การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์

Development of a Model for Substance Abuse Rehabilitation Using Community and Network-Based Approach in Surin Province.

(Received: June 21,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 26,2026)

ณัฐกฤตา วุฒิยา[1]
Natthakritta Wutthiya[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์ 2) พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากภาคีเครือข่าย จำนวน 75 คน และระยะที่ 3 คือ ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มทดลอง จำนวน 205 คน ดำเนินการวิจัยตามวงจร PAOR (Planning, Action, Observation, Reflection) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสถานการณ์และรูปแบบการดำเนินงาน แบบประเมินมาตรฐานและแบบวัดผลลัพธ์ทางคลินิก รวมถึงเครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้การทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (Paired Samples t-test) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลก่อนและหลังการทดลอง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ SURIN Model กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (WHOQOL) สูงกว่าก่อนการทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีผลตรวจปัสสาวะเป็นลบร้อยละ 88.78 และมีอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัดสูงถึงร้อยละ 93.18

คำสำคัญ: SURIN Model, ผู้ใช้สารเสพติด, ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน, พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง, วิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research aimed to 1) investigate the conditions, problems, and needs for developing a community and network-based rehabilitation model for substance users in Surin Province, 2) develop the community and network-based rehabilitation model, and 3) evaluate the effectiveness of the developed model. The study was conducted using the PAOR (Planning, Action, Observation, Reflection) cycle. The participants included 75 key informants from network partners in Phase 1, and a specific experimental group of 205 substance use disorder patients in Phase 3, using a One Group Pretest-Posttest Design. The data collection instruments consisted of a demographic questionnaire, a situation and operational model questionnaire, standardized assessment tools, and clinical outcome measures. Additionally, qualitative instruments included a semi-structured interview guide and focus group discussion guidelines. For data analysis, quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics utilized the Paired Samples t-test to compare the effectiveness before and after the experiment. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The research results were After implementing the SURIN Model, the experimental group showed a significantly higher mean score for Quality of Life (WHOQOL) and a lower mean score for the Overt Aggression

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

Scale (OAS) compared to pre-test scores ($p < .001$). Furthermore, 88.78% of the participants had negative urine tests, with a retention rate of 93.18%.

Keywords: SURIN Model, Substance Users, Community and Network-Based, Overt Aggressive Behavior, Action Research

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบันถือเป็นวิกฤตการณ์ระดับโลกที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) คาดการณ์ว่าประชากรโลกในช่วงอายุ 15-64 ปี กว่า 275 ล้านคนมีการใช้สารเสพติด และกว่า 36.3 ล้านคนต้องเผชิญกับภาวะผิดปกติจากการใช้สารเสพติด[1] สำหรับประเทศไทย ปัญหานี้ส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) จากโรคทางจิตเวชและความผิดปกติทางพันธุกรรมเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ ซึ่งประเมินเป็นมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในระดับสูง[2] รัฐบาลจึงได้ประกาศให้ปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ โดยมีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ตามพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่มองว่า “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” ซึ่งต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ แทนการลงโทษทางอาญา เพื่อคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสร้างโอกาสในการกลับคืนสู่สังคม[3]

ในส่วนของจังหวัดสุรินทร์ สถานการณ์ปัญหายาเสพติดยังคงเป็นประเด็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน จากรายงานผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่ามีผู้ป่วยยาเสพติดที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสูงถึง 3,819 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานเพศชาย ช่วงอายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 23.44) และสารเสพติดที่มีการแพร่ระบาดสูงสุดยังคงเป็นยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 95.27 ประเด็นที่น่ากังวลยิ่งกว่าคือการพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวนมากถึง 501 ราย ซึ่งกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น[4] อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานแก้ไขปัญหาในพื้นที่ยังมีอุปสรรคหลายประการ ทั้งภาระงานที่ล้นมือของบุคลากรทางการแพทย์ ข้อจำกัดด้านงบประมาณ รวมถึงปัจจัยทางสังคมที่มีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน ทำให้การติดตามดูแลผู้ป่วยทำได้ยากและเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ[4] การแก้ไขปัญหายาเสพติดจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมุ่งเน้นนโยบายการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) แต่ในทางปฏิบัติ การค้นหาและคัดกรองผู้เสพในชุมชนยังคงทำได้ยาก เนื่องจากการตีตราทางสังคมและทัศนคติเชิงลบที่ทำให้ผู้เสพไม่กล้าแสดงตัวเข้าสู่กระบวนการรักษา[5] ประกอบกับปัญหาระบบการส่งต่อและการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่ยังขาดความเชื่อมโยงที่ชัดเจน ทำให้เกิดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วย[6] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าแม้จะมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาที่เน้นการฟื้นฟูแบบองค์รวม[7] หรือการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมในหลายพื้นที่[8] แต่ส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ระดับอำเภอหรือชุมชน และมุ่งเน้นการแก้ปัญหาเฉพาะจุด ซึ่งยังขาดองค์ความรู้หรือต้นแบบการดำเนินงานที่บูรณาการครอบคลุมทั้งระบบในระดับจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ จึงเล็งเห็นความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทปัญหาและทรัพยากรของพื้นที่ ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นแนวทางสำคัญในการสร้างระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ เกิด

การบูรณาการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ชุมชน และภาคีเครือข่าย นำไปสู่การลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำ และสร้างความปลอดภัยให้แก่สังคมได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR (Planning, Action, Observation, Reflection) ดำเนินการศึกษาในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 แบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟู (มกราคม – มีนาคม 2568)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูลบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (บสต.) จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 3,819 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) จำนวน 391 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินต้นทุนการคืนดี (Brief Assessment of Recovery Capital: BARC-10) และ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) โดยมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อสรุปสภาพปัญหาและฐานข้อมูลเบื้องต้น

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟู (SURIN Model) และทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ (เมษายน – กันยายน 2568)

ดำเนินการตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) วิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 ร่วมกับทีมบูรณาการความปลอดภัยและบำบัดฟื้นฟูระดับจังหวัด เพื่อออกแบบร่างรูปแบบการทำงาน (Draft Model) ที่เน้นการเชื่อมโยงระหว่างบ้าน ชุมชน และสถานพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ โดยจัดกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ระยะหลัก (โมดูล) ได้แก่ 1) ระยะเตรียมความพร้อมและสร้างแรงจูงใจ 2) ระยะบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน 3) ระยะส่งเสริมอาชีพและทักษะทางสังคม และ 4) ระยะติดตามดูแลต่อเนื่องโดยภาคีเครือข่าย พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (Caregivers) และอาสาสมัครในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) ผู้วิจัยและทีมพี่เลี้ยงสังเกตการณ์พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระหว่างทำกิจกรรม บันทึกข้อมูลการมีส่วนร่วม และรวบรวมปัญหาอุปสรรคที่พบระหว่างการปฏิบัติจริง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) จัดเวทีถอดบทเรียน (After Action Review: AAR) ร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อสรุปจุดแข็งและข้อควรพัฒนาของรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อ

ปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์เป็น "SURIN Model"

ระยะที่ 3 ศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน (ตุลาคม – ธันวาคม 2568)

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (Experimental Instruments)

1.1 รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน (SURIN Model) ขับเคลื่อนผ่านกลไกบูรณาการ 4 เสาหลัก (ปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข ชุมชน) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การค้นหาและคัดกรองเชิงรุกโดยชุมชน, การบริหารจัดการทรัพยากร 4Ms, การบำบัดรักษามาตรฐานในระบบมินิธัญญารักษ์ และการคืนสู่สังคมเฝ้าระวังต่อเนื่องผ่านแนวคิดชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx)

1.2 คู่มือแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (Standard Operating Procedure: SOP) ใช้สำหรับเป็นแนวทางให้ภาคีเครือข่ายสหวิชาชีพปฏิบัติงานในทิศทางเดียวกัน ครอบคลุมขั้นตอนการรับตัว การคัดกรองความเสี่ยง SMI-V การบำบัดทางจิตสังคมแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) และการสร้างแรงจูงใจ (MI) ระยะเวลาดำเนินการรวม 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์ (Data Collection and Evaluation Instruments)

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประเภทสารเสพติดหลักที่ใช้ก่อนเข้ารับการบำบัด

2.2 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome Measures) ชุดทดสอบสารเสพติดในปัสสาวะ (Urine Drug Testing): ใช้สำหรับตรวจสุ่มและยืนยันสถานะการหยุดเสพสารเสพติดของผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 12

2.3 แบบบันทึกสถานะการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษา (Retention Rate) ใช้ติดตามการคงอยู่ในกระบวนการจนครบโปรแกรม โดยลงทะเบียนและประเมินผ่านระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (ระบบ บสต.)

2.4 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางพฤติกรรมและสังคม (Behavioral and Social Outcome Measures) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS): ใช้ประเมินและเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบ ครอบคลุมพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน และการใช้ความรุนแรงทางวาจา มีคะแนนเต็มรวม 22 คะแนน

2.5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI): ใช้ประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบ ครอบคลุม 4 มิติหลัก ได้แก่ มิติด้านสุขภาพกาย มิติด้านจิตใจ มิติด้านสัมพันธภาพทางสังคม และมิติด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถามรวม 26 ข้อ คะแนนเต็มรวม 130 คะแนน

พื้นที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการในพื้นที่ต้นแบบจังหวัดสุรินทร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 32 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์ บสต. อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาถาวร และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตวิญญาณรุนแรงจนอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือผู้ที่ขอย้ายออกจากพื้นที่ศึกษาระหว่างการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนต้นทุนการคืนดี (Recovery Capital) และคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อยืนยันความยั่งยืนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่การรับรอง COA No. 040/2568 รหัสโครงการวิจัย SKN REC 2025-070 เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2568

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาระยะที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์สภาพปัญหา และความต้องการของภาคีเครือข่าย

ในระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ซึ่งเป็นคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด (ศอ.ปส.จ.) และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้ง 17 อำเภอ รวมจำนวน 75 คน โดยมีรายละเอียดผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของภาคีเครือข่ายจำนวน 75 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 43 คน (ร้อยละ 57.33) และเป็นเพศหญิง จำนวน 32 คน (ร้อยละ 42.67) เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 46 ปีขึ้นไป มากที่สุดจำนวน 32 คน (ร้อยละ 42.67) รองลงมาคือช่วงอายุ 36 - 45 ปี จำนวน 28 คน (ร้อยละ 37.33) และช่วงอายุ 25 - 35 ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 20.00)

สำหรับสัดส่วนการปฏิบัติงานตามสังกัดหน่วยงานพบว่า เป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจภูธรจังหวัดและสถานีตำรวจภูธร จำนวน 18 คน (ร้อยละ 24.00) และเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองจังหวัดและอำเภอ จำนวน 18 คน (ร้อยละ 24.00) ในสัดส่วนที่เท่ากัน รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 17 คน (ร้อยละ 22.67) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 17 คน (ร้อยละ 22.67) และเจ้าหน้าที่ทหารร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน (ร้อยละ 6.66) ด้านประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติด ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมาแล้ว 6 - 10 ปี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือ มากกว่า 10 ปี จำนวน 23 คน (ร้อยละ 30.67) และระยะเวลา 1 - 5 ปี จำนวน 22 คน (ร้อยละ 29.33)

2. สถานการณ์ปัญหายาเสพติดและสภาพความรุนแรงในพื้นที่ จากการประเมินสถานการณ์ร่วมกับภาคีเครือข่ายพบความท้าทายอย่างยิ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงสูง (SMI-V) โดยผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดระบุว่าพบสถานการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นจริงในพื้นที่ (ร้อยละ 100.00) ซึ่งเมื่อจำแนกประเภทความรุนแรงพบว่า ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรม ความรุนแรงต่อทรัพย์สิน สูงถึงร้อยละ 77.33 (จำนวน 58 คน) และเป็นพฤติกรรมความรุนแรงต่อผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 22.67 (จำนวน 17 คน) สอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาในพื้นที่ ที่พบสารเสพติดแพร่ระบาดสูงสุดคือ ยาบ้า (Methamphetamine) คิดเป็นร้อยละ 95.27

3. สภาพปัญหาและข้อจำกัดในการบริหารจัดการทรัพยากร (4Ms) จากการถอดบทเรียนและประเมินระบบการจัดการในภาพรวมพบบทวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบ 4 ด้าน ดังนี้

ด้านบุคลากร (Man) เป็นปัญหาอุปสรรคอันดับหนึ่งที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 56.00 (จำนวน 42 คน) บุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้ามีภาระงานล้นมือ ขณะที่แกนนำชุมชนและอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังขาดทักษะและความมั่นใจในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยกลุ่ม V.2 และการเผชิญเหตุผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V เนื่องจากความกลัวอันตราย

ด้านงบประมาณ (Money) ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 29.33 (จำนวน 22 คน) สะท้อนว่าขาดแคลนงบประมาณสนับสนุนที่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะงบประมาณในการจัดกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และงบสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับชุมชน

ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) พบปัญหาข้อจำกัดร้อยละ 5.33 โดยระบุว่าสถานที่รองรับผู้ป่วยในชุมชนยังขาดระบบความปลอดภัยที่รัดกุมในการควบคุมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงรุนแรง และขาดแคลนอุปกรณ์หรือเครื่องมือระงับเหตุฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ

ด้านการจัดการ (Management) ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ระบุว่าการบริหารจัดการทรัพยากรในระบบเดิมยังไม่เพียงพอสูงถึงร้อยละ 98.67 รูปแบบการประสานงานส่วนใหญ่ยังคงเป็นแบบทางการผ่านเอกสารราชการถึงร้อยละ 73.33 ทำให้เกิดความล่าช้า ระบบการส่งต่อ (Referral System) มีรอยต่อ ขาดระบบฐานข้อมูลที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Single Data) และไม่มีคู่มือการปฏิบัติงานมาตรฐาน (SOP) ที่เชื่อมโยงบทบาทข้ามสายงานระหว่างตำรวจ ฝ่ายปกครอง และสาธารณสุขอย่างชัดเจน

4. ปัจจัยสาเหตุเชิงลึกและความต้องการพัฒนารูปแบบ ผลการศึกษาเชิงคุณภาพชี้ให้เห็นว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดเปลี่ยนสภาพเป็นผู้ป่วยจิตเวชคลุ้มคลั่งเสี่ยงก่อความรุนแรง เกิดจากการเสพสารเสพติดปริมาณมากต่อเนื่องจนสมองได้รับความเสียหาย (Psychosis) ร่วมกับการขาดยาเนื่องจากระบบติดตามในชุมชนไม่รัดกุมทำให้ผู้ป่วยหลุดจากระบบบริการ (Loss to follow-up) ประกอบกับการตีตราทางสังคม (Social Stigma) ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าแสดงตัวเข้าสู่ระบบการรักษา ภาคีเครือข่ายจึงมีความต้องการร่วมกันที่จะให้พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูเชิงบูรณาการที่ใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน (CBTx) มีเส้นทางการดูแลผู้ป่วย (Patient Journey) ที่ชัดเจน ไร้รอยต่อ และปลอดภัย

ผลการศึกษาระยะที่ 2 ผลการสร้างและพัฒนารูปแบบ

ผู้วิจัยนำข้อมูลสถานการณ์และข้อจำกัดเชิงระบบจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแม็คแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart) ขับเคลื่อนผ่านวงจร PAOR จนสามารถพัฒนารูปแบบเชิงระบบใน 17 อำเภอได้ดังนี้

P: Planning (วางแผน) บูรณาการภาคีเครือข่าย 4 เสาหลัก (ปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข ชุมชน) จัดทำคู่มือปฏิบัติงานมาตรฐาน (SOP) และพัฒนาศักยภาพวิทยากรแกนนำ (ครู ก. และ ครู ข.) เพื่อสร้างมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่ม V.2 และการประเมินความเสี่ยง SMI-V ร่วมกันทั้งจังหวัด

A: Action (ลงมือปฏิบัติ) นำรูปแบบและคู่มือไปทดลองปฏิบัติจริงในพื้นที่เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เน้นกลไกการค้นหาเชิงรุก (Re-X-ray) การส่งต่อเข้าบำบัดรักษาในระบบมินิธัญญารักษ์ (Mini Thanyarak) ร่วมกับการใช้จิตสังคมบำบัด (CBT/MI) และการสร้างเกราะป้องกันการเสพซ้ำโดยดึง อสม. และผู้นำชุมชนร่วมติดตามดูแลต่อเนื่อง

O: Observation (สังเกตการณ์) ทีมวิจัยและทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดร่วมลงพื้นที่นิเทศงานติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก (Urine Test และ Retention Rate) และประเมินพฤติกรรมความรุนแรงผ่านแบบประเมิน OAS พบว่ากระบวนการทำงานมีความรวดเร็ว ปลอดภัย และผู้ป่วยเริ่มมีการจัดการอารมณ์ที่ดีขึ้น

R: Reflection (สะท้อนผล) จัดเวทีถอดบทเรียน (AAR) พบว่าภาคีเครือข่ายมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดด้านการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลกลาง (Single Database) ผู้วิจัยจึงปรับปรุงคู่มือให้มีความยืดหยุ่นเหมาะสมก่อนนำไปประเมินประสิทธิผล

จากกระบวนการข้างต้นส่งผลให้ได้ข้อสรุปเป็น **“รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์ (SURIN Model)”** ซึ่งประกอบด้วย 4 กลไกสำคัญ:

1. การค้นหาและคัดกรองเชิงรุกโดยชุมชน (Community-led Active Screening)เน้นการคัดกรองเชิงรุก V2/SMI-V และประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยเครื่องมือ OAS ตั้งแต่ระดับชุมชน

2. การบริหารจัดการทรัพยากร (4Ms Management) บูรณาการและกระจายอำนาจการบริหารจัดการกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และกลไกการส่งต่อระหว่างหน่วยงานข้ามสายงาน

3. การบำบัดรักษาที่ได้มาตรฐาน (Standardized Treatment) จัดบริการบำบัดรักษาในระบบมินิธัญญารักษ์ร่วมกับการดูแลทางกายและจิตสังคมบำบัด (CBT/MI)

4. การคืนสู่สังคมและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง (Social Reintegration and Surveillance) ขับเคลื่อนกลไกชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx) การเยี่ยมบ้าน การตรวจปัสสาวะติดตาม และการส่งเสริมทักษะอาชีพเพื่อลดการกลับไปเสพซ้ำ

ตารางที่ 1 สรุปผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูฯ ตามวงจร PAOR และการจัดการ 4Ms (n = 17 อำเภอ)

ขั้นตอน PAOR	กิจกรรมบริหารจัดการ (4Ms)	ผลลัพธ์เชิงวิชาการที่เกิดขึ้น
P: Planning	Man: พัฒนาศักยภาพ ครู ก. และ ครู ข. Material: ยกร่างคู่มือปฏิบัติงาน (SOP)	เกิดทีมปฏิบัติการที่มีทักษะเฉพาะทางและมีมาตรฐานการทำงานเดียวกันทั้งจังหวัด
A: Action	Management: บูรณาการภาคี 4 เสาหลัก Money: จัดสรรงบสนับสนุนมินิธัญญารักษ์	กระบวนการรับตัวและคัดกรอง SMI-V มีความรวดเร็วและปลอดภัยมากขึ้น
O: Observation	Material: ใช้แบบประเมิน OAS และ บสต. Man: นิเทศงานโดยทีมสหวิชาชีพ	พบแนวโน้มพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงและมีข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกที่ตรวจสอบได้
R: Reflection	Management: จัดเวทีถอดบทเรียน (AAR) Material: ปรับปรุงคู่มือฉบับสมบูรณ์	ได้รูปแบบ "สุรินทร์โมเดล" ที่มีความสมบูรณ์และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่อย่างแท้จริง



ภาพที่ 1 รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์

ผลการศึกษาระยะที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ (SURIN Model)

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบ SURIN Model ไปทดลองใช้จริงในพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพทั้ง 17 อำเภอ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยยาเสพติดสมัครใจเข้าร่วมและคงอยู่ในระบบจนครบกระบวนการวิจัยจำนวน 205 คน จากกลุ่มตัวอย่างเริ่มต้น 220 คน (คิดเป็นอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาสูงถึงร้อยละ 93.18 และมี Drop out ร้อยละ 6.82) โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยยาเสพติด จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 205 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 185 คน (ร้อยละ 90.24) และเป็นเพศหญิง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 9.76) มีอายุอยู่ในช่วง 26 - 35 ปี มากที่สุด จำนวน 95 คน (ร้อยละ 46.34) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 36 - 45 ปี จำนวน 50 คน (ร้อยละ 24.39) ช่วงอายุ 18 - 25 ปี จำนวน 45 คน (ร้อยละ 21.95) และอายุ 46 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน (ร้อยละ 7.32) ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 92 คน (ร้อยละ 44.88) รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา จำนวน 65 คน (ร้อยละ 31.71) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 38 คน (ร้อยละ 18.54) และระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 10 คน (ร้อยละ 4.88)

เมื่อจำแนกตามอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและเกษตรกรรม จำนวน 105 คน (ร้อยละ 51.22) รองลงมาคือ กลุ่มว่างงาน จำนวน 85 คน (ร้อยละ 41.46) และประกอบธุรกิจส่วนตัวหรืออื่นๆ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 7.32) ทั้งนี้สารเสพติดหลักที่มีการใช้ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาคือ ยาบ้า สูงถึงร้อยละ 93.66 (จำนวน 192 คน) และกัญชา/สารระเหย/อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 6.34 (จำนวน 13 คน)

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยได้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกตามระบบข้อมูล บสต. ในด้านผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ (Urine Drug Testing) พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดการใช้สารเสพติดและมีผลตรวจปัสสาวะเป็นลบ (Negative) สูงถึงจำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 88.78 และตรวจพบผลบวก (Positive) เพียงจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 11.22

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale: OAS) จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงรายด้านและภาพรวม ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (คะแนนเต็มภาพรวม 22 คะแนน) พบความเปลี่ยนแปลงดังนี้

ด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 1.20 (S.D. = 0.85) เหลือเพียง 0.10 (S.D. = 0.25)

ด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 2.75 (S.D. = 1.10) เหลือเพียง 0.80 (S.D. = 0.55)

ด้านพฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 4.50 (S.D. = 1.45) เหลือเพียง 1.20 (S.D. = 0.65)

คะแนนรวมภาพรวม ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 8.45 (S.D. = 2.15) ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยรวมลดลงอย่างชัดเจนเหลือเพียง 2.10 (S.D. = 1.05) ซึ่งแปรผลอยู่ในระดับไม่มีหรือมีเล็กน้อย

เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมและรายด้านหลังการทดลอง ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 25.64$, $p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) รายด้านและภาพรวม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 205)

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS)	ก่อนการทดลอง (Pre-test)	หลังการทดลอง (Post-test)	t	p-value
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)		
1. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง	1.20 (0.85)	0.10 (0.25)	15.42	< 0.001*
2. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น	2.75 (1.10)	0.80 (0.55)	19.35	< 0.001*
3. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน	4.50 (1.45)	1.20 (0.65)	22.80	< 0.001*
รวมเฉลี่ยภาพรวม	8.45 (2.15)	2.10 (1.05)	25.64	< 0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) จากการประเมินและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบหลัก (คะแนนเต็มภาพรวม 130 คะแนน) พบผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ด้านสุขภาพกาย (Physical Domain) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 16.50 (S.D. = 3.20) เป็น 26.50 (S.D. = 2.10)

ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 15.80 (S.D. = 2.95) เป็น 25.50 (S.D. = 2.05)

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 16.40 (S.D. = 3.10) เป็น 25.00 (S.D. = 2.25)

ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Domain) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 16.50 (S.D. = 2.85) เป็น 25.50 (S.D. = 2.15)

คะแนนรวมในภาพรวม ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 65.20 (S.D. = 8.50) แต่ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบพบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 102.50 (S.D. = 6.30) ซึ่งแปรผลยกระดับขึ้นมาอยู่ในระดับดี

เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (WHOQOL) ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกองค์ประกอบ ($t = -32.45$, $p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณภาพชีวิต (WHOQOL) รายด้านและภาพรวม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 205)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต (WHOQOL)	ก่อนการทดลอง (Pre-test)	หลังการทดลอง (Post-test)	t	p-value
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)		
1. ด้านสุขภาพกาย (Physical)	16.50 (3.20)	26.50 (2.10)	-28.15	< 0.001*
2. ด้านจิตใจ (Psychological)	15.80 (2.95)	25.50 (2.05)	-26.40	< 0.001*
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	16.40 (3.10)	25.00 (2.25)	-24.88	< 0.001*
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	16.50 (2.85)	25.50 (2.15)	-25.50	< 0.001*
คะแนนรวมภาพรวม	65.20 (8.50)	102.50 (6.30)	-32.45	< 0.001*

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณภาพชีวิต (WHOQOL) รายด้านและภาพรวม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 205)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต (WHOQOL)	ก่อนการทดลอง (Pre-test)	หลังการทดลอง (Post-test)	t	p-value
ระดับการแปลผล	ระดับปานกลาง	ระดับดี		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่ารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูฯ ที่พัฒนาขึ้น (SURIN Model) มีประสิทธิผลเชิงประจักษ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยช่วยให้ผู้ป่วยหยุดใช้สารเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง ลดพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อค้นพบเชิงประจักษ์ในการวิจัยครั้งนี้ มีประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาอภิปรายผลตามหลักวิชาการได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ประสิทธิผลของการบูรณาการภาคีเครือข่ายและการบริหารจัดการทรัพยากร (4Ms) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ระบบการประสานงานและโครงสร้างของ SURIN Model ที่ยึดโยงภาคีเครือข่าย 4 เสาหลัก (ปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข ชุมชน) สามารถอุดรอยต่อและลดปัญหาความไม่เพียงพอของทรัพยากรการจัดการ (4Ms) ในระบบเดิมลงได้อย่างมีนัยสำคัญ จากเดิมที่การประสานงานข้ามสายงานมักเป็นทางการผ่านระบบเอกสารซึ่งมีความล่าช้าและขาดชุดข้อมูลที่เป็นหนึ่งเดียว (Single Data) การพัฒนารูปแบบนี้ได้สร้างแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (SOP) และเส้นทางการดูแลผู้ป่วย (Patient Journey) ที่ชัดเจนร่วมกัน ส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยจากขั้นตอนการเผชิญเหตุฉุกเฉินโดยตำรวจหรือฝ่ายปกครอง เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีความรวดเร็วและปลอดภัย สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข[9] ที่มุ่งเน้นการจัดบริการแบบไร้รอยต่อ (Seamless Health Service) และยังสอดรับกับนโยบาย "ชุมชนล้อมรักษ์" ของกรมการแพทย์[10] ที่ระบุว่าการแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับพื้นที่ให้เกิดความยั่งยืนนั้น จำเป็นต้องอาศัยกลไกการบริหารจัดการที่กระจายอำนาจและบูรณาการทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานความมั่นคงและสาธารณสุข เพื่อลดภาระงานล้นมือของบุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้า และเพิ่มความร่วมมือของแกนนำในชุมชน

2. การลดลงของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ด้วยระบบมินิธัญญารักษ์และจิตสังคมบำบัด ข้อค้นพบที่น่าสนใจยิ่งคือ คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างชัดเจนจากระดับปานกลางลงมาสู่ระดับเกือบไม่มีเลยภายหลังได้รับบำบัดรักษาตามรูปแบบ SURIN Model ประเด็นนี้สามารถอธิบายได้ด้วยกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาและจิตวิทยา กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในพื้นที่ (ร้อยละ 93.66) มีประวัติการใช้ยาบ้า (Methamphetamine) มาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสารเสพติดประเภทนี้มีฤทธิ์ทำลายสมองส่วนหน้าและระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง ส่งผลให้เกิดภาวะผิดปกติทางจิต (Psychosis) มีอาการหวาดระแวง หูแว่ว และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ จนแสดงออกเป็นพฤติกรรมรุนแรงต่อทรัพย์สินและผู้อื่น[11] การที่ SURIN Model นำกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ควบคู่กับการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) เข้ามาบูรณาการในระบบการดูแลของศูนย์มินิธัญญารักษ์อย่างเข้มข้นตลอด 12 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring) มีทักษะในการจัดการกับความเครียดและสิ่งเร้า ตลอดจนควบคุมอารมณ์โกรธได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวทางของกรมการแพทย์[12] ที่ยืนยันว่ากระบวนการจิตสังคม

บำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มที่มีอาการทางจิต มีประสิทธิผลสูงที่สุดในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะคลุ้มคลั่งฉุกเฉินในชุมชน

3. การยกระดับคุณภาพชีวิต (WHOQOL) และการคงอยู่ในระบบบำบัดด้วยกลไกชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx) ผลการวิจัยในระยะที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้นในทุกมิติ (สุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม) จนเลื่อนระดับสู่เกณฑ์คุณภาพชีวิตที่ดี พร้อมทั้งมีอัตราการคงอยู่ในระบบสูงถึงร้อยละ 93.18 และมีผลตรวจปัสสาวะเป็นลบร้อยละ 88.78 ผลลัพธ์อันเป็นที่น่าพึงพอใจนี้มิได้เกิดจากกระบวนการล้างพิษยาเสพติดทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากความแข็งแกร่งของกลไกการฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) โดยผ่านทาง อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัว ที่ร่วมกันทำหน้าที่ติดตาม เยี่ยมบ้าน และสุ่มตรวจปัสสาวะเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การโอบรับผู้ป่วยแทนการขับไล่ช่วยลดปรากฏการณ์การตีตราทางสังคม (Social Stigma) ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่มักทำให้ผู้ป่วยหลุดออกจากการรักษาและกลับไปเสพซ้ำ (Loss to follow-up) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shella และคณะ [8] ที่ระบุว่าการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในมิติแบบองค์รวม (Holistic Rehabilitation) โดยเน้นการสร้างฐานสนับสนุนทางสังคมในชุมชน จะช่วยเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยและยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างรอบด้าน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดเชิงการแพทย์และสังคมของ Skewes และ Gonzalez[13] เกี่ยวกับแบบจำลองชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Model) ซึ่งอธิบายว่าการติดยาเสพติดเป็นโรคเรื้อรังของสมองที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การรักษาที่ประสบความสำเร็จและมีอัตราการคงอยู่ในระบบสูง จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมและสร้างระบบเกื้อหนุนในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและกลับคืนสู่สังคมได้อย่างยั่งยืนในฐานะทุนมนุษย์ที่มีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบในการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นฐาน จังหวัดสุรินทร์ (SURIN Model) ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัดควรนำคู่มือการประเมินคัดกรองความเสี่ยง (V.2) และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS) ไปบรรจุเป็นหลักสูตรมาตรฐานในการซ้อมแผนเผชิญเหตุจิตเวชฉุกเฉินประจำปีร่วมกันของภาคีเครือข่าย 4 เสาหลัก (ฝ่ายปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข และท้องถิ่น) เพื่อให้ทีมปฏิบัติการด่านหน้ามีความมั่นใจ มีทักษะที่ถูกต้อง และสามารถเข้าระงับเหตุหรือส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงรุนแรง (SMI-V) ได้อย่างปลอดภัยและไร้รอยต่อ

2. ศูนย์มินิธัญญารักษ์และโรงพยาบาลชุมชนควรบูรณาการกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) ควบคู่กับการสร้างแรงจูงใจ (MI) เข้าสู่กิจกรรมบำบัดประจำวันอย่างเข้มข้น เนื่องจากผลการวิจัยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันชัดเจนว่ากระบวนการดังกล่าวช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ของผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สารแอมเฟตามีนได้อย่างมีนัยสำคัญ

3. ควรขยายขอบเขตเครือข่ายการมีส่วนร่วมในกลไก "ชุมชนล้อมรักษ์" (CBTx) ให้กว้างขึ้น โดยดึงผู้นำทางศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน และผู้ประกอบการในท้องถิ่น เข้ามาเป็นกลไกสำคัญในการช่วยฟื้นฟูจิตใจและสนับสนุนการฝึกทักษะอาชีพแก่ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัด เพื่อลดทอนการตีตราจากสังคม (Social Stigma) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี ยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงติดตามผลระยะยาว (Longitudinal Study) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ผ่านกระบวนการบำบัดฟื้นฟูตาม "สุรินทร์โมเดล" ไปแล้ว ในระยะ 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อติดตามประเมินอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Relapse Rate) และประเมินความยั่งยืนของการคงระดับคุณภาพชีวิต

2. ควรนำรูปแบบ SURIN Model ไปทดลองขยายผล (Scaling up) ในพื้นที่จังหวัดหรือเขตสุขภาพอื่นที่มีบริบททางระบาดวิทยาของปัญหายาเสพติดและลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน เพื่อทดสอบความตรงเชิงประจักษ์และพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World drug report 2021 [Internet]. Research and Trend Analysis Branch; 2021 [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://doi.org/10.21428/cb6ab371.e39c4e60

2.สถาบันงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. แนวทางการดำเนินงานยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท นอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด; 2560.

3.พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 และประมวลกฎหมายยาเสพติดท้ายพระราชบัญญัติ. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนที่ 73 ก (8 พฤศจิกายน 2564).

4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. รายงานผลการดำเนินงานด้านยาเสพติด จังหวัดสุรินทร์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. สุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2568.

5.Varinder K, Sylvia L, Douglas A, Tim M. The interrelatedness of trauma, substance use, and the social determinants of health in Black women. Sample Health Soc Care J. 2025.

6.อาภรณ์ ภูมี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;8(16):70-85.

7.Shella FPU, Inggriane PD, Nordianna S, Desta RP. Holistic rehabilitation in action: a data-driven analysis of the impact on quality of life among individual with psychoactive substance abuse. J Holist Nurs. 2024;42(2S):135-43.

8.บำรุง วงษ์นิ่ม, แสงเดือน ดีผิว, สุรพล สุพวง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อตัวแบบลพบุรี: กรณีศึกษาอำเภอโคกสำโรง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(1):223-33.

9.กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด [ฉบับปรับปรุง]. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567.

10.กรมการแพทย์. “มินิธัญญารักษ์” ทางเลือกการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.gcc.go.th/?p=118803

11.Rawson RA. Current research on the epidemiology, medical and psychiatric effects, and treatment of methamphetamine use. J Food Drug Anal. 2013;21(4):77-81.

12.กรมการแพทย์. คู่มือแนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรงการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ฉบับปรับปรุง [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/wpnrvtv5buow00088.pdf

13.Skewes MC, Gonzalez VM. The biopsychosocial model of addiction. In: Miller PM, editor. Principles of addiction. San Diego: Academic Press; 2013. p. 61-70.