

การพัฒนาแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบ โทรเวชกรรมในชุมชนบ้านน้ำเขียว อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา

Development of Community-Based Rehabilitation Model with Telemedicine Application for Drug Addiction Patients in Ban Nam Chie, Saba Yoi District, Songkhla Province.

(Received: November 26,2024 ; Revised: December 1,2024 ; Accepted: December 2,2024)

เสาวลักษณ์ บุญยรัตน์¹

Saowalak Boonyarat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม ในชุมชนบ้านน้ำเขียว อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การประเมินรูปแบบเดิม ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบใหม่ และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบใหม่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้มีบทบาทในการดำเนินงานด้านยาเสพติดในชุมชนและพื้นที่รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 30 คน ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษา จำนวน 20 คน และครอบครัวหรือผู้ดูแล จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 70 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นในการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน และการประยุกต์ระบบโทรเวชกรรมในการติดตามผล โดยระยะที่ 1 พบข้อจำกัดของรูปแบบเดิมในด้านการเข้าถึงบริการและการติดตามผู้ป่วย ระยะที่ 2 ได้พัฒนาแบบใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้ระบบโทรเวชกรรม และระยะที่ 3 แสดงผลลัพธ์ของการทดลองใช้รูปแบบใหม่ที่สำคัญดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากระดับมากเป็นระดับปานกลางถึงเล็กน้อย 2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 3) พบการกลับไปเสพยาในสัปดาห์ที่ 3 ร้อยละ 20 และลดลงเหลือร้อยละ 10 ในสัปดาห์ที่ 4 และ 4) ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจและมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับปานกลางถึงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบเดิม พบความก้าวหน้าในด้านการเข้าถึงผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล การติดตามที่เป็นระบบ การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการเพิ่มแรงจูงใจในการบำบัดรักษา

คำสำคัญ: การบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบโทรเวชกรรม

Abstract

The objective of this research and development study was to examine the effectiveness of a community-based rehabilitation model with telemedicine application for drug addiction patients in Ban Nam Chie, Saba Yoi District, Songkhla Province. The study was conducted in three phases: Phase 1 - Assessment of the existing model, Phase 2 - Development of the new model, and Phase 3 - Implementation and effectiveness evaluation of the new model. The sample comprised 70 participants: 30 community drug operation stakeholders and relevant personnel, 20 patients in rehabilitation, and 20 family members or caregivers. Data collection methods included questionnaires, interviews, focus group discussions, and participatory workshops using the Appreciation-Influence-Control (AIC) technique. The data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-tests for quantitative data, while content analysis was applied for qualitative data.

The findings revealed that the developed model's strengths lay in integrating community participation and applying telemedicine systems for follow-up care. In Phase 1, limitations of the existing model were identified in terms of service accessibility and patient monitoring. Phase 2 involved developing a new model emphasizing

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ส่วนราชการ โรงพยาบาลสะบ้าย้อย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

community participation and telemedicine implementation. Phase 3 demonstrated significant outcomes from the new model's implementation as follows: 1) Patients showed a statistically significant reduction in stress levels ($p < 0.001$), decreasing from high to moderate-to-low levels; 2) Patients' quality of life improved significantly ($p < 0.001$); 3) Relapse rates were observed at 20% in week 3, decreasing to 10% in week 4; and 4) Project participants reported moderate to high levels of satisfaction, with substantial community engagement. Compared to the previous model, improvements were noted in accessing patients in remote areas, systematic follow-up, efficient resource utilization, and enhanced motivation for rehabilitation.

Keywords: Drug addiction rehabilitation and follow-up, Community participation, Telemedicine system

บทนำ

ปัญหาหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญและส่งผลกระทบที่ร้ายแรงไปทั่วทุกมุมโลก จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก พบว่าในปีพ.ศ. 2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลกมีการใช้สารเสพติดซึ่งเทียบได้กับจำนวน 1 ในทุก ๆ 18 คน และมีจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 26 เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา โดยกัญชายังได้รับรายงานว่าเป็นยาเสพติดที่ถูกใช้มากที่สุด จำนวน 209 ล้านคน ซึ่งพุ่งสูงขึ้นถึงร้อยละ 23 เมื่อเทียบกับช่วงสิบปีที่ผ่านมา ส่วนกลุ่มยาโอปิออยด์ ถือเป็นกลุ่มมีฤทธิ์อันตรายมากที่สุดและการใช้ซึ่งนอกเหนือจากทางการแพทย์กลายเป็นวิกฤติต่อระบบสาธารณสุขในแอฟริกาเหนือ กลาง และตะวันตก พบผู้ใช้สารโอปิออยด์ประมาณ 61 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 1.2 ของประชากรทั้งหมด โดยในจำนวนกว่า 31 ล้านคนเป็นผู้ใช้เฮโรอีน ตามด้วย ผีน และ ทรามาดอล ส่วนการใช้โคเคนและยาบ้าก็เพิ่มขึ้นในบริเวณดังกล่าว ในภาพรวมมากกว่า 19 ล้านคนเป็นผู้ใช้โคเคน และประมาณ 27 ล้านคนเป็นผู้ใช้แอมเฟตามีน ส่วนยาบ้าและ ยาไอซ์ ซึ่งเป็นอนุพันธ์แตกย่อยออกมาจากกลุ่มแอมเฟตามีนนั้น มากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ใช้จะจุกอยู่ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออกมากที่สุด และมีแนวโน้มที่จะขยายตัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ลุ่มแม่น้ำโขงตอนล่าง ได้แก่ ประเทศกัมพูชา สปป.ลาว พม่า เวียดนาม และไทย ครอบคลุมสัดส่วนการจับกุมแอมเฟตามีนสูงถึง ร้อยละ 89 ของการจับกุมทั้งปี 2564¹⁻⁴

สำหรับประเทศไทยปัญหาหายาเสพติดภายในประเทศจะยังคงรุนแรง โดยเฉพาะปัญหาการ

ลักลอบนำเข้า ภายหลังการเปิดประเทศเข้าสู่ภาวะปกติ จากปัญหาการขยายตัวของยาเสพติดสังเคราะห์ในกลุ่มประเทศนอกภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง ประเทศไทยอาจจะเผชิญการลักลอบลำเลียงผ่านยาเสพติดผ่านทางท่าเรือ ท่าอากาศยาน และพัสดุไปรษณีย์ระหว่างประเทศไปยังประเทศที่สามมากขึ้น การขยายตัวของเครือข่ายอาชญากรรมยาเสพติดข้ามชาติที่เข้ามาเคลื่อนไหวในประเทศไทย ยังคงเป็นแนวโน้มปัญหาสำคัญ โดยปริมาณยาเสพติดที่แพร่กระจายในทุกภาคส่วนของสังคม ทำให้ความต้องการยาเสพติดภายในประเทศยังคงมีสูง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการมาเสพยาเสพติดแบบผสมผสาน มีคนไทย 3.75 ล้านคนหรือร้อยละ 7.46 ของคนไทยอายุ 12-65 ปี เคยใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในช่วงชีวิต (ไม่รวมสุรา ยาสูบ ยาปลอมประสาท และยานอนหลับ) จากข้อมูลการเข้ารับการรักษาตลอดปีพ.ศ. 2564 พบว่า ยาบ้ายังคงเป็นชนิดที่แพร่ระบาดมากที่สุด ร้อยละ 75 รองลงมา คือ ไอซ์ ร้อยละ 8.6 กัญชาแห้ง ร้อยละ 4.7 และเฮโรอีน ร้อยละ 3.9 ตามลำดับ โดยมีกลุ่มประชากรอายุระหว่าง 18 – 24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่น เยาวชนมีสัดส่วนเข้าไปเกี่ยวข้องกัหายาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 24 รองลงมาเป็นกลุ่มประชากรในอายุมากกว่า 39 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22 ในส่วนของกลุ่มอาชีพ พบว่า กลุ่มผู้ใช้แรงงานมีสัดส่วนการเข้าไปเกี่ยวข้องกัหายาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 29 รองลงมาเป็นกลุ่มรับจ้าง ร้อยละ 27 สิ่งบ่งชี้ปัญหาการแพร่ระบาดในพื้นที่ว่าปัญหายังคงมีอยู่ คือ ราคา ยาบ้าในหมู่บ้าน/ชุมชนที่ถูกลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่การลักลอบจำหน่ายผ่านสื่อสังคมออนไลน์และจัดส่งผ่านทางพัสดุไปรษณีย์ได้รับความนิยมอย่างมากใน

บรรดากลุ่มการค้าระดับรายส่งและรายย่อย เนื่องจากกลุ่มการค้าเห็นว่าการปลอดภัยกว่าการจำหน่ายแบบเดิม แม้ว่าต้นทุนและราคาจำหน่ายจะสูงกว่าปกติ^{5,6} นอกจากนี้ยังพบว่าจังหวัดที่มีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาอาการติดยาเสพติดมากที่สุด ทั้งการเลิกยาบ้า เลิกยาไอซ์ และการเลิกกัญชา รวมถึงการบำบัดอาการติดยาเสพติดประเภทอื่นๆ ด้วย คือ กรุงเทพมหานคร รองลงมาคือจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดสงขลาตามลำดับ⁷ โดยสถานการณ์และแนวโน้มการแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดสงขลา เปรียบเทียบเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566 พบว่า ยาบ้า เป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดสูงสุดในพื้นที่ รองลงมา คือ ไอซ์ เฮโรอีน และคีตามีน การติดต่อสื่อสารในการซื้อขายยาเสพติดจะเป็นการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการติดต่อสื่อสาร รวมถึงการใช้เบอร์โทรศัพท์ของประเทศเพื่อนบ้าน โดยพบการลำเลียงยาเสพติดมาจากพื้นที่ภาคเหนือและภาคกลางผ่านบริษัทขนส่งเอกชน จากนั้นกระจายต่อไปในพื้นที่จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นแหล่งที่มีที่ตั้งของสถานบันเทิงจำนวนมาก โดยกลุ่มยาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มนักท่องเที่ยวตามสถานบันเทิงต่างๆ คือ ยาในกลุ่ม club drugs เช่น คีตามีน (ยาเค) เป็นต้น ผู้ต้องหาส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย อายุตั้งแต่ 25 – 50 ปี อาชีพส่วนใหญ่ คือ รับจ้างทั่วไป มีการขนส่งยาเสพติดมาทางบริษัทขนส่งเอกชน และนำมาพักไว้บ้านเช่าบริเวณชานเมือง และมีแนวโน้มอัตราการแพร่ระบาดของยาเสพติดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁸ การติดสารเสพติดเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อในหลากหลายด้านไม่ว่าจะเป็นผลกระทบต่อตัวผู้เสพเอง ครอบครัว ชุมชนสังคม รวมถึงประเทศชาติ ซึ่งยาเสพติดทุกประเภทมีฤทธิ์ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ระบบประสาทและสมอง ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นศูนย์บัญชาการของร่างกาย และก่อให้เกิดปัญหาหลายๆ อย่างตามมา เช่น สุขภาพของผู้เสพติดเสื่อมโทรม สมองเสื่อม ป่วยด้วยโรคระบบต่างๆ ครอบครัวไม่สงบสุข สูญเสียรายได้ จนนำไปสู่การก่ออาชญากรรม เป็นต้น^{1,8} โดยการติดสาร

เสพติดมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยซึ่งมีความสัมพันธ์กันทั้งปัจจัยทางชีวภาพ สิ่งแวดล้อม และด้านเงื่อนไขและการเรียนรู้ต่างๆ

อำเภอสะบ้าย้อย เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่ประสบปัญหาเสพติดมากที่สุดในจังหวัดสงขลา ซึ่งมีแนวโน้มการระบาดของยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพื้นที่ระบาดส่วนใหญ่จะอยู่ที่ตำบลทุ่งพอ ตำบลจะแหน ตำบลธารคีรี และตำบลเขาแดงตามลำดับ สอดคล้องกับการอัตราการจับกุมผู้ค้าซึ่งจะอยู่ในพื้นที่ข้างต้นในช่วงปีพ.ศ.2563 ถึงปีพ.ศ. 2565 รูปแบบของยาเสพติดมีการเปลี่ยนแปลงไปทั้งชนิดและกลุ่มของผู้เสพ ซึ่งมีการเปลี่ยนมาใช้พืชกระท่อม กัญชา อย่างเสริมมากยิ่งขึ้น ประกอบกับการไม่มีการบังคับบำบัด ทำให้ปัญหาเสพติดในพื้นที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เช่น ผู้ติดยาเสพติดมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในกลุ่มของผู้เสพ คือ แต่เดิมผู้เสพจะเป็นกลุ่มวัยแรงงาน ช่วงอายุ 25 – 39 ปี แต่ในปัจจุบันกลุ่มผู้เสพเปลี่ยนกลายไปมีตั้งแต่เด็กเยาวชน จนถึงกลุ่มวัยทำงาน ตั้งแต่ช่วงอายุ 15 – 55 ปี อีกทั้งในปัจจุบันการใช้สารเสพติดที่จากเดิม คือน้ำกระท่อม ยาบ้า และกัญชา ก็ถูกเปลี่ยนและพัฒนาไปเป็นการใช้ยาร่วมกัน เช่น การใช้ยาบ้าร่วมกับน้ำกระท่อม หรือการใช้ยาบ้า และกัญชา เป็นต้น⁹ จากการทบทวนการศึกษาถึงการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด พบว่า มีหลากหลายการศึกษาที่ได้ศึกษาและพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดทั้งการสร้างความรู้ความเข้าใจต่อตัวผู้ป่วยเอง การนำแนวทางการบำบัดรักษาจากกระทรวงสาธารณสุขมาปรับใช้ หรือรวมถึงการนำครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในกระบวนการบำบัดรักษา โดยส่วนใหญ่พบว่า การนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หรือร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดทำให้ชุมชนเกิดความเข้าใจ ยอมรับผู้ป่วย เกิดรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจ และสามารถเลิกยาเสพติด หรือลดการกลับไปเสพซ้ำ รวมถึงส่งผลให้ปัญหาเสพติด

ในชุมชนลดลงได้¹⁰⁻¹³ แต่อย่างไรก็ตาม ผลกระทบของผู้ป่วยและครอบครัวที่พบในการเข้ารับการรักษา คือ ปัญหาในการขาดงาน การขาดเรียน รวมถึงปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งจากการเดินทางไป-กลับ และค่าอาหารในวันที่เข้ามารับการรักษา¹⁴ อีกทั้งในช่วงสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ผู้ป่วยห่างหาย หรือขาดการติดต่อ จนเกิดการขาดความต่อเนื่องในการรักษา จึงเกิดการพัฒนาวีธีต่างๆ ในการเข้าถึงผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด โดยภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประเทศไทยได้นำระบบโทรเวชกรรมเข้ามาใช้ในทางการแพทย์เพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาและติดตามผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น โดยจากการศึกษาพบว่า สามารถลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก เนื่องจากไม่ถูกจำกัดด้านการเดินทาง การติดต่อสื่อสารกับแพทย์และทีมผู้ดูแล ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ รวมถึงกลุ่มผู้เข้ารับการรักษาพยาบาล^{3, 15-19} นอกจากนี้การศึกษาในต่างประเทศถึงการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมหรือแอปพลิเคชันต่างๆ ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร หรือติดตามผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ สามารถติดตามผู้ป่วยตลอดจนจบกระบวนการบำบัด รวมถึงผู้ป่วยสามารถตัดขาดสารเสพติด และส่งผลให้อัตราการกลับไปเสพติดซ้ำลดลงได้¹⁹⁻²³ ถึงแม้ว่าจะพบการศึกษาที่หลากหลายในต่างประเทศ และมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนจากกรมการแพทย์ประเทศไทย แต่การนำระบบโทรเวชกรรมเข้ามาประยุกต์ใช้ในการทำงานยังพบน้อย หรือพบว่าในบางพื้นที่ของประเทศไทยเริ่มมีการประยุกต์ใช้แต่ยังเป็นเพียงโครงการที่ยังไม่ปรากฏผลการศึกษา ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัยจึงเกิดความสนใจในการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมร่วมกับการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยมุ่งหวังให้ลดข้อจำกัดในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยและ

ครอบครัว เช่น การเดินทาง การขาดงานหรือการขาดเรียน รวมถึงเพื่อให้ชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริม ให้กำลังใจ และพัฒนาระบบที่เหมาะสมในการบำบัดรักษา ดูแล และรองรับผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชนได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อดีและข้อจำกัดของการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบใหม่ ด้วยการบูรณาการเข้ากับชุมชนและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดในปัจจุบันกับรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาเป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้าและดำเนินการ โดยใช้การเก็บข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การประเมินรูปแบบเดิม ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ และ ระยะที่ 3 การทดลองใช้ รวมถึงการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนบ้านน้ำเขียว ตำบลเขาแดง อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา จำนวน 1,138 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและติดตามการรักษาพร้อมทั้งครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสิ้น 40 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดย กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการนับจากทะเบียนผู้ป่วย กำหนดให้เลขคู่เป็นผู้ป่วยที่เข้าโครงการ คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าโดยทั่วไปนักสถิติใช้ค่าความเชื่อมั่นในการวิจัย

ระหว่าง 90.0 – 95.0 ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (Power of Analysis) ที่ระดับ 0.8 (ร้อยละ 80) และใช้ค่าอิทธิพลขนาดกลุ่ม (Effect Size) อยู่ระหว่าง 0.2 – 0.4 โดยประมาณและมักไม่เกิน 0.5 สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ไม่พบการศึกษาที่ใช้ Primary Outcome เช่นเดียวกับงานวิจัยนี้ (อัตราการไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำหลังการบำบัด 1) จึงกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลุ่ม = 0.5 (ซึ่งเป็นค่าสูงสุดที่นักสถิติยอมรับได้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง) ค่าความเชื่อมั่น = 95.0 และค่าอำนาจในการวิเคราะห์ = 0.8 ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.7 การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูล 3 ครั้ง คือ ก่อน – หลังเข้ารับการรักษา และเมื่อติดตามหลังการบำบัด 1 เดือน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 20 คน โดยเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ คือ ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการป่วยทางจิตเวช หรือมีอาการแทรกซ้อนหรือโรคแทรกซ้อนรุนแรงทางกายจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

ครอบครัว/ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดยาเสพติด และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้องหรือเครือญาติ โดยการดูแลดังกล่าวไม่ได้รับค่าตอบแทน สามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ มีสมาร์ทโฟนสามารถใช้แอปพลิเคชันในการติดตาม ให้คำปรึกษา และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมครอบครัวได้จนจบกระบวนการ ไม่จำกัดเพศ ครอบครัวละ 1 คน จำนวนทั้งสิ้น 20 คน

การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ เป็นการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ปราชญ์

ชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จำนวน 30 คน รวมถึงผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัว จำนวน 40 คน รวมทั้งสิ้น 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การประเมินรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดเดิม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ส่วนประกอบด้วย 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถิติ เอกสารราชการ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน 2) แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง 3) การสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ปราชญ์ชุมชน

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แนวคำถามในการประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC 2) เครื่องมือที่ใช้สำหรับผู้ป่วยยาเสพติด เป็นแบบประเมินลักษณะของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนเริ่มกิจกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด เป็นแบบประเมินตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกแบบย่อ ฉบับภาษาไทย จำนวน 26 ข้อ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม เป็นการเก็บข้อมูลภายหลังสิ้นสุดช่วงระยะเวลาการทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้สำหรับผู้ป่วยยาเสพติด เป็นแบบประเมินลักษณะของผู้ป่วยยาเสพติดหลังสิ้นสุดกิจกรรม

2) เครื่องมือที่ใช้สำหรับครอบครัว ญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เป็นแบบประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม

3) เครื่องมือสำหรับชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นการประเมินถึงการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม หรือการนำรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากข้อมูลที่เก็บจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม โดยการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยการแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เพื่อขอรับการพิจารณารับรองว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

รูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมในชุมชนบ้านน้ำเขียว อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเด่นคือการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ากับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันคือ ระบบโทรเวชกรรม โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ

ชุมชน โดยการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญในหลายด้าน กล่าวคือ ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด พบการลดลงของระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากระดับมากเป็นระดับปานกลางถึงเล็กน้อย ควบคู่ไปกับการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้เข้าร่วมทั้งหมดสามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนการบำบัด อย่างไรก็ตาม การศึกษายังพบการกลับไปเสพซ้ำในสัปดาห์ที่ 3 ของการบำบัด (ร้อยละ 20) แม้ว่าอัตรานี้จะลดลงในสัปดาห์ที่ 4 (ร้อยละ 10) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในระยะแรกของการบำบัด ในด้านผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและชุมชน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงระดับความพึงพอใจที่สูงต่อรูปแบบการบำบัดรักษาที่พัฒนาขึ้น โดยชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาในระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการพัฒนารูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นฐาน การเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการบำบัดรักษาที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบปัจจุบันแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในหลายด้าน ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล การติดตามผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่องและเป็นระบบมากขึ้น การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพผ่านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม และการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการเข้ารับการบำบัดและติดตามผล

กล่าวโดยสรุป ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่พัฒนาขึ้น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม ซึ่งส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดความเครียด และเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความท้าทายในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในระยะแรกของการบำบัด ซึ่งควรได้รับการศึกษาและพัฒนาต่อไปในอนาคต

สรุปและอภิปรายผล

จากผลของการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมในชุมชนบ้านน้ำเขียว อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการบำบัดรักษาที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบการลดลงของระดับความเครียดและการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการบำบัดได้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในกระบวนการบำบัดรักษา ช่วยลดความรู้สึกลดเดี่ยว เสริมสร้างการรับรู้คุณค่าในตนเอง และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟู สอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ที่เน้นการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ⁽²⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจของ Zimmerman ที่อธิบายว่า การพัฒนาศักยภาพของบุคคลเกิดจากปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้ออำนวย ผลการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีภาวะเครียดลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

2. แรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคม การได้รับกำลังใจและการยอมรับจากครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายในที่เข้มแข็งขึ้นในการเลิกใช้ยาเสพติด สอดคล้องกับทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-Determination Theory) ของ Ryan และ Deci ที่อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านความสัมพันธ์จะช่วยพัฒนาแรงจูงใจภายในซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน

3. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี การใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการให้คำปรึกษาและติดตามผล ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทั้งด้านระยะทาง เวลา

และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สอดคล้องกับแนวคิด Digital Health Equity ของ Crawford และ Serhal ที่มุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสามารถลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากไม่ถูกจำกัดด้านการเดินทาง การติดต่อสื่อสารกับแพทย์และทีมผู้ดูแล ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา^{3, 15-19}

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา เช่น ระยะเวลาในการติดตามผลที่ค่อนข้างสั้น ทำให้ไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวได้ นอกจากนี้ บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่อาจส่งผลต่อประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดรักษา การศึกษาในอนาคตควรมีการติดตามผลในระยะยาวและศึกษาในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น รวมถึงการพัฒนาแนวทางการประยุกต์ใช้รูปแบบการบำบัดให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่

2. การกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา ผลการศึกษาพบรูปแบบการกลับไปเสพยาซ้ำที่มีลักษณะเฉพาะ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 3 และลดลงในสัปดาห์ที่ 4 ของการติดตามผล สามารถอภิปรายผลได้ใน 3 ประเด็นหลักดังนี้

2.1 รูปแบบการกลับไปเสพยาซ้ำและการตอบสนองของระบบบำบัด อาจเป็นผลมาจากการที่รูปแบบการบำบัดรักษาที่พัฒนาขึ้นมีความยืดหยุ่นสามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเมื่อพบการกลับไปเสพยาซ้ำในระยะติดตามผล ทีมผู้บำบัดได้ปรับเพิ่มความเข้มข้นของการดูแล ทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคล การเสริมพลังใจ การกระตุ้นความตระหนักถึงปัญหา รวมถึงการทำงานร่วมกับครอบครัวในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาส่งผลให้แนวโน้มการกลับไปเสพยาซ้ำลดลงในสัปดาห์ที่ 4 สอดคล้องกับแนวคิด Adaptive Treatment Strategies ของ Murphy และคณะ ที่เน้นการปรับระดับความเข้มข้นของการบำบัดตามการตอบสนอง

ของผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงและความก้าวหน้าในการบำบัด

2.2 กลไกการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การตอบสนองของทีมผู้บำบัดเมื่อพบการกลับไปเสพซ้ำ ได้แก่ การเพิ่มความถี่ของการให้คำปรึกษารายบุคคล การเสริมพลังใจ และการกระตุ้นความตระหนักถึงปัญหา สอดคล้องกับทฤษฎี Relapse Prevention ของ Marlatt และ Gordon ที่เน้นการจัดการสถานการณ์เสี่ยงและการเสริมสร้างความมั่นใจในการเผชิญปัญหา

2.3 บทบาทของครอบครัวในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การบูรณาการครอบครัวในกระบวนการบำบัดและการจัดการกับการกลับไปเสพซ้ำ สะท้อนการประยุกต์ใช้แนวคิด Family Systems Approach

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ผลการศึกษาพบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า ผู้เสพติดไม่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่ครอบครัวและบุคคลในชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการออกแบบกระบวนการวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่เริ่มต้น โดยให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการค้นหาปัญหา ร่วมคิดวิเคราะห์ และวางแผนกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด นอกจากนี้ การที่ผู้วิจัยได้สอดแทรกเนื้อหาการอบรมและกิจกรรมที่มุ่งเน้นการสร้าง ความเข้าใจต่อผู้ป่วยและการลดการตีตรา ส่งผลให้ชุมชนมีทัศนคติที่ดีขึ้น เกิดการยอมรับผู้ป่วย และพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษามากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลกแนะนำในการช่วยเหลือผู้ติดยาและสารเสพติดให้สามารถอยู่ร่วมกับสังคมและชุมชนได้อย่างปกติสุข และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ โดยส่วนใหญ่พบว่า การนำชุมชน

เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หรือร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดทำให้ชุมชนเกิดความเข้าใจ ยอมรับผู้ป่วย เกิดรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจ และสามารถเลิกยาเสพติด หรือลดการกลับไปเสพซ้ำ รวมถึงส่งผลให้ปัญหาเสพติดในชุมชนลดลงได้¹⁰⁻¹³

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังคงพบอุปสรรคบางประการ โดยเฉพาะประเด็นความยั่งยืนของการดำเนินกิจกรรมภายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัย ดังนั้น จึงควรพิจารณาแนวทางในการยกระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เข้มแข็งมากขึ้น เช่น การผลักดันให้เกิดการประชาคมเพื่อบรรจุกิจกรรมที่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้ร่วมพัฒนาขึ้นไว้ในแผนพัฒนาชุมชน ซึ่งจะช่วยสร้างความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการดำเนินงานในระยะยาว

4. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม ผลการศึกษาพบว่า การบูรณาการระบบโทรเวชกรรมร่วมกับการติดตามผลการบำบัดรักษาส่งผลเชิงบวกต่อความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในด้านการลดภาระค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษานอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล และเอื้อต่อการปรับแผนการบำบัดรักษาได้อย่างทันทั่วถึง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากคุณลักษณะสำคัญของเทคโนโลยีการสื่อสารที่มีความรวดเร็วและสามารถลดข้อจำกัดด้านระยะทาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ ที่กล่าวว่าระบบโทรเวชกรรมสามารถลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก เนื่องจากไม่ถูกจำกัดด้านการเดินทาง การติดต่อสื่อสารกับแพทย์และทีมผู้ดูแล ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา^(3, 38-42) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศถึงการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมหรือแอปพลิเคชันต่างๆ ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร ติดตามผู้ป่วย

พบว่าผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ทำให้สามารถติดตามผู้ป่วยตลอดจนจบกระบวนการบำบัดรักษา ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจตามสาเหตุที่ติด และลดอัตราการกลับไปเสพยาซ้ำได้¹⁹⁻²³

อย่างไรก็ตาม การศึกษายังพบข้อจำกัดที่สำคัญสองประการ ประการแรกคือ ความไม่เสถียรของระบบการสื่อสารในบางพื้นที่ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการสื่อสารและความแม่นยำในการประเมินอาการ ประการที่สองคือ ทักษะคิดและความเชื่อของผู้รับบริการบางกลุ่มที่ยังคงให้ความสำคัญกับการพบแพทย์แบบเผชิญหน้ามากกว่า อาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดของการศึกษาที่มีระยะเวลาการทดลองใช้ระบบค่อนข้างสั้นและการฝึกอบรมผู้ใช้งานที่ยังไม่เข้มข้นเพียงพอ ทำให้ยังไม่สามารถเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในผู้ป่วยบางราย ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การปรับปรุงความเสถียรของระบบการสื่อสาร 2) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและการยอมรับในกลุ่มผู้ใช้งาน และ 3) การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมที่มีความเข้มข้นและครอบคลุมมากขึ้น ทั้งนี้ เมื่อได้มีการพัฒนาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะดังกล่าวแล้ว ระบบโทรเวชกรรมนี้จะมีศักยภาพเพียงพอต่อการขยายผลไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

5. การเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างรูปแบบการบำบัดรักษาที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบเดิม จากผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการบำบัดรักษาที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพที่ดีกว่ารูปแบบเดิมในหลายประการนั้น สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ การเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วยพื้นที่ห่างไกลที่ดีขึ้นนั้น อาจเป็นผลมาจากการนำระบบโทรเวชกรรมเข้ามาประยุกต์ใช้ ซึ่งเป็นเทคโนโลยีในการสื่อสารที่อำนวยความสะดวกในการปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์โดยไม่ต้องเดินทางไปยังสถานพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้ระบบโทรเวชกรรมช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกลได้มากขึ้น³ ระบบการติดตามผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่องและเป็นระบบมากขึ้นนั้น อาจเป็นผลมาจากการจัดทำ

โครงการที่มีการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้สามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับที่กล่าววาระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์ และสุดท้าย คือ การเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยที่ดีขึ้น อาจเป็นผลมาจากการออกแบบระบบที่มีการโต้ตอบและให้ผลตอบรับแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการลดอุปสรรคด้านการเดินทางและค่าใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจที่ระบุว่า การได้เห็นความก้าวหน้าและผลลัพธ์ที่ชัดเจนจะช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบข้อจำกัดที่สำคัญ คือ กิจกรรมการบำบัดรักษาบางประเภทยังคงจำเป็นต้องดำเนินการในรูปแบบการพบปะแบบเผชิญหน้า โดยเฉพาะกิจกรรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะทางสังคมและการประเมินอาการทางคลินิกที่ต้องอาศัยการสังเกตภาษากายของผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อจำกัดของการใช้ระบบโทรเวชกรรม ที่ระบุเกณฑ์ของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการบำบัดแบบเผชิญหน้า และกลุ่มที่มีความจำเป็นสำหรับการประเมินอาการทางจิตเวชบางประเภท

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการบำบัดรักษารูปแบบใหม่ที่เหมาะสมประสบความสำเร็จนั้น เกิดจากการผสมผสานระหว่างความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การออกแบบระบบที่คำนึงถึงผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง และการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น รูปแบบการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดจึงควรเป็นการผสมผสานระหว่างการใช้เทคโนโลยีและการพบปะแบบเผชิญหน้า โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของวัตถุประสงค์และลักษณะของกิจกรรมการบำบัดในแต่ละครั้ง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาวิจัย

1. ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำในช่วง 3 – 4 สัปดาห์แรกของการบำบัด ดังนั้นสถานพยาบาลควรจัดให้มี

การติดตามเยี่ยมทางโทรเวชกรรมเพิ่มขึ้นอย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพิ่มการประเมินความเสี่ยงต่อการ กลับไปเสพยาอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการให้ คำปรึกษาฉุกเฉินผ่านระบบโทรเวชกรรม

2. สถานพยาบาลควรพัฒนาหลักสูตรการ อบรมการใช้เทคโนโลยีโทรเวชกรรมให้มี ประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การขยายระยะเวลาการ อบรมเป็น 3 – 5 วัน จัดให้มีการฝึกปฏิบัติจริงภายใต้ การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการใช้ งานที่เข้าใจง่ายสำหรับบุคลากรและผู้ป่วย และ กำหนดให้มีการประเมินทักษะการใช้งานทุก 3 เดือน เป็นต้น

3. ควรมีการจัดทำแผนสำรองที่ชัดเจน เพื่อบรรเทาปัญหาทางด้านเทคนิค หรือสถานการณ์ ฉุกเฉินต่างๆ

4. ควรเพิ่มกิจกรรมในชุมชนเพื่อสนับสนุน และลดการตีตราผู้ป่วยยาเสพติด เช่น การจัดอบรม ให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน การสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการจัด กิจกรรมสร้างความเข้าใจร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอ

5. แม้ว่าผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นแนวโน้ม ที่ดีในการลดการกลับไปเสพยา แต่ยังมีข้อจำกัดที่ ควรพิจารณา ได้แก่ ระยะเวลาการติดตามที่ค่อนข้าง สั้น (4 สัปดาห์) อาจไม่สะท้อนรูปแบบการกลับไป เสพยาในระยะยาวได้ รวมถึงผลการศึกษายังขาด ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่นำไปสู่การ กลับไปเสพยา ดังนั้นควรมีการศึกษาติดตามระยะ ยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาระบบการประเมินความเสี่ยงและการเฝ้า ระวังการกลับไปเสพยาที่มีความแม่นยำมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรบรรจุ รูปแบบการบำบัดรักษาโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับ ระบบโทรเวชกรรมในแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับ จังหวัด โดยการกำหนดเป็นยุทธศาสตร์หลักใน แผนพัฒนาสาธารณสุขระยะ 5 ปี การจัดทำ

แผนปฏิบัติการที่ระบุเป้าหมาย ตัวชี้วัด และ งบประมาณที่ชัดเจน ร่วมกับการกำหนดหน่วยงาน รับผิดชอบและกลไกการกำกับติดตามประเมินผล

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้การ สนับสนุนการบำบัดรักษายาเสพติดในชุมชน เช่น การกำหนดให้การบำบัดรักษายาเสพติดเป็นภารกิจที่ สามารถใช้งบประมาณท้องถิ่นได้ เพื่อจัดสรร งบประมาณ บุคลากร ไปดำเนินงานร่วมกับหน่วยงาน ด้านสาธารณสุข เป็นต้น

3. สถานพยาบาลควรเพิ่มปรับปรุง และพัฒนา นโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยให้ รัดกุมยิ่งขึ้น เช่น การกำหนดมาตรฐานการรักษา ความปลอดภัยของข้อมูลในระบบโทรเวชกรรม การ จัดทำแนวปฏิบัติในการจัดเก็บ ประมวลผล และส่ง ต่อข้อมูลผู้ป่วย รวมถึงการกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจน สำหรับการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการในพื้นที่

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดตั้งคณะทำงาน ระดับชุมชนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดย กำหนดองค์ประกอบของคณะทำงานให้ครอบคลุม ตัวแทนจากท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวผู้ป่วย ผ่านการ จัดทำคำสั่งแต่งตั้งที่ระบุบทบาทหน้าที่ความ รับผิดชอบชัดเจน พร้อมทั้งกำหนดให้มีการประชุม ติดตามความก้าวหน้าอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันจัดระบบ สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น จัดตั้งศูนย์ ประสานงานระดับตำบล จัดสรรงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินกิจกรรม จัดหาอุปกรณ์และ เทคโนโลยีที่จำเป็น และสนับสนุนการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรและอาสาสมัครในแต่ละพื้นที่

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควร พัฒนาระบบพี่เลี้ยงในชุมชน โดยคัดเลือกอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีศักยภาพเป็นพี่เลี้ยง ดำเนินการจัดอบรมหลักสูตรพี่เลี้ยงชุมชนอย่างน้อย 3 วัน เพื่อกำหนดบทบาทและแนวทางการติดตาม เยี่ยมบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และจัดระบบ

การบริการระหว่างที่เลี้ยงกับทีมสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์

4. ทีมสหวิชาชีพควรพัฒนาคู่มือการใช้งานระบบโทรเวชกรรมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน เช่น จัดทำคู่มือในรูปแบบอินโฟกราฟิกที่เข้าใจง่าย จัดทำวิดีโอสาธิตการใช้งานแบบทีละขั้นตอน และสร้างกลุ่มไลน์เพื่อให้คำปรึกษาการใช้งาน เป็นต้น

5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชน เช่น การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับอำเภอ การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ผ่านกลุ่มไลน์ การจัดทำทำเนียบชุมชนต้นแบบและแนวปฏิบัติที่ดี และเผยแพร่บทเรียนความสำเร็จผ่านสื่อท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรมุ่งเน้นการติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 1 ปีภายหลังการบำบัด เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกยาเสพติด ทั้งนี้ควรครอบคลุมการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทาง

เศรษฐศาสตร์ของการบำบัดรักษา และการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ในด้านการศึกษาเชิงคุณภาพ ควรให้ความสำคัญกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่กลับไปเสพสารเสพติดซ้ำภายหลังการบำบัดรักษา โดยมุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยเสี่ยง การวิเคราะห์ประสบการณ์และมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการศึกษาแนวทางการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดรักษาร่วมกับการใช้ระบบโทรเวชกรรมในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น พื้นที่เขตเมือง กึ่งเมือง และชนบท เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ตลอดจนศึกษารูปแบบการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. Phufa Enterprise. สรุป World Drug Report 2022 2566 [updated 18 พฤษภาคม 2566. Available from: <https://www.phufaresthome.com/blog/world-drug-report-2022-summary/>.
2. United Nation Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2023. New York: United Nations publication; 2023. สืบค้นจาก: https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_Exsum_fin_SP.pdf.
3. กรมการแพทย์. แนวทางการใช้ DMS Telemedicine กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; นนทบุรี; 2566.
4. ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. SDG Updates | ภาพรวมสถานการณ์ยาเสพติดโลกกับผลกระทบที่มีต่อ SDGs 2565 [updated 12 มกราคม 2565. สืบค้นจาก: <https://www.sdgmove.com/2021/05/20/recap-world-drugs-situation-and-implication-on-sdgs/>.
5. ระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/สารเสพติด ที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต. บริษัท ดินา ดู มีเดีย พลัส จำกัด: กรุงเทพฯ; 2564. สืบค้นจาก: <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/20211006504370196.pdf>.
6. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ สำนักปราบปรามยาเสพติด รายงานประจำปี 2564. สำนักปราบปรามยาเสพติด: กรุงเทพฯ; 2564
7. Phufa Enterprise. สถิติของผู้ป่วยสารเสพติดในไทย 2565 [updated 04 กรกฎาคม 2565. Available from: <https://www.phufaresthome.com/blog/stat-of-drug-addict-in-thai/>.
8. วนิดา สังข์ศิริ. รายงานการประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดสงขลา. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดสงขลา; 2566 26 ธันวาคม 2566.
9. โรงพยาบาลสะบ้าย้อย. แบบประเมินตนเองเพื่อการรับรองคุณภาพซ้ำ (Re-accredit) การบำบัดรักษายาเสพติดของสถานพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ. จังหวัดสงขลา โอ; 2566.

10. จันทรา มณีฉาย, อัครศิริ ลาปี่, แยมอิม แ. การเสริมพลังอำนาจชุมชนกับบทบาทของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรณีศึกษา ตำบลท่าชนะ อำเภوتاชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2565:1-11.
11. ปรัชญาณี คำเหลือ, พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด ระยะกลาง(Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วมอำเภอสรีรังค์นะ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2566;2(3):115-29.
12. ราชศรี อาษาจิตร, สุจิตตา ฤทธิมนตร์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน:กรณีศึกษา ชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอ ป่าติวจังหวัดยโสธร. วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ. 2566;16(2):244-57.
13. นิตยา ฤทธิ์ศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, ศุภลักษณ์ จันทาญ. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งอำเภอมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565;19(2):50-63.
14. อังกูร ภัทรากร, ธัญญา สิงห์โต, สำเนา นิลบรรพ์. การศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมของสถาบันธัญญารักษ์และการขาดงานของผู้ติดยาเสพติด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558;24(2):305-16.
15. กิตติพงศ์ เจริญวิทยานุกูล, ผกาภรณ์ ยอดปลอด, ราชชัย พงษ์พิพล, รุ่งภา ปุณยานุเดช, วรمانลย์ บุญโยธิน, วรันธร ศรีศิริ, et al. การนำระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำในระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า; 2563.
16. ดารารวรรณ รองเมือง, อินทิรา สุขรุ่งเรือง, สราพร มัทยาท, ภัทรพงศ์ อุดมพัฒน์, อติญาณ์ ศรีเกษตริน, สุทธนันท์ กัลละ, et al. การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ทางช่องท้อง บทเรียนจากการระบาดของโควิด-19. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2566;17(1):108-27.
17. ธนพร ทองจุด. การศึกษาปัจจัยของการตรวจรักษาด้วยโทรเวชกรรมที่มีผลต่อทัศนคติและความตั้งใจเลือกใช้บริการโทรเวชกรรมของผู้รับบริการของโรงพยาบาลรามาริบัติ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
18. นัฐยา พานิชย์ดี. การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรค(Telemedicine)โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(2):127-42.
19. Ahonle ZJ, Kreider CM, Hale-Gallardo J, Castaneda G, Findley K, Ottomanelli L, et al. Implementation and use of video tele-technologies in delivery of individualized community-based vocational rehabilitation services to rural veterans. Journal of Vocational Rehabilitation. 2021;55:227-33.
20. Marlatt GA, George WH. Relapse prevention: Introduction and overview of the model. British Journal of Addiction. 1984;79(3):261-73.
21. Kruse CS, Lee K, Watson JB, Lobo LG, Stoppelmoor AG, Oyibo SE. Measures of Effectiveness, Efficiency, and Quality of Telemedicine in the Management of Alcohol Abuse, Addiction, and Rehabilitation: Systematic Review. J Med Internet Res. 2020;22(1):e13252.
22. Schutte J, Gales S, Filippone A, Saptano A, Parmanto B, McCue M. Evaluation of a telerehabilitation system for community-based rehabilitation. Int J Telerehabil. 2012;4(1):15-24.
23. Weintraub E, Seneviratne C, Anane J, Coble K, Magidson J, Kattakuzhy S, et al. Mobile Telemedicine for Buprenorphine Treatment in Rural Populations With Opioid Use Disorder. JAMA Network Open. 2021;4(8):e2118487-e.
24. วรพงษ์ สำราญทิพวัลย์, ชาญชัย ธงพานิช, ธิติ อึ้งอารี, ธวัช ลาภินี, อติศักดิ์ งามขจรวิวัฒน์. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และแนวปฏิบัติที่ดี. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2562. Available from: <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/62/cbt.pdf>.