

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร

The Development of a Care Model for Drug User in Amphoe Phanna Nikhom, Sakon Nakorn Province.

(Received: December 1,2025 ; Revised: December 11,2025 ; Accepted: December 16,2025)

นภาพัช จุลนีย์¹

Napat Joolanee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการคัดกรองว่ามีสารเสพติดในร่างกายจริงและผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับการรักษา ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 28 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร ที่พัฒนาขึ้น 2) แบบประเมิน Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 4) แบบประเมินการใช้ยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ความแตกต่างก่อนหลังการพัฒนาแบบด้วย dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ก่อนการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีผลกระทบจากการใช้สารเสพติดระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบฯ มีผลกระทบจากการใช้สารเสพติดระดับต่ำ 2) ผลการประเมินระดับทรัพยากรในบุคคลแบบกว้าง (BARC-10) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่ามีระดับ Recovery Capital ต่ำ 3) ระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวม ก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับต่ำ หลังการใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับกลาง แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ .05

คำสำคัญ : ผู้ป่วยยาเสพติด, การมีส่วนร่วมของชุมชน, แบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This Participatory Action Research (PAR) of Care Model for Drug User in Amphoe Phanna Nikhom, Sakon Nakorn Province. The Sample were 28 Drug User have drugs detected in the body and voluntary drug treatment. Research Instrument by 1) Care Model for Drug User 2) The assessment of Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) 3) WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life - BREF). Data were analyzed by frequency , mean , standard deviation , content analysis and dependent t-test.

The result were show before use care model have the effects of drug use is moderate-level and after is low-level 2) Recovery capital is low-level before and after use care model 3) Quality of Life is Moderate-level that is not significant.

Key words: Drug User, Community Participation, Care Model for Drug User

บทนำ

ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาในสังคมที่รุนแรงที่สุดในทุกประเทศทั่วโลก ถึงแม้ว่าจะมีมาตรการรวมถึงนโยบายต่าง ๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง โดยจากข้อมูลรายงาน

World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ ¹ พบว่าในปี 2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ที่ติดยาเสพติด ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 26 เมื่อเทียบกับ 10 ปีที่

¹ พย.บ.อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร

ผ่านมานอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ เด็กและเยาวชนมีการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่รวมถึงใช้ในปริมาณที่มากกว่าเช่นเดียวกัน ปัญหายาเสพติดจึงต้องได้รับการแก้ไขโดยเร็วที่สุด เนื่องจากก่อให้เกิดอาชญากรรม เป็นปัญหาสังคมและเศรษฐกิจ และที่สำคัญคือเป็นตัวบ่อนทำลายเยาวชนซึ่งเป็นรากฐานของประเทศ ปัจจุบันยาเสพติดได้แพร่ขยายเข้าสู่ชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศ ก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงและผลกระทบมากมาย โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชจากการเสพยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษาในแต่ละปี ร้อยละ 50.00 เป็นผู้ที่มีความรุนแรงด้วย ปัญหายาเสพติดในชุมชนของกลุ่มเด็กและเยาวชนมักมีสาเหตุพื้นฐานมาจาก 1) สถานภาพทางครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้าง 2) อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนที่ชักจูงจนเกิดความอยากรู้อยากลอง 3) ปัญหาพฤติกรรมลอกเลียนแบบจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้ปกครอง 4) ความเสี่ยงที่เกิดจากสื่อที่มีการแสดงตัวอย่างจนทำให้เกิดความเข้าใจผิดในหมู่เยาวชน เช่น ความเท่ ความรวย ที่ได้จากการเสพยาและการจำหน่ายยาเสพติด 5) สภาพแวดล้อมในชุมชนและระดับการศึกษาที่ทำให้เยาวชนขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาเสพติด² ปัญหายาเสพติดในชุมชน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านสาธารณสุข ร่างกายของผู้ที่เสพยาเสพติดทรุดโทรม อ่อนแอ เสียสุขภาพ มีผลต่อระบบสมองและประสาท 2) ปัญหาด้านสังคม ทำให้สังคมเสื่อมโทรม เนื่องจากผู้เสพยาจำนวนมาก ไม่ยอมทำงาน ไม่เรียนหนังสือ และอาจเกิดความขัดแย้งระหว่างกลุ่มผู้เสพยากับกลุ่มคนปกติ 3) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณของรัฐในการใช้จ่ายเพื่อรักษาผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดตาม พ.ร.บ. พันฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด อีกทั้งยังทำให้ขาดแรงงานที่มีประสิทธิภาพ 4.) ปัญหาอาชญากรรม เนื่องจากยาเสพติดทำให้ขาดสติ เกิดปัญหาหลักทรัพย์ หรืออาชญากรรมต่างๆ เช่น จี้จับตัวเนื่องมาจากเกิดการหลอมน และการประทุษร้ายผู้อื่น ที่ผ่านมการแก้ไขปัญหายาเสพติด

ติในประเทศไทยทำได้จำกัด เนื่องจากไม่สามารถจัดการแหล่งผลิตยาเสพติดภายนอกประเทศได้ และความพยายามลักลอบนำยาเสพติดเข้ามาในไทยอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งปัญหาการแพร่ระบาดในหมู่บ้านหรือชุมชนก็ไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง ที่สำคัญปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 24 ปี มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหายาเสพติดจึงเป็นปัญหาที่คุกคามสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้น การแก้ปัญหายาเสพติดในชุมชน จึงเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วน ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันในการแก้ไข เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพในระยะยาว²

จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับสถานการณ์ยาเสพติดในจังหวัดสกลนคร ปี 2567 โดยสำนักงานสถิติสกลนครร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการป้องกันปราบปรามยาเสพติด จังหวัดสกลนคร พบว่าการระบาดของยาเสพติด อันดับ 1 คือยาบ้า ร้อยละ 92.1 อันดับ 2 คือ ยาแก้ไอที่ผสมอย่างอื่น ร้อยละ 26.7 อันดับ 3 คือยาแก้แพ้ผสมเครื่องดื่ม ร้อยละ 4.9 อันดับ 4 ยาแก้ปวดผสมเครื่องดื่ม ร้อยละ 3.8 อันดับ 5 คือเฮโรอีน ในด้านการพบเห็นปัญหายาเสพติดในชุมชนพบว่า ร้อยละ 6.6 ไม่พบเห็นแต่ทราบว่าชุมชนมีปัญหายาเสพติด ร้อยละ 21.9 ไม่พบเห็นและไม่ทราบ ร้อยละ 14.5 พบเห็นด้วยตัวเอง ในด้านความเดือดร้อนของชุมชนจากปัญหายาเสพติดพบว่า ร้อยละ 23.3 การส่งเสียงดังก่อความรำคาญ ร้อยละ 13.2 การกระทำความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน ร้อยละ 13.2 แก๊งมอเตอร์ไซด์ชิง³

สำหรับการระบาดของยาเสพติดในอำเภอพรรณานิคม ในปี 2565-2567 พบผู้ป่วยยาเสพติดจำนวน 68, 91 และ 102 รายตามลำดับ การดำเนินแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คือการนำผู้ป่วยยาเสพติดเข้าค่ายบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ ผลการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยยาเสพติดเลิกใช้สารเสพติดได้แค่ระยะเวลาสั้นๆ และจากสถิติปี 2565-2567 มี

ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำร้อยละ 50.02, 59.34 และ 59.80 ตามลำดับการแก้ไขปัญหายาเสพติด ในปัจจุบันประเทศไทยมีการปรับแผนการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้สอดคล้องกับที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยปัญหายาเสพติดโลก ค.ศ. 2016 (UNGASS 2016) ด้วยการใช้อาสาสมัคร การแก้ไขปัญหายาเสพติด เน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยพร้อมกับการแก้ไขปัญหาลังคมไปด้วยกัน แต่ยังคงป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอย่างเข้มงวด ในด้านการบำบัดรักษาเริ่มจากการคัดกรองผู้เสพ-ผู้ติดยาเสพติด แล้วนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดอย่างเหมาะสมโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงและแนวโน้มในการก่อความรุนแรง หรือมีอาชญากรรม ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด อีกทั้งยังเน้นการสร้างระบบบำบัดฟื้นฟูแบบ “ชุมชนเป็นฐาน” หรือ Community Based Treatment (CBTx) ที่เป็นแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมและชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ได้โดยไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อน โดยการบูรณาการรูปแบบการดูแลรักษาให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่เดิม และจัดบริการต่าง ๆ ในชุมชนให้ใกล้ชิดกับสถานที่เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการชีวิตในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น การปรับตัวเพื่อเข้าสู่สังคม หรือ การฝึกอาชีพเพื่อหารายได้ เป็นต้น⁴

จากความสำเร็จในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนที่กล่าวมา ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จึงสนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร เพื่อส่งเสริมให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในชุมชนได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการคัดกรองว่ามีสารเสพติดในร่างกายจริงและผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับการรักษา ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 28 ราย

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G Power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสถิติ dependent t-test มีขั้นตอนการใช้โปรแกรม ตามที่ นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ⁵เสนอไว้คือ เลือก Test เป็น Mean Two dependent group ,เลือก statistical test เป็น Wilcoxon signed-rank test (matched paired), เลือก Type of power analysis เป็น A priori : Compute required sample size – given α , power and effect size , ใส่ค่าต่างๆ ในการวิจัยนี้กำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.50 ค่า p-value เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ Power ($1-\beta$) เท่ากับ 0.80 (มาจากกำหนดค่า β ร้อยละ 20 ได้ค่า Power ร้อยละ 80), กดปุ่ม calculate ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 28 ราย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยยาเสพติด อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีผลตรวจปัสสาวะพบสารเสพติด 3) มีประวัติการใช้ยาเสพติด และยังใช้ยาเสพติดต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน 4) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด การได้ยิน การมองเห็น 5) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 6) สามารถใช้โทรศัพท์ Smart Phone ได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) 1)

ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2) ผู้ป่วยออกนอกพื้นที่ ในระหว่างการศึกษาวิจัย และไม่สามารถติดตามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร ที่ พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมิน Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) ของโรงพยาบาล รัษฎารักษ์ขอนแก่น

2.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย

2.3 แบบสัมภาษณ์และประเมินการใช้จ่าย เสพติดที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบคัดกรองและส่งต่อ ผู้ป่วยที่ใช้จ่ายและสารเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 ดังนี้

2.3.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย

2.3.2 ข้อมูลการใช้จ่ายยาเสพติดที่พัฒนาจาก แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้จ่ายและสารเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 มีการแปลผลตามระดับคะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 2-3 หมายถึง มีผลกระทบ จากการใช้ สารเสพติดระดับต่ำ

ระดับคะแนน 4-26 หมายถึง มีผลกระทบ จากการใช้สารเสพติดระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 27 ขึ้นไป หมายถึง มี ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบ ประเมิน Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) ของโรงพยาบาล รัษฎารักษ์ขอนแก่น และแบบประเมินคุณภาพ ชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย เป็น

เครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือแล้ว

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์และ ประเมินการใช้จ่ายยาเสพติด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบเนื้อหาให้ตรงกับวัตถุประสงค์ ผล การตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.92 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์และประเมิน การใช้จ่ายยาเสพติดไปใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดที่มี คุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สกลนครผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ อำเภอพรหมานิคม โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวม รวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก ประธาน คกก.พชอ.พรหมานิคม

2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการเยี่ยมบ้าน และแบบสัมภาษณ์และประเมินการใช้จ่ายยาเสพติด แบบประเมิน Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย โดยพิทักษ์ สิทธิผู้ป่วยด้วยการไม่ระบุชื่อผู้ป่วยในการนำเสนอ

3. เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม จากการ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยยาเสพติด การสนทนากลุ่มและ การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการกับทีมดูแลผู้ป่วย มีการรักษาความลับของข้อมูลทุกคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของการ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้สถิติ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติด คุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วย dependent t-test

3) วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพเครื่องมือ จากการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Analysis) และวิเคราะห์ค่า Reliability ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่โครงการ SKN REC 2025-070

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

ขั้นตอน	กิจกรรม	เครื่องมือ	ผู้ดำเนินการ
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน	.1วิเคราะห์ข้อมูลชุมชน สถานการณ์ปัญหาเสพติดที่เกี่ยวข้อง 2. เสนอเข้าที่ประชุมเพื่อหารือแสดงความคิดเห็นในการจัดการแก้ไขปัญหายาเสพติด .3การเตรียมชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำและสมาชิกในชุมชน รวมถึงครอบครัวของผู้ใช้ยาเสพติดและอาสาสมัครต่างๆ เช่น อสมทำหน้าที่เฝ้าระวัง ป้องกัน ค้นหาคัดกรอง ประเมิน .อสม ปัญหาของผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชนที่เข้าใจ เข้าถึง และให้การช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติดควบคู่ไปกับกิจกรรมการพัฒนาชุมชนและวิถีชีวิตปกติประจำวัน โดยการเยี่ยมบ้านผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัว		.1ผู้วิจัยและเลขาฯ พขอ 2. คกก. พขอ. ทหาร ตำรวจ
ขั้นตอนที่ 2 วางแผนดำเนินการ	คัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด แบ่งเป็น (1กลุ่ม ต้องพบแพทย์เพื่อบำบัดรักษาใน กลุ่มสีแดง 1 โรงพยาบาล (2กลุ่ม (ทุเลา แต่ต้องมีญาติดูแล/อาการคงที่) กลุ่มสีเหลือง 2 (3กลุ่ม บำบัดในศูนย์ (อาการคงที่ ดูแลตัวเองได้) กลุ่มสีเขียว 3 มินิรัฐยาภิบาล	.1ตรวจปัสสาวะ .2แบบประเมินOAS 3.แบบ สัมภาษณ์ และ ประเมินการใช้ยาเสพติด บคก .กสธ.V.2	.1ผู้นำชุมชน .2คกก. พขอ. ทหาร ตำรวจ
ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มสีเขียวในชุมชน	1. ให้ความรู้ความเข้าใจในการบำบัดรักษาและการป้องกันยาเสพติด 2. การเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัว ให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) ทำจิตสังคมบำบัดและให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความคิด ความรู้สึก	โทรศัพท์ line VDO call	ผู้วิจัยร่วมกับ .1ผู้นำชุมชน , .อสม .2พยาบาล/ จนทสาธารณสุข. สุขจากสถาน
ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มสีเขียวในชุมชน (ต่อ)	เกี่ยวกับปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ สนับสนุนช่วยเหลือให้สามารถใช้ชีวิตขึ้นพื้นฐานในชุมชน .3เมื่อกลับจากโรงพยาบาลผ่านการบำบัด รักษาแล้ว ชุมชนให้การดูแลต่อเนื่อง ให้รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ เช่น กรณีน	โทรศัพท์ line VDO call	บริการใกล้บ้าน .3คกกพขอ . ทหาร ตำรวจ .4องค์กร พัฒนาสังคม

ตารางที่ 1 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรหมนิคม จังหวัด
สกลนคร

ขั้นตอน	กิจกรรม	เครื่องมือ	ผู้ดำเนินการ
	ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย หรืออาจต้องพาไปพบแพทย์ เป็นครั้ง คราว เพื่อการรักษาหรือรับยาต่อเนื่อง แนะนำผู้ดูแลและ อสม.) ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงOAS2 (Q ผ่านกูเกิ้ลชีท และ วิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นผ่านทางโทรศัพท์/line เมื่อเกิด เหตุการณ์ที่รุนแรง เพื่อลดอาการกำเริบการก/กลับมาเสพติด		
ขั้นตอนที่ 4 ติดตาม ประเมินผล	พยาบาลร่วมกับ อสมผู้นำชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้านหลังการ . บำบัดตามกลุ่มผู้ป่วยดังนี้ กลุ่มสีแดง หลังการบำบัดครบ 1 ,สัปดาห์ 1เดือน 2 ,เดือน 4 , เดือน กลุ่มสีเหลือง หลังการบำบัดครบ สัปดาห์ 1, 1 เดือน, 2 เดือน, เดือน 4 กลุ่มสีเขียว หลังการบำบัดครบ สัปดาห์ 1, เดือน 1, เดือน 2, เดือน 4	1. แบบประเมินแบบ ประเมิน BARC-หลังการ10 4 สัปดาห์ และ 1 บำบัด เดือน 2. แบบประเมินคุณภาพ ชีวิตของ หลังการบำบัดครบ 4 เดือน 3. แบบประเมินการใช้ยา เสพติด บคก. กสร. V.2 หลังการบำบัดครบ 4 เดือน	ผู้วิจัย
ขั้นตอนที่ 5 การ ดูแลระยะยาว หลังการบำบัด	.1ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัว หลังการ บำบัดครบ 8 ,เดือน 6เดือน 1 ,ปี รวมทั้งหมดตั้งแต่หลังการ บำบัดรักษาต้องได้รับการเยี่ยมบ้านโดย อสมปี/ครั้ง 7 ไม่น้อยกว่า .พชอ.ผู้นำชุมชน และ คกก . .2องค์กรพัฒนาสังคม ร่วมดำเนินการส่งเสริมอาชีพ สร้าง รายได้ สร้างคุณค่า	.1แบบประเมินการใช้ยา เสพติด บคก .กสร .V. 2 ปี 1 หลังการบำบัดครบ .2แบบประเมินแบบ ประเมิน Brief Assessment of Recovery Capital (BARC- (10หลังการบำบัด ปี 1	คกก.พชอ.

2. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนคร

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ เพศชายร้อยละ 64.30 มีอายุเฉลี่ย 32.64 ปี เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 50.00 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 75.00 อาศัยอยู่กับพ่อและแม่ร้อยละ 39.30 อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่หรือญาติพี่น้อง ร้อยละ 60.70 และใช้สารเสพติดยาบ้าร้อยละ 92.90

2.2 ปริมาณการใช้ยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนใช้รูปแบบมีปริมาณการใช้สารเสพติดระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบมีปริมาณ

การใช้สารเสพติดระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

2.3 ผลการประเมินระดับทรัพยากรในส่วนบุคคลแบบกว้าง Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) หมายถึง ต้นทุนผู้ป่วยยาเสพติดทางสังคม กายภาพ และอาชีพ ภายใต้สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย มีความพร้อมสำหรับการเลิกยาเสพติดในระดับต่ำ ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

2.4 ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้รูปแบบมีระดับคุณภาพชีวิตระดับต่ำ หลังใช้รูปแบบมีระดับคุณภาพชีวิตใน

ระดับกลาง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าอาศัยอยู่กับพ่อแม่และแม่ร้อยละ 39.30 อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่หรือญาติพี่น้อง ร้อยละ 60.70 และผลการประเมินระดับทรัพยากรในตัวบุคคลแบบกว้าง Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) หมายถึง ต้นทุนผู้ป่วยยาเสพติดทางสังคม กายภาพ และอาชีพ ภายใต้สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย มีความพร้อมสำหรับการเลิกยาเสพติดในระดับต่ำ ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยาเสพติดมีแนวโน้มเลิกใช้ยาเสพติดในระดับต่ำ ซึ่ง วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์⁶ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ต้องขังคดียาเสพติด ในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า สถานภาพสมรสของบิดา มารดามีความสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ยาเสพติด กัญญา ภูระหงษ์⁷ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาของผู้ติดยาเสพติดในเขตจังหวัดปทุมธานี พบว่า 1) ปัจจัยด้านครอบครัว การเลี้ยงดูในวัยเด็ก สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับระดับการเสพยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ยังมีอาการอยากยาเสพติด การรับรู้ตัวตนเองยังไม่อยากเลิก ตัดใจในฤทธิ์ของยาเสพติด เหนงว่าเหว่ไม่มีงานทำเป็นหลักแหล่ง เข้ากับเพื่อนกลุ่มใหม่ไม่ได้ ไม่มีเงินใช้ 3) ปัจจัยภายนอกจากเพื่อนและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ มีความขัดแย้งกับคนในครอบครัว บ้านอยู่ในแหล่งที่มีกลุ่มผู้ติดยาเสพติด แหล่งจำหน่ายยาเสพติด ได้รับการชักชวนจากเพื่อนที่เคยเสพยาติดด้วยกัน ครอบครัวและสังคมในชุมชนไม่ยอมรับมีความสัมพันธ์กับระดับการเสพยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ผลการศึกษาปริมาณการใช้ยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนใช้รูปแบบฯ มีปริมาณการใช้

สารเสพติดระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบฯ มีปริมาณการใช้สารเสพติดระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เนื่องจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ที่พัฒนาขึ้นโดยการศึกษาทบทวนเอกสารทางวิชาการ และการประชุมระดมสมองทีมสหสาขาวิชาชีพงานดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ทำให้ได้รูปแบบที่เป็นระบบ มีความชัดเจนในการปฏิบัติ ตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหา การเตรียมชุมชนและครอบครัวช่วยเฝ้าระวัง ป้องกัน ค้นหา คัดกรองและประเมินผู้ติดยาเสพติดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และการติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ หลังการบำบัดรักษา 4 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการใช้ยาเสพติดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา ภูระหงษ์⁷ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาของผู้ติดยาเสพติดในเขตจังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าสิ่งที่ทำให้ไม่กลับไปเสพยา 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การอยู่กับครอบครัวคิดว่าครอบครัวสำคัญที่สุด 2) ปฏิเสธเพื่อนชวนให้ได้ ตั้งสติมีความเชื่อมั่นในตนเองไม่คล้อยตามเพื่อน 3) ด้านการบำบัดรักษา ได้แก่ ระยะเวลาการบำบัดรักษาควรเป็น 6 เดือน หรือ 2 ปี และควรให้อยู่รับการรักษาจนแน่ใจว่าจิตใจเข้มแข็ง ประพัทธ์ ธรรมวงศา⁸ ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอภูพาน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ประชาชนไม่มีพฤติกรรมกลับไปเสพยา ร้อยละ 95.2 กลุ่มเยาวชนในวัยเรียนไม่กลับไปเสพยาและไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด ร้อยละ 100 และมีชุมชนต้นแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด

3. ผลการประเมินระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้รูปแบบมีระดับคุณภาพชีวิตระดับต่ำ หลังใช้รูปแบบมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับกลาง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ วสวัตต์ ธงชัย และ เกษราวัลณ์ นิลรวงกูร⁹ ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดแบบกาย

จิต สังคมบำบัด จังหวัดยโสธร พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับเดียวกัน คือ ระดับปานกลาง และ วิชาสินี เวเศษสร้อย¹⁰ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม พบว่าผลการนำรูปแบบไปปฏิบัติ หลังเข้าร่วมกิจกรรมการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ การแก้ปัญหา, การสื่อสาร, บทบาท, การตอบสนองทางอารมณ์, การทำหน้าที่ทั่วไปอยู่ในระดับมาก การตอบสนองทางอารมณ์และความผูกพันทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง เปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมการตอบสนองทางอารมณ์ไม่แตกต่างกันทางสถิติ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินผลการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) อาการถอนยาเสพติด อาการทางจิต ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการให้ความร่วมมือของครอบครัว และด้านสังคม (สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาวะซึมเศร้า (9Q) และการฆ่าตัวตาย (8Q) ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว การสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้ห่างไกลยาเสพติด โดยการสอดส่องดูแลไม่ให้มียาเสพติดในชุมชน คือ สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดใช้ยาเสพติดลดลงจนถึงเลิกเสพได้

2. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการดูแลจากชุมชนอย่างเข้มแข็งต่อเนื่อง 1-2 ปี

3. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ควรทบทวนผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทุก 6 เดือน -1 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

ควรศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้ผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดมองเห็นคุณค่าของตนเองและสังคม จนสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้อย่างถาวร

เอกสารอ้างอิง

1. UNODC. (2022). World Drug Report 2022 highlights trends on cannabis post-legalization, environmental impacts of illicit drugs, and drug use among women and youth. (n.d.). Retrieved December 28, 2022, from <https://www.unodc.org/unodc/frontpage/2022/June/unodc-world-drug->
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567). เปิด 4 ปัญหาใหญ่ “ยาเสพติดในชุมชน”. เข้าถึงได้จาก https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=182
3. สำนักงานสถิติจังหวัดสกลนคร. (2567). สารสนเทศการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับสถานการณ์ยาเสพติดในจังหวัดสกลนคร. เข้าถึงได้จาก <https://sakonnk.nso.go.th/statistical-information-service/infographic-interactive/infographic/drugs-in-sakon-nakhon-province.html>
4. วีรวัต อูรอนันท์ และ นันทา ชัยพิชิตพันธ์. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติที่ดี. กรุงเทพฯ:บริษัท เดอะกราฟิกโก ชิส์เต็มส์ จำกัด; 2567.
5. นิพัทธ์พงษ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพชร และ ญาดา นภาพารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER SAMPLE SIZE CALCULATION USING G*POWER PROGRAM. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2560;5(1):498-507.

6. วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ต้องขังคดียาเสพติดในจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาล. 2562;68(1):49-57.
7. กัญญา ภูระหงษ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาของผู้ติดยาเสพติดในเขตจังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2561;32(2):23-40.
8. ประพันธ์ ธรรมวงศา. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567;6(1):1-14.
9. วสวัตต์ รัชชัย และ เกษราวัลณ์ นิลวรารังกูร. คุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดแบบกาย จิต สังคมบำบัด จังหวัดยโสธร. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559;13(2):57-61.
10. วิภาสินี วัชเชษฐ้อย. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) มินิอัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(2):166-173.