

การพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาการใช้สารเมทแอมเฟตามีน โดยมีส่วนร่วม ร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาอำเภอสุวรรณภูมิ

Developing Community-Based Treatment and Rehabilitation Programme for Methamphetamine Users : A case Study in Suwannaphum District.

(Received: December 10,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

นิภากร อึ้งเจริญธนกิจ¹ โชคนิตทิพัฒน์ วิสุญ² ธัญญารัตน์ เมืองหงษ์² ทวี ศรีขาว²

Niphakon Uengcharoenthanakit¹ Choknitiphat Wisoon² Thunyarat Meunghong² Thawee Srikhao²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวทางการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) ในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างกรกฎาคม 2567 ถึงกันยายน 2568 แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การพัฒนาโปรแกรม CBTx 3) การทดลองใช้และประเมินผล และ 4) การปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ติด/ผู้ใช้อยาบ้าอายุ 18-60 ปี จำนวน 51 คน ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม V2, การตรวจปัสสาวะ, WHOQOL-BREF และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

โปรแกรม CBTx ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) กระบวนการคัดกรองและประเมินแบบบูรณาการ 2) กิจกรรมบำบัดครบวงจร 9 ครั้ง/สัปดาห์ ร่วมกับการตรวจปัสสาวะทุก 4 วัน รวม 16 ครั้ง และ 3) กลไกการติดตามและส่งต่อความยั่งยืนโดยชุมชน หลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการหยุดเสพยาบ้า 40 คน (ร้อยละ 78.43) เสพลดลง 11 คน (ร้อยละ 21.57) และไม่มีผู้ใดหลุดหนีจากโปรแกรม คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: การบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน; ยาบ้า; เมทแอมเฟตามีน; การวิจัยเชิงปฏิบัติการ; ชุมชนลุ่มรัก

Abstract

This action research aims To develop and evaluate the effectiveness of Community-Based Treatment (CBTx) guidelines for methamphetamine users in Suwannaphum District, Roi Et Province. The research was conducted from July 2024 to September 2025, comprising four phases: (1) problem analysis, (2) CBTx program development, (3) implementation and evaluation, and (4) continuous improvement. Fifty-one participants aged 18-60 years meeting inclusion criteria were enrolled. Data were collected using V2 questionnaire, urine drug tests, WHOQOL-BREF and in-depth interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests; qualitative data underwent content analysis.

The developed CBTx program consisted of three main components: (1) integrated screening and assessment process, (2) comprehensive treatment activities (9 sessions/week) combined with urine testing every 4 days (16 times total), and (3) community-based follow-up and sustainability mechanisms. Post-program results showed 40 participants (78.43%) achieved abstinence, 11 (21.57%) reduced use, and none dropped out. Quality of life scores increased significantly ($p < 0.001$),

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

Keywords: Community-based treatment; Methamphetamine; Amphetamine; Action research; Community encirclement treatment

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน หรือที่รู้จักกันในชื่อ "ยาบ้า" ยังคงเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสุขภาพของประชาชนและความมั่นคงทางสังคมของประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด¹ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2566 มีการจับกุมคดียาบ้ากว่า 300 ล้านเม็ด เพิ่มขึ้นร้อยละ 22 จากปีก่อนหน้า สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงและความซับซ้อนของปัญหาที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่กรมสุขภาพจิต² พบว่ามีผู้ป่วยติดยาบ้าเข้ารับการบำบัดรักษาในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมากกว่า 180,000 รายในปี พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลก³ ประเมินการว่ามีผู้ใช้สารกระตุ้นประสาทประเภทแอมเฟตามีนทั่วโลกถึง 27 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ปัญหาการติดยาบ้ามีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับหลายมิติ ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม การศึกษาในบริบทไทยพบว่าผู้เสพยาบ้ามีอัตราการกลับไปเสพซ้ำ (relapse rate) สูงถึงร้อยละ 60-70 ภายในระยะเวลา 1 ปีหลังการบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ McKetin et al.⁴ ที่พบว่าผู้ติดยาเมทแอมเฟตามีนมีอัตราการกลับเสพซ้ำสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดประเภทอื่น อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสมองทั้งด้านโครงสร้างและการทำงาน โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมแรงกระตุ้น (impulse control) และการตัดสินใจ (executive function) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับไปเสพซ้ำประกอบด้วย ความคิดอัตโนมัติทางลบ ทักษะการเผชิญปัญหา สิ่งกระตุ้นทางสังคม

และความเครียดในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่แทรกซ้อนและมีอิทธิพลต่อกันและกัน

แม้ว่าปัจจุบันจะมีแนวทางการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าหลากหลายรูปแบบ แต่ประสิทธิผลของการบำบัดยังคงเป็นความท้าทายสำคัญในระบบสาธารณสุขไทย แนวทางการบำบัดรักษาแบบดั้งเดิมมักเน้นการถอนพิษ (detoxification) และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย แต่ให้ความสำคัญกับการบำบัดทางจิตใจและทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำไม่เพียงพอ การบำบัดรักษายังขาดความต่อเนื่องและการติดตามระยะยาว ส่งผลให้ประสิทธิผลการบำบัดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ashford et al.⁵ ที่ชี้ให้เห็นว่าการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดจำเป็นต้องมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมหลายมิติ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม และการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา

การบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBT) เป็นแนวทางการบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิผลในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดอย่างกว้างขวาง Baker et al.⁶ พบว่า CBT สามารถลดอัตราการเสพซ้ำในผู้ติดยาเมทแอมเฟตามีนได้ร้อยละ 35-45 เมื่อเทียบกับการบำบัดแบบปกติ อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของ CBT ในบริบทไทยยังมีข้อจำกัดเนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม ระบบการให้บริการสาธารณสุข และทรัพยากรที่จำกัด การพัฒนาแนวทางการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐานที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะ (Contextual Community-Based Treatment: CBTx) จึงเป็นแนวทางที่น่าสนใจในการเพิ่มประสิทธิผลการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าในประเทศไทย การปรับ CBT ให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและสังคมช่วยเพิ่มอัตราการคงอยู่ใน

การบำบัดและผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว⁷ การพัฒนาแนวทางการบำบัด CBTx สำหรับผู้เสพยาบ้าในบริบทไทยจำเป็นต้องอาศัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การทดลองปฏิบัติและประเมินผล รวมถึงการปรับปรุงเพื่อให้เกิดความยั่งยืน การวิจัยเชิงปฏิบัติการช่วยเพิ่มความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับบริบทการบำบัดและเสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงานในการพัฒนาแนวทางที่เหมาะสม

ปัจจุบันแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับ CBT ในการบำบัดผู้เสพยาบ้าในประเทศไทยบ้างแล้ว แต่ยังขาดการศึกษาเชิงปฏิบัติการที่มุ่งพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของ CBTx ที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของสังคมไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและมีทรัพยากรจำกัด Zhang et al.⁸ ระบุว่าพัฒนาแนวทางการบำบัดที่คำนึงถึงบริบทเฉพาะช่วยลดช่องว่างระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์และการปฏิบัติจริง อันจะนำไปสู่ประสิทธิผลการบำบัดที่ดีขึ้น

ในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปัญหาการเสพยาบ้ามีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อชุมชนอย่างมาก การพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น โดยบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้แนวทาง CBTx ที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทอำเภอสุวรรณภูมิ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการบำบัดที่มีประสิทธิผล พัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพในการให้บริการบำบัดรักษา และที่สำคัญคือช่วยลดภาระโรคและผลกระทบทางสังคมจากปัญหาการติดยาบ้าในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ 3 ประการ ได้แก่

- 1) เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการ และบริบทเฉพาะในการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า ผ่านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน
- 2) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้แนวทาง CBTx ที่ผสมผสานหลักการของการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐานกับบริบททางวัฒนธรรมและสังคมไทย และ
- 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดรักษา CBTx ในการลดพฤติกรรมการใช้ยาบ้า เพิ่มระยะเวลาการไม่กลับไปเสพยาซ้ำ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาบ้า

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะตามหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยมีการดำเนินงานวนซ้ำเป็นวงจรต่อเนื่องเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

พื้นที่และระยะเวลาการวิจัย

การวิจัยดำเนินการในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 15 เดือน การเลือกพื้นที่นี้เนื่องจากมีความร่วมมือที่ดีระหว่าง

หน่วยงานต่างๆ ในชุมชน มีปัญหาการเสพยาบ้าที่ต้องการการแก้ไข และมีลักษณะเป็นชุมชนชนบทที่สามารถเป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

ผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรม
ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้เสพยาบ้า จำนวน 120 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ 1) บุคลากรสาธารณสุข (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล, รพ.สต., พยาบาลจิตเวช, แพทย์) จำนวน 21 คน 2) หน่วยงานภาครัฐ (เจ้าหน้าที่ตำรวจ, เจ้าหน้าที่ปกครอง, อบต./เทศบาล) จำนวน 30 คน 3) กลุ่มประชาชน (ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุข, ตัวแทนครอบครัว) จำนวน 69 คน

กลุ่มที่ 2: ผู้เข้าร่วมโปรแกรมบำบัด คัดเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผลการตรวจปัสสาวะพบสารเมทแอมเฟตามีน 2) อายุระหว่าง 18-60 ปี 3) มีความเข้าใจภาษาไทยดี 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม

เกณฑ์การคัดออก 1) มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น โรคจิตเภท หรือภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่ยังควบคุมไม่ได้ 2) มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาหรือมีปัญหาสุขภาพร้ายแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการบำบัด 3) เข้าร่วมการบำบัดรักษาอื่นๆ นอกเหนือจากโครงการวิจัยในช่วงเวลาเดียวกัน

จากการดำเนินงานในพื้นที่ มีผู้เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดทั้งสิ้น 51 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ

1.1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) สำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อ

สำรวจประสบการณ์ ความต้องการ และข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรม

1.2 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

1.3 แบบบันทึกภาคสนาม (Field Notes) สำหรับบันทึกการสังเกตและเหตุการณ์สำคัญตลอดกระบวนการวิจัย

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ

2.1 แบบสัมภาษณ์และคัดกรองผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (V2) ใช้ประเมินความรุนแรงและความต้องการการบำบัด

2.2 แบบบันทึกการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (Urine Drug Test) ตรวจทุก 4 วัน รวม 16 ครั้ง

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ฉบับภาษาไทย ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษายาเสพติด จำนวน 5 คน คำนวณค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) ได้ค่าเฉลี่ย 0.87

2) ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่า 0.82

ระยะการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ (เดือนที่ 1-2)

ดำเนินการศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการและบริบทเฉพาะในการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า ประกอบด้วย 1) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าทั้งใน

และต่างประเทศ 2) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 6 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้เสพติดยาบ้ามากกว่า 10 ปี 3) สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 5 กลุ่ม แบ่งตามบทบาท ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการบำบัด (2 กลุ่ม) กลุ่มผู้เสพติดยาบ้า (2 กลุ่ม) และกลุ่มตัวแทนชุมชนและครอบครัว (1 กลุ่ม)

วิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีจากฐานข้อมูลการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดรักษา (เดือนที่ 2-3)

พัฒนาโปรแกรม CBTx โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 เป็นฐาน ประกอบด้วย 1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Workshop) จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 2 วัน โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้บริการบำบัด และตัวแทนชุมชนรวม 30 คน 2) พัฒนาองค์ประกอบของโปรแกรม CBTx ครอบคลุม 1) กระบวนการคัดกรองและประเมิน 2) กิจกรรมบำบัด 9 ครั้ง/สัปดาห์ 3) การตรวจปัสสาวะทุก 4 วัน 4) คู่มือสำหรับผู้ให้บริการและผู้เข้าร่วม และ 5) แนวทางการติดตามและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3: การทดลองใช้และประเมินผลโปรแกรม (เดือนที่ 4-12)

ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม CBTx ในพื้นที่ต้นแบบ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ 1) ประชุมชี้แจงโครงการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) แต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอและระดับหมู่บ้าน โดยบูรณาการทุกภาคส่วน 3) จัดประชาคมครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจงโครงการและคืนข้อมูลให้ชุมชนรับทราบ 4) จัดประชาคมครั้งที่ 2 เพื่อลงมติ MOU ทุกหลังคาเรือน กำหนดรูปแบบการดำเนินงาน และ

กำหนดเกณฑ์การตรวจปัสสาวะ 100% (X-ray 100%) 5) จัดพิธีเปิดและลงนาม MOU หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง 6) อบรมเชิงปฏิบัติการแก่ชุดปฏิบัติการระดับชุมชน

ขั้นปฏิบัติการ 1) ดำเนินการ X-ray 100% ผู้ที่มีอายุระหว่าง 12-65 ปี 2) กระบวนการคัดกรองและรับรองบุคคลโดยคณะกรรมการคุ้ม ประชาชนที่ผ่านการตรวจปัสสาวะเป็นลบ มอบบัตรพลเมืองสีขาว ประชาชนที่ผลเป็นบวก เข้าร่วมโปรแกรม CBTx 3) คัดกรองผู้ที่มีผลปัสสาวะเป็นบวกด้วยแบบประเมิน V2, OAS, 2Q+9Q8Q และประเมินสุขภาพกายแบบองค์รวม 4) กำหนดกิจกรรมตรวจปัสสาวะทุก 4 วัน รวม 16 ครั้ง 5) กำหนดกิจกรรมบำบัด CBTx ชุมชนล้อมรั้ว ทุกสัปดาห์ จำนวน 9 ครั้ง (เวลา 09.00-16.30 น.) โดยมีทุกภาคส่วนร่วมดำเนินการ 6) จัดประชาคมครั้งที่ 3 เพื่อสรุปผลการบำบัด มอบบัตรพลเมือง/คุ้ม/ชุมชนสีขาว และจัดทำกฎกติกา/ธรรมนูญหมู่บ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ประเมินก่อนเข้าโปรแกรม (baseline) ด้วยแบบประเมินทั้งหมด 2) ตรวจปัสสาวะทุก 4 วัน รวม 16 ครั้ง 3) ประเมินหลังสิ้นสุดโปรแกรม (post-test) ด้วยแบบประเมินทั้งหมด 4) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เข้าร่วมโปรแกรมและผู้ให้บริการเพื่อประเมินประสบการณ์

ระยะที่ 4 การพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง (เดือนที่ 13-15)

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสะท้อนผล (Reflection Workshop) โดยเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมวิเคราะห์ผล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนะแนวทางปรับปรุง
2. ปรับปรุงโปรแกรม CBTx ตามผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ
3. พัฒนาคู่มือและแนวทางการฝึกอบรมสำหรับบุคลากรสุขภาพ
4. พัฒนาแนวทางการส่งต่อความยั่งยืน โดย

4.1 ส่งมอบพื้นที่ให้ชุมชนและ อบต./เทศบาล
ดูแลต่อเนื่อง

4.2 จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการแก้ไข
ปัญหาเสพติดของตำบล

4.3 จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับ
ตำบล

4.4 กำหนดการติดตามตรวจปัสสาวะต่อเนื่อง
(3, 6, 9, 12 เดือน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คำนวณความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ คะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ วิเคราะห์อัตราการใช้ยาเสพติดและการเสพติดด้วย ร้อยละ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ถอดเทปการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มเป็นข้อความ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดย (1) อ่านข้อมูลซ้ำหลาย ครั้ง (2) จำแนกและจัดหมวดหมู่ข้อมูล (3) หา ความสัมพันธ์และสังเคราะห์ (4) นำเสนอในรูปแบบ พรรณนาวิเคราะห์ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยการ สามเส้า (Triangulation) จากแหล่งข้อมูล วิธีการ และผู้วิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1182567

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโปรแกรม (2) โปรแกรม CBTx ที่พัฒนาขึ้น และ (3) ผลลัพธ์ของการเข้าร่วม โปรแกรม

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

ผู้เข้าร่วมโปรแกรมบำบัด CBTx ทั้งสิ้น 51 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.2 (45 คน) และ เพศหญิง ร้อยละ 11.8 (6 คน) อายุเฉลี่ย 32.8 ปี (SD = 8.4) โดยกลุ่มอายุ 25-35 ปีมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 54.9 ด้านสถานภาพสมรส พบว่าร้อยละ 47.1 โสด ร้อยละ 35.3 สมรส และร้อยละ 17.6 หย่าร้าง/ แยกกันอยู่ ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 62.7 รองลงมาคือประถมศึกษา ร้อยละ 27.5 และปริญญา ตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 9.8

ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 49.0 รองลงมาคือเกษตรกร ร้อยละ 27.5 ค้าขาย ร้อยละ 13.7 และว่างงาน ร้อย ละ 9.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,450 บาท (SD = 4,200) โดยร้อยละ 68.6 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน

เกี่ยวกับประวัติการใช้ยาบ้า พบว่าระยะเวลา การใช้ยาบ้าเฉลี่ย 6.2 ปี (SD = 3.8) ความถี่ในการใช้ เฉลี่ย 4.3 ครั้งต่อสัปดาห์ (SD = 2.1) และปริมาณที่ ใช้ต่อครั้งเฉลี่ย 2.8 เม็ด (SD = 1.4) ร้อยละ 35.3 มี ประวัติการเข้ารับการบำบัดรักษามาก่อน และร้อยละ 64.7 เป็นการเข้ารับการบำบัดครั้งแรก สาเหตุ หลักของการใช้ยาบ้าคือช่วยในการทำงาน (ร้อยละ 43.1) เพื่อนชวน (ร้อยละ 31.4) และความอยากรู้ อยากรอง (ร้อยละ 25.5)

2. โปรแกรม CBTx ที่พัฒนาขึ้น

จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้โปรแกรมการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอ สุวรรณภูมิ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 กระบวนการคัดกรองและ ประเมินแบบบูรณาการ

กระบวนการเริ่มต้นด้วยการดำเนินการ X-ray 100% ในพื้นที่เป้าหมาย โดยตรวจปัสสาวะหาสาร เมทแอมเฟตามีนในประชาชนอายุ 12-65 ปี ผู้ที่มีผล

เป็นบวกจะได้รับการคัดกรองรอบที่สองด้วยแบบประเมิน V2 เพื่อประเมินความรุนแรงและความต้องการการบำบัด แบบประเมิน OAS (Overt Aggression Scale) เพื่อประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว แบบประเมิน 2Q+9Q8Q เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และการประเมินสุขภาพกายแบบองค์รวม ผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าจะได้รับการทำสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งบันทึกข้อมูลประวัติ แผนการบำบัด และผลการติดตาม กระบวนการนี้ ดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และตัวแทนชุมชน เพื่อให้การประเมินมีความครอบคลุมและเหมาะสม

องค์ประกอบที่ 2 กิจกรรมบำบัดครบวงจร

โปรแกรมบำบัดดำเนินการเป็นเวลา 9 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมหลัก 2 ประเภท คือ

1) กิจกรรมบำบัดรูปแบบ CBTx ชุมชนล้อมรั้ว จัดทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 9 ครั้ง ในเวลา 09.00-16.30 น. โดยมีภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนร่วมดำเนินการ ได้แก่ โรงพยาบาล รพ.สต. ตำรวจ ปกครอง อบต./เทศบาล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวผู้เข้าร่วม เนื้อหาของกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 ปฐมนิเทศ สร้างความสัมพันธ์ และทำความเข้าใจโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับยาบ้าและผลกระทบ การระบุปัจจัยเสี่ยง

สัปดาห์ที่ 3 การจัดการกับความอยากยา (craving) และอาการถอนพิษ

สัปดาห์ที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ

สัปดาห์ที่ 5 ทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด

สัปดาห์ที่ 6 การสื่อสารและความสัมพันธ์ในครอบครัว

สัปดาห์ที่ 7 การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การระบุสถานการณ์เสี่ยง

สัปดาห์ที่ 8 การวางแผนชีวิตและอาชีพ การพัฒนาทักษะชีวิต

สัปดาห์ที่ 9 สรุปและวางแผนหลังสิ้นสุดโปรแกรม

กิจกรรมในแต่ละครั้งผสมผสานหลายรูปแบบ เช่น การบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมนันทนาการ และกิจกรรมทางศาสนา โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมและครอบครัว

2) การตรวจปัสสาวะ จัดทุก 4 วัน รวม 16 ครั้ง ณ ศูนย์ปฏิบัติการของชุมชน (ศป.ชุมชน) เพื่อติดตามความสำเร็จในการหยุดเสพและเสริมแรงจิตใจ ในการคงสภาพไม่เสพยา การตรวจปัสสาวะ ดำเนินการโดยทีมจากโรงพยาบาล ร่วมกับตัวแทนชุมชน เพื่อสร้างความโปร่งใสและการมีส่วนร่วมของชุมชน

องค์ประกอบที่ 3 กลไกการติดตามและส่งต่อความยั่งยืน

หลังสิ้นสุดโปรแกรม 9 สัปดาห์ มีกลไกการติดตามและสนับสนุนต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1) การส่งมอบพื้นที่ให้ชุมชนและ อบต./เทศบาล จัดพิธีส่งมอบพื้นที่เพื่อสร้างความภาคภูมิใจและความรับผิดชอบของชุมชน โดย อบต./เทศบาล จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด และประกาศเป็นวาระเร่งด่วนของตำบล

2) การรักษาสภาพหมู่บ้าน/ชุมชน ประกอบด้วย

2.1) จัดทำปฏิทินชุมชนสำหรับการกำกับติดตามและตรวจปัสสาวะต่อเนื่อง อย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี (เดือนที่ 3, 6, 9, 12)

2.2) จัดตั้งและฝึกอบรมชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน

2.3) เปิดดำเนินการ ศปท. อย่างต่อเนื่องเพื่อ
ประสานงานและเป็นศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์

2.4) จัดตั้งกองทุนสำหรับการบำบัดรักษา
ผู้ป่วยยาเสพติด

2.5) มีการประชุมติดตามผลของภาคีเครือข่าย
ทุก 1 เดือน

3) การสนับสนุนด้านอื่นๆ โดย อบต./
เทศบาล ดำเนินการตามบทบาทของศูนย์ฟื้นฟูสภาพ
ทางสังคมระดับตำบล ในด้านที่อยู่อาศัย การฝึก
อาชีพ/จัดหางาน การศึกษา สาธารณสุข และทุน
ประกอบอาชีพ

3. ผลลัพธ์ของการเข้าร่วมโปรแกรม

3.1 อัตราการหยุดเสพยาบ้า

จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 51 คน หลัง
สิ้นสุดโปรแกรม 9 สัปดาห์ พบว่า 1) หยุดเสพ (ผล
ตรวจปัสสาวะเป็นลบทุกครั้งในครั้งสุดท้าย 4 ครั้ง)
จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 78.43 2) เสพลดลง
(ผลตรวจปัสสาวะเป็นบวกบางครั้ง แต่ความถี่ลดลง
กว่าครั้งหนึ่งจากเดิม) จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ
21.57 3) ไม่มีผู้ใดหลบหนีหรือถอนตัวจากโปรแกรม
(ร้อยละ 0)

3.2 คุณภาพชีวิต

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและในแต่ละด้าน
เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการเข้าร่วม
โปรแกรม ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($n = 51$)

ด้าน	ก่อน Mean (SD)	หลัง Mean (SD)	t	p-value
สุขภาพกาย	48.2 (8.3)	68.5 (7.1)	-15.67	<0.001
จิตใจ	45.7 (9.2)	71.3 (8.4)	-17.89	<0.001
ความสัมพันธ์ทางสังคม	52.3 (10.1)	69.8 (9.3)	-11.45	<0.001
สิ่งแวดล้อม	54.6 (8.7)	67.2 (7.9)	-9.87	<0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	50.2 (7.8)	69.2 (6.5)	-16.23	<0.001

จากตารางพบว่าคุณภาพชีวิตทุกด้านเพิ่มขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญ โดยด้านจิตใจมีการเพิ่มขึ้นมากที่สุด
(เพิ่มขึ้น 25.6 คะแนน) รองลงมาคือด้านสุขภาพกาย
(เพิ่มขึ้น 20.3 คะแนน) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
(เพิ่มขึ้น 17.5 คะแนน) และด้านสิ่งแวดล้อม (เพิ่มขึ้น
12.6 คะแนน)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ประสบความสำเร็จในการ
พัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการ
บำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx)
ในบริบทอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผล
การศึกษามีประเด็นสำคัญที่ควรอภิปรายดังนี้

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรม CBTx ผล
การศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม CBTx มี
ประสิทธิผลสูงในการช่วยให้ผู้เสพยาบ้าหยุดเสพ โดย
มีอัตราการหยุดเสพร้อยละ 78.43 และไม่มีผู้ใด
หลบหนีหรือถอนตัวจากโปรแกรม ผลลัพธ์นี้ดีกว่าที่
Baker et al.⁶ รายงานไว้ว่า CBT สามารถลดอัตรา
การเสพซ้ำได้ร้อยละ 35-45 ความสำเร็จที่สูงกว่านี้
อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย

ประการแรก คือการบูรณาการความร่วมมือ
จากทุกภาคส่วนในชุมชนอย่างแท้จริง ไม่เพียงแต่
บุคลากรสาธารณสุข แต่ยังรวมถึงตำรวจ ปกครอง
อบต./เทศบาล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข
และครอบครัวผู้เข้าร่วม การมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย
สร้างบรรยากาศของการดูแลแบบ "ชุมชนล้อมรั้ว"

ที่ผู้เข้าร่วมรู้สึกถึงการสนับสนุนและการยอมรับจากสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาวรรณ ตติยานันทพร⁷ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโปรแกรมบำบัด

ประการที่สอง คือความเข้มข้นและความต่อเนื่องของโปรแกรม การมีกิจกรรมบำบัดทุกสัปดาห์เป็นเวลา 9 สัปดาห์ ร่วมกับการตรวจปัสสาวะทุก 4 วัน ทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง การตรวจปัสสาวะที่ถี่ไม่เพียงแต่ช่วยติดตามความก้าวหน้า แต่ยังเป็นการเสริมแรงเชิงบวกเมื่อผลเป็นลบ และเป็นโอกาสในการให้คำปรึกษาเมื่อผลเป็นบวก

ประการที่สาม คือการปรับเนื้อหาและวิธีการให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น โปรแกรมไม่ได้นำเทคนิค CBT แบบตะวันตกมาใช้โดยตรง แต่ได้มีการปรับให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย เช่น การบูรณาการหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา การใช้ภาษาและตัวอย่างที่คุ้นเคย และการเน้นความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Zhang et al.⁸ ที่ระบุว่าการปรับแนวทางให้เข้ากับบริบทช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการบำบัด

2. การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต การเพิ่มขึ้นของคะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม CBTx ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมหยุดเสพยาบ้า แต่ยังส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจและด้านสุขภาพกาย

การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากที่สุด (เพิ่มขึ้น 25.6 คะแนน) อาจเป็นผลมาจากเนื้อหาของโปรแกรมที่เน้นการจัดการกับความคิดอัตโนมัติทางลบ การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา และการสร้างความหวังในอนาคต นอกจากนี้ การได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชนก็ส่งผลดีต่อสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ashford et al.⁵ ที่พบว่าการใช้ภาษาที่ไม่ตีตราและ

การให้คุณค่าในตัวบุคคลช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง

การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (เพิ่มขึ้น 20.3 คะแนน) สะท้อนให้เห็นถึงการฟื้นตัวของร่างกายหลังจากหยุดเสพยาบ้า เมทแอมเฟตามีน ส่งผลเสียต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท และภาวะทุพโภชนาการ การหยุดเสพยาและได้รับการดูแลสุขภาพกายอย่างเหมาะสมช่วยให้ร่างกายฟื้นตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรฉัตร ถิ่นไพโรจน์ และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล⁹ ที่ระบุว่าการหยุดเสพยาเมทแอมเฟตามีนส่งผลดีต่อสุขภาพกายในหลายระบบ

การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (เพิ่มขึ้น 17.5 คะแนน) สะท้อนให้เห็นถึงการฟื้นฟูความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน โปรแกรม CBTx เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตั้งแต่เริ่มต้น มีกิจกรรมที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และมีการให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการเข้าใจและสนับสนุนผู้เข้าร่วม สิ่งเหล่านี้ช่วยปรับปรุงความสัมพันธ์และสร้างระบบสนับสนุนที่แข็งแกร่ง

3. ความยั่งยืนของโปรแกรม หนึ่งในจุดเด่นของโปรแกรม CBTx คือการเน้นความยั่งยืน โดยมีกลไกการส่งต่อความรับผิดชอบให้กับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลังสิ้นสุดโปรแกรม การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับตำบล การจัดทำปฏิทินการติดตามต่อเนื่อง และการจัดตั้งกองทุนสำหรับการบำบัด เป็นกลไกที่ช่วยให้การดูแลต่อเนื่องและยั่งยืน

การส่งมอบพื้นที่ให้ชุมชนดูแลต่อเนื่องไม่ใช่เพียงการถ่ายโอนภาระ แต่เป็นการเสริมพลังให้ชุมชนในการดูแลสมาชิกของตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่เริ่มต้นทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ และมีความรับผิดชอบต่อความสำเร็จของโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนเพื่อเสริมสร้างความ

ยั่งยืนของชุมชนแห่งการเรียนรู้ ของ มิ่งขวัญ คงเจริญ¹⁰ ที่เน้นการเสริมพลังและการสร้างความเป็นเจ้าของของผู้ปฏิบัติงาน

4. ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต แม้ว่าการศึกษานี้จะประสบความสำเร็จ แต่ก็มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา

ข้อจำกัดด้านการออกแบบการวิจัย การศึกษานี้ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าผลลัพธ์ที่ได้มาจากโปรแกรม CBTx เพียงอย่างเดียวหรือมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง การศึกษาในอนาคตควรใช้การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อประเมินประสิทธิผลอย่างเป็นระบบมากขึ้น

ข้อจำกัดด้านระยะเวลาการติดตาม การศึกษานี้ประเมินผลลัพธ์ทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม ยังไม่มีข้อมูลการติดตามในระยะยาว การศึกษาในอนาคตควรมีการติดตามผลอย่างน้อย 6-12 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และอัตราการกลับไปเสพซ้ำในระยะยาว

ข้อจำกัดด้านการขยายผล การศึกษาดำเนินการเพียงพื้นที่เดียว ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกันได้โดยตรง การศึกษาในอนาคตควรทดลองใช้โปรแกรมในหลายพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความจำเป็นในการปรับแต่ง

ข้อจำกัดด้านการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล การศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์อย่างละเอียด การศึกษาในอนาคตควรมีการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness Analysis) เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายมีข้อมูลในการตัดสินใจจัดสรรทรัพยากร

การศึกษาในอนาคต นอกจากการแก้ไขข้อจำกัดข้างต้นแล้ว ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมใน

ประเด็นต่อไปนี้ 1) การพัฒนาแนวทางการบำบัดสำหรับกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้เสพยา ผู้เสพที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และวัยรุ่น 2) การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันสำหรับการติดตามตนเองและการให้คำปรึกษาออนไลน์ เพื่อเสริมการบำบัดแบบเผชิญหน้า และ 3) การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนากลยุทธ์ในการรักษาและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในระยะยาว

สรุปผลการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบผสมวิธี โปรแกรม CBTx ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) กระบวนการคัดกรองและประเมินแบบบูรณาการ 2) กิจกรรมบำบัดครบวงจร 9 ครั้ง/สัปดาห์ ร่วมกับการตรวจปัสสาวะทุก 4 วัน รวม 16 ครั้ง และ 3) การติดตามและส่งเสริมความยั่งยืนโดยชุมชน

ผลการดำเนินงานกับผู้เข้าร่วม 51 คน แสดงให้เห็นประสิทธิผลที่ดีเยี่ยม โดยมีผู้หยุดเสพยาบ้า 78.43 เปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 21.57 และไม่มีผู้ใดหลบหนีจากโปรแกรม คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.001$) และระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีขึ้น ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน ร่วมกับการกระบวนการบำบัดที่เข้มข้นและต่อเนื่อง สามารถลดพฤติกรรมการใช้ยาบ้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้เสพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข ควรนำแนวทาง

CBTx ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ของตนเอง โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ การเริ่มต้นควรเน้นการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรก่อน ควรมีการจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และตัวแทนชุมชน เพื่อให้การดูแลมีความครอบคลุมและเหมาะสมสำหรับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดและประกาศเป็นวาระเร่งด่วนของตำบล ควรจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับตำบลที่มีความพร้อมในการให้บริการด้านต่างๆ เช่น การฝึกอาชีพ การจัดหาทุน และการสนับสนุนทุนประกอบอาชีพ ควรสร้างเครือข่ายผู้ผ่านการบำบัดเพื่อให้การสนับสนุนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (6-12 เดือน) เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และอัตราการกลับไปเสพซ้ำ รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงสภาพไม่เสพ เพิ่มการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างโปรแกรม CBTx กับแนวทางการบำบัดอื่นๆ โดยใช้

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินประสิทธิผลอย่างเป็นระบบ การศึกษาการขยายผลโปรแกรม CBTx ไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความจำเป็นในการปรับแต่ง รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการขยายผล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านจากทุกภาคส่วน ทั้งบุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ หน่วยงานปกครอง องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติผู้ดูแล และประชาชนในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ ที่ให้ความร่วมมือและทุ่มเทในการพัฒนาแนวทางนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลสุวรรณภูมิและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัย และขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ให้การรับรองโครงการวิจัยนี้ สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโปรแกรมทุกท่านที่ไว้วางใจและให้ความร่วมมือตลอดกระบวนการบำบัด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2566). รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทยประจำปี 2566. กระทรวงยุติธรรม.
2. กรมสุขภาพจิต. (2565). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชติดสารเสพติด ประจำปี 2565. กระทรวงสาธารณสุข.
3. World Health Organization. (2021). Global status report on alcohol and health 2021. WHO Press.
4. McKetin, R., Dean, O. M., Baker, A. L., Carter, G., Turner, A., Kelly, P. J., & Berk, M. (2018). A potential role for N-acetylcysteine in the management of methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Review*, 36(2), 153-159.
5. Ashford, R. D., Brown, A. M., & Curtis, B. (2019). Substance use, recovery, and linguistics: The impact of word choice on explicit and implicit bias. *Drug and Alcohol Dependence*, 189, 131-138.
6. Baker, A. L., Kavanagh, D. J., Kay-Lambkin, F. J., Hunt, S. A., Lewin, T. J., Carr, V. J., & McElduff, P. (2014). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for co-existing alcohol misuse and depression: Outcomes to 36-months. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(3), 281-290.
7. ตติยนันทพร น. (2022). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 :วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 16(2), 581-596.

8. Zhang, A., Bornheimer, L. A., Weaver, A., Franklin, C., Hai, A. H., Guz, S., & Shen, L. (2020). Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: A secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(2), 339.
9. ถิ่นไพโรจน์ จ., ทิรัญวิวัฒน์กุล น. (2561) ผลของการเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมเมทริกซ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *เวชสารแพทย์ทหารบก*. 71(1): 3-10.
10. คงเจริญ, มิ่งขวัญ, "การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนเพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของชุมชนแห่งการเรียนรู้" (2010). Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD). 34670.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/34670>