopoulou G, Basden
SL, Leyro TM, Powers MB, Otto
MW. A meta-analytic review of
psychosocial interventions for
substance use disorders. *Am J
Psychiatry*. 2008; 165(2): 179-87.
8. ธัญญาพร สายโน, ปวีณา ลิ้มปิทีปการ,
อรุณ บุญสร้าง, ปณิตिता สุขุมาลัย,
พลากร สืบสำราญ. ผลของการ
บำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตาม
รูปแบบจิตสังคมบำบัดประยุกต์
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม
จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการแพทย์
และสาธารณสุข มหาวิทยาลัย
อุบลราชธานี*. 2564; 4(2): 108-18.
9. Farrell M, Ward J, Mattick R, Hall W,
Stimson GV, des Jarlais D, et al.
Vocational rehabilitation for
drug users in Europe. London:
Routledge; 2021.
10. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงาน
สถานการณ์ยาเสพติดประจำปี
งบประมาณ 2567. นนทบุรี:
กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
11. Cohen J. *Statistical power analysis
for the behavioral sciences*.
2nd ed. New Jersey: Lawrence
Erlbaum Associates; 1988.
12. สุวิมล ติรกานันท์. การสร้างเครื่องมือ
วัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์:
แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
13. จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์, ศรีณญ์ เรือนจันทร์,
สุนีย์ กันแจ่ม, เต้จการ กันแจ่ม.
การพัฒนาเครือข่ายเพื่อยกระดับ
ชุมชนต้นแบบในการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาเสพติด อำเภอตรอน
จังหวัดอุดรธานี (รายงานการวิจัย).
สงขลา: ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด
(ศศก.) คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2564.
14. พิทธิภรณ์ พลโคตร. การพัฒนาแนว
ทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อ
การก่อความรุนแรง โดยการใช้การ
จัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมใน
ชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข
ชุมชน*. 2567; 10(1): 1-12.
15. โกศล เจริญศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ
ความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของ
ภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัด
มุกดาหาร กรณีศึกษา บ้านนาทาม -
ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอดอนตาล
จังหวัดมุกดาหาร. *วารสารอนามัย
สิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*.
2566; 8(2): 286-96.
16. ณัฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการ
บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัด
ระยอง. *วารสารศาสตร์สาธารณสุข
และนวัตกรรม*. 2564; 1(2): 49-71.

17. นิตยา ฤทธิศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, ศุภลักษณ์ จันทานู. รูปแบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้สูงอายุเสียดิตโดยชุมชนเป็น ศูนย์กลาง: กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่ง หนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัด มหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาล มหาสารคาม. 2565; 19(2): 50-62.
18. เบญจรัตน์ ศรีสวัสดิ์. รูปแบบการ พัฒนาทักษะอาชีพสำหรับผู้ผ่านการ บำบัดยาเสพติด [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. อุดรธานี: มหาวิทยาลัย ราชภัฏอุดรธานี; 2559.
19. สยาภรณ์ เดชดี, อรวรรณ หนูแก้ว. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจาก สารเสพติด. วารสารการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต. 2564; 35(1): 91-111.
20. จุลนิตย์ จันทร์ชมภู. ประสิทธิผลของ โปรแกรมกายจิตสังคมบำบัดประยุกต์ แบบสั้นร่วมกับการเจริญสติแบบ เคลื่อนไหวต่อการป้องกันการกลับไป เสพซ้ำ 3 เดือนแรกหลังการ บำบัดรักษาในผู้ป่วยคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. วารสาร การแพทย์และสาธารณสุขเขต 8. 2566; 1(1): 1-15.
21. ศิริพร วรรณศิลป์, จินตนา แดงสวัสดิ์, สมพร เจริญสุข, พิมพิมล วงศ์ไชยา, ยวดี โรจนวิเชียร, สุภาภรณ์ วรรณทอง และคณะ. ผลของโปรแกรมฝึกอบรม อาชีพเชิงบูรณาการต่อการลดการเสพ ซ้ำ (รายงานการวิจัย). ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราช นครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข; 2565.
22. สมพร เจริญสุข, จินตนา แดงสวัสดิ์, ยวดี โรจนวิเชียร, พิมพิมล วงศ์ไชยา, สุภาภรณ์ วรรณทอง, เบญจา มุกตพันธ์ และคณะ. ผลของการให้คุณค่าและ แรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการ เสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัด ยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟู สภาพทางสังคม. วารสารวิจัยและ พัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566; 6(2): 151-64.
23. Drake RE, Becker DR, Clark RE, Mueser KT. Research on the individual placement and support model of supported employment. Psychiatr Q. 1999; 70(4): 289-301.
24. พรพิมล ยี่สุนเทศ, ลัดดาวัลย์ สวัสดิ์สิงห์, นภาพร กองอาษา, ยุภาภรณ์ กิจประยูร, เบญจมาศ ผิวทอง, ธนัชกัญ สุรวงศิริ และคณะ. การส่งเสริมอาชีพเพื่อการ ป้องกันการเสพซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติด. นนทบุรี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
25. สุพัฒน์ วิเศษวงษา. การเสริมสร้าง แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความ เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของ แกนนำชุมชน. วารสารอนามัย สิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9(6): 943-51.