ประสิทธิผลของการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานต่อความตั้งใจในการเลิกเสพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้เข้ารับการบำบัดแอมเฟตามีน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

The Effectiveness of Community Based Treatment in Drug Rehabilitation on the Intention of Drug Abstinence and Clinical Outcomes among Amphetamine Users in Kosum Phisai, Maha Sarakham

(Received: June 27, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

พศิษฏ์ เสริมสาย[1] กุญฤดี โง้วศิริ[1] ลิหล่า ศรีพวงเพิด[1] พัชยา ดวงแสนโว[1] สุธิพงษ์ สีสมสอน[1]
Phasit Sermsai[1] Kulrudee Ngowsiri[1] Lila Sriphoungpherd[1] Phatshaya Dungsaenwo[1] Sudtipong Seesomson[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลิกเสพ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและผลลัพธ์ทางคลินิก ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วย G*power และเลือกตัวอย่างแบบต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด (Consecutive sampling) จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและแบบบันทึกการตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงเปรียบเทียบโดยใช้ Friedman test และ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการศึกษา พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดก่อนทดลอง หลังทดลองและติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนทดลอง หลังทดลองและติดตามผล 3 เดือน พบว่า อัตราการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด/ต่อวัตถุสิ่งของ/ต่อตนเอง/ต่อผู้อื่นลดลง และอัตราการหยุดเสพยาเสพติดต่อเนื่องลดลง

คำสำคัญ การบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน, ความตั้งใจในการเลิกเสพ, ผลลัพธ์ทางคลินิก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare intention to quit substance use, aggressive and violent behavior, and clinical outcomes across three time points - baseline, immediately post-intervention, and at a 3-month follow-up — among participants receiving community-based drug treatment. The sample consisted of 30 individuals enrolled in a community-based drug treatment program, selected through consecutive sampling with sample size calculated using G*Power. Research instruments included the community-based drug treatment model, a personal data questionnaire, an intention-to-quit substance use questionnaire, an aggressive and violent behavior assessment scale, and a urinalysis record for amphetamine detection. Data were analyzed using descriptive statistics, the Friedman test, and the Wilcoxon Signed-Rank Test.

The results revealed that: 1) mean intention-to-quit scores at baseline, post-intervention, and 3-month follow-up differed statistically significantly ($p < .05$); and 2) clinical outcomes across the same three time points demonstrated reductions in rates of verbal, object-directed, self-directed, and other-directed aggressive behaviors, as well as a decline in the rate of sustained abstinence. Overall, the community-

[1] พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

based drug treatment model was effective in increasing intention to quit substance use, reducing aggressive behavior, and supporting continuous abstinence.

Keywords: Community-based drug treatment, Intention to quit, Clinical outcomes

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นภัยร้ายแรง แพร่ขยายวงกว้างและส่งผลเสียหายที่กระทบต่อภาวะสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การเมืองและความมั่นคงทั่วโลก และในปี 2568 มีผู้ใช้ยาเสพติดสูงถึง 296 ล้านคน คิดเป็น 5.60% ของประชาการโลกและคาดการณ์ว่าในปี 2573 อาจสูงถึง 299 ล้านคน[1] รายงานของไทยพบการจับกุมยึดของกลางเป็นแอมเฟตามีน 555.7 ล้านเม็ด เมทแอมเฟตามีน 26,662 กิโลกรัม[2] ส่งผลให้การเสพและการบำบัดพบสัดส่วนเพิ่มจากปี 2567 ถึง 1.2 เท่า[3] แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดในไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และยังพบว่าด้านการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน เกิดโรคจิตเวชจากการเสพยาจนนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนตามมาหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม[4] จากนโยบาย “ผู้เสพคือ ผู้ป่วย” กอปรกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขด้านการบำบัดยาเสพติด พ.ศ. 2566-2570 ให้บูรณาการการบำบัดแบบองค์รวม การบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment: CBTx) จึงเป็นอีกหนึ่งแนวคิดเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดให้ได้รับการบำบัดในชุมชน ทั้งทางการแพทย์และสังคม โดยใช้ศักยภาพและความร่วมมือของชุมชนและภาครัฐ ตามบริบทและวิถีของชุมชนนั้น ๆ โดยร่วมกันค้นหา ชักชวน คัดกรอง บำบัดฟื้นฟูและการติดตามดูแลช่วยเหลือให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และบริบท ถือเป็นเป้าหมายสำคัญที่ทุกภาคส่วนเข้ามาดำเนินการร่วมกัน[3] โดยความร่วมมือของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ปรับแผนการบำบัดให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตในชุมชน ลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เพิ่มบทบาทให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมใช้กลไกชุมชนเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่รุนแรงจากการเสพติด ลดการหนีหายจากการบำบัด (drop out) และการเสพซ้ำ (relapse) โดยมุ่งให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากยาเสพติด คงไว้ซึ่งความตั้งใจในการเลิกเสพและติดตามผลลัพธ์ที่เป็นเป้าหมายทางคลินิก ประเมินการตอบสนองต่อการบำบัดและวัดความสำเร็จในการดูแล ซึ่งอำเภอโกสุมพิสัยเป็นพื้นที่หนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากยาเสพติด จึงได้พัฒนาต่อยอดการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานมาปรับผสานกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างความตั้งใจในการเลิกเสพ เพื่อให้ผู้ป่วยเสพติดได้รับการดูแลที่เหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเลิกเสพยาและลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน หลังได้การดูแลตามรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน

2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกด้านพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและอัตราการหยุดเสพต่อเนื่องก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน (The One Group Pretest Posttest Design) การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planed Behavior) ของ Ajzen [11] อธิบายพฤติกรรมของบุคคล (Behavior) เกิดจากความตั้งใจที่จะปฏิบัติ (Intention to Perform Behavior) รวมทั้งบุคคลเชื่อว่าตนจะปฏิบัติหรือทำกิจกรรมนั้นได้ (Perceived Behavior Control) ซึ่งความตั้งใจของบุคคลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แสดงให้เห็นถึงการวางแผนที่

จะแสดงพฤติกรรมอย่างมีสติ แนวคิดการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน[6] บูรณาการเชื่อมโยงผู้ป่วย ชุมชน ครอบครัวและผู้ให้บริการ สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน

สถานที่ดำเนินการวิจัย คือ ศูนย์บำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx.) อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนเมษายน-ธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เข้ารับการบำบัดการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีค่าคะแนนจากการประเมินโดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข[3] (บคก.กสธ.) หรือ V2 จำแนกประเภทอยู่ในกลุ่มผู้ใช้ (ค่าคะแนน V2 = 2-3 คะแนน) และกลุ่มผู้เสพ (ค่าคะแนน V2 = 4-26 คะแนน) ที่เข้ามารับการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx.) อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงเดือนเมษายน - เดือนธันวาคม 2568 จำนวน 57 คน[5]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีค่าคะแนนจากการประเมินโดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข[3] (บคก.กสธ.) หรือ V2 จำแนกประเภทอยู่ในกลุ่มผู้ใช้ (ค่าคะแนน V2 = 2-3 คะแนน) และกลุ่มผู้เสพ (ค่าคะแนน V2 = 4-26 คะแนน) ที่เข้ามารับการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน[5] อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงเดือนเมษายน-ธันวาคม พ.ศ. 2568 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วย G*power จำนวน 30 คน ใช้การเลือกตัวอย่างแบบต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด (Consecutive sampling) จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (exclusion criteria) ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ใช้และผู้เสพแอมเฟตามีนที่เข้ามารับการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx.) อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ระบบสมัครใจทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยโรคที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาท (รหัสการวินิจฉัยโรค F15.00-F15.07)
3. สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
4. ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร สามารถอ่าน-เขียนหนังสือได้
5. ไม่มีอาการจากการถอนพิษยา เช่น ปวดหัว หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ จนเป็นอุปสรรคต่อการบำบัด
6. ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
7. ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีภาวะก้าวร้าวในระดับเล็กน้อย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (exclusion criteria)

1. มีอาการถอนพิษยาขณะเข้าร่วมการวิจัย
2. มีอาการทางจิตหรือภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงระหว่างการวิจัย
3. ถูกจับดำเนินคดีในระหว่างการดำเนินการวิจัย
4. อยู่ร่วมการวิจัยไม่ครบกำหนด
5. มีภาวะก้าวร้าวในระดับปานกลางถึงรุนแรง
6. ตรวจพบการตั้งครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในดำเนินการ คือ รูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข[6]

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) มีจำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและอ้างอิงจากแบบรายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (บสต.)[3] จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำและแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน สารเสพติดที่ใช้ร่วมกับแอมเฟตามีน จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัด บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย 30 วันก่อนเข้ารับการบำบัด ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน และสาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด[7] มีคำถามจำนวน 13 ข้อ (เป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 4, 5, 9, 11, 12, 13 และข้อความเชิงลบจำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 10) การให้คะแนนแบบตัวเลขจาก 1-4 ตามลำดับความเป็นบวกและลบ การแปลผล คะแนนรวมอยู่ในระดับช่วงตั้งแต่ 13-42 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูง หมายถึง มีความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดสูง คะแนนรวมที่ต่ำ หมายถึง มีความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggression Scale: OAS) พัฒนาโดยโยดอฟสกี้และคณะ[8] โดยใช้ฉบับแปลเป็นภาษาไทย[9] เป็นแบบประเมินโดยใช้ผู้สังเกตการณ์ที่มีประสบการณ์และผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและลงคะแนนในแบบประเมิน แบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด โดยให้คะแนน 1-4 คะแนน 2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง โดยให้คะแนน 2-5 คะแนน 3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น โดยให้คะแนน 3-6 คะแนน และ 4) พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของโดยให้คะแนน 1-6 คะแนน และในแต่ละด้านจะนำข้อที่มีน้ำหนักคะแนนมากที่สุดมาคิดคะแนน และนำคะแนนแต่ละด้านมารวมกันเป็นคะแนนรวมของพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว 1-7 คะแนน หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย 8-14 คะแนน หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง และ 15-21 คะแนน หมายถึง มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการตรวจหาสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ[10] เป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 2 ข้อ คือ ผลการตรวจแสดงผล 1 ขีด (พบแถบสีม่วงแดงขึ้น 1 ขีด ที่ตำแหน่งควบคุม (C)) หมายถึง พบแอมเฟตามีนในปัสสาวะ และผลการตรวจแสดงผล 2 ขีด (พบแถบสีม่วงแดงขึ้น 1 ขีด ที่ตำแหน่งควบคุม (C) และตำแหน่งทดสอบ (T)) หมายถึง ไม่พบแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โดยระดับความไวในการตรวจ (Cut-off) อยู่ที่ 1,000 นาโนกรัม/มิลลิลิตร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ รูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข[3] แบบสอบถามส่วนที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและอ้างอิงจากแบบรายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (บสต.)[3] ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด[7] ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว[8,9] (Overt Aggression Scale: OAS) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) มาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยมาใช้โดยไม่ได้ทำการดัดแปลงจึงไม่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แต่ผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือส่วนที่ 2-4 เท่ากับ .86, .91 และ .81 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพและพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มตัวอย่างก่อน-หลัง และระยะติดตามผล 3 เดือน วิเคราะห์โดยใช้ Friedman Test และ Wilcoxon Signed Rank Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการวิจัยโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ได้รับการรับรองและผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 4/2567 ลงวันที่ 24 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ด้านข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลพบว่า ด้านข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 80% อายุเฉลี่ย 33.7 ปี (SD = 8.14) สถานภาพโสด 66.7% เรียนจบชั้นมัธยมศึกษา 73.4% อาชีพรับจ้าง 56.7% รายได้เฉลี่ย 6,083.33 บาท (SD = 5744.68) ใช้แอมเฟตามีนอย่างเดียว 90% ใช้ร่วมกับกัญชา 10% เข้าบำบัดครั้งแรก 60% อาศัยอยู่กับบิดามารดา 23.3% สัมพันธภาพในครอบครัวราบรื่น 63.3% เสพยาเพราะความอยากลอง 63.3%

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test ($n < 50$) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ (non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติในกลุ่ม non-parametric คือ Friedman Test ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มีผลต่างของค่าเฉลี่ยที่มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบทางสถิติแบบเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้ Wilcoxon Sign Rank Test ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ($n = 30$ คน)

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	Mean	SD	Median	IQR	Z	p-value (2-tailed)
ความตั้งใจในการเลิกเสพ	ก่อนทดลอง	2.41	.18	2.38	.23	-0.629[b]	.529
	หลังทดลอง	2.44	.14	2.46	.23	-2.931[b]	.003*
	ติดตาม 3 เดือน	2.56	.20	2.53	.31	-2.264[b]	.024*

* < .05, b. Based on Negative Ranks

จากตารางที่ 1 พบว่า ความตั้งใจในการเลิกเสพของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 2.41, SD = .187) หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยความตั้งใจในการเลิกเสพหลังการทดลองเพิ่มขึ้นแต่ยังอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 2.44, SD = .148) และระยะติดตามผล 3 เดือนเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.55, SD = .203)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและอัตราการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และการหยุดเสพต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน (n = 30 คน)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล 3 เดือน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง						
- การก้าวร้าวทางคำพูด	18	60	16	53.3	11	36.7
- การก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ	11	36.7	3	10	0	0
- การก้าวร้าวต่อตนเอง	5	16.7	0	0	0	0
- การก้าวร้าวต่อผู้อื่น	10	33.3	0	0	0	0
2. การหยุดเสพต่อเนื่อง	0	0	29	97.7	23	76.7

จากตารางที่ 2 แสดงผลด้านผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดลดลง (60%, 53.3%, 36.7%) การก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของลดลง (36.7%, 10%, 0%) การก้าวร้าวต่อตนเองลดลง (16.7%, 0%, 0%) การก้าวร้าวต่อผู้อื่นลดลง (33.3%, 0%, 0%) และพบว่าผลการตรวจไม่พบแอมเฟตามีนในปัสสาวะในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน เพิ่มขึ้นมากกว่าระยะก่อนทดลอง 97.7%, 76.7% ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

1. ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลองอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เสพยาเสพติดเพราะความอยากลอง 63.3% และส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 80% อายุเฉลี่ย 33.7 ปี (SD = 8.14) ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยแรงงาน และพบว่าเป็นกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเป็นครั้งแรกถึง 60% จึงอาจส่งผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาเสพติดโดยเด็ดขาดนั้นยังอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังสามารถประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัวด้วยอาชีพรับจ้าง ซึ่งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งถือว่ามีรายได้ที่เพียงพอกับการดำเนินชีวิต ทั้งนี้นั้น ผู้เข้ารับการบำบัดอาจมองว่าปัญหาการเสพยาเสพติดของตนเองยังไม่กระทบต่อตนเองและครอบครัวมากนัก จึงอาจส่งผลให้ให้ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดยังอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน มีกิจกรรมที่เน้นกระบวนการบำบัดในชุมชน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสร้างความรอบรู้ด้านยาเสพติด รวมทั้งการบูรณาการให้เกิดการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนโดยลดการตีตรา เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบำบัดฟื้นฟูเพิ่มมากขึ้นนั้น ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน จึงส่งผลให้ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ผ่านการบำบัดในรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน มีข้อดีด้านการเข้าถึงบริการได้ง่าย ไม่เสียค่าใช้จ่ายและได้รับการดูแลร่วมกันอย่างเหมาะสมในบริบทของทุนชุมชนนั้น กระตุ้นให้เกิดการช่วยเหลือผู้ติดยาในชุมชน สร้างรูปแบบการอยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจเห็นอกเห็นใจโดยความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของพัฒนพงศ์ คชเสนี และคณะ[12] พบว่าการบำบัดยาเสพติดที่บูรณาการการให้ความรู้ การใช้

ทรัพยากรในท้องถิ่นร่วมกับการบำบัดยาเสพติด โดยชุมชนเป็นฐานส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ลดการใช้สารเสพติดและมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัสรี คำมูล และสมจิต แดนสีแก้ว[13]; Calleja, M, et al[14] พบว่า การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างแนวทางเพื่อป้องกันการใช้ยาเสพติด ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักจนเกิดเป็นพลังในการกำหนดวิธีการป้องกันชุมชนให้ห่างไกลจากยาเสพติด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการแก้ไขปัญหายาเสพติดจะแยกปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดออกจากปัญหาของชุมชนไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณา บัวเจริญ และคณะ[15] พบว่าการบำบัดยาเสพติดที่ขาดความร่วมมือจากชุมชนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ส่งผลต่อความสำสำเร็จในการเลิกเสพยาเสพติดของผู้เขารับการบำบัด

2. ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกในการบำบัดผู้ใช้แอมเฟตามีนหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน พบว่า มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงภาพรวม (พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด, การก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของลดลง, การก้าวร้าวต่อตนเองและการก้าวร้าวต่อผู้อื่น) ทุกด้านลดลงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Luitel, N. P.[16] ที่พบว่าการหยุดใช้แอมเฟตามีนช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้เสพ และในระยะติดตามผล 3 เดือน ยังพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและอัตราการหยุดเสพแอมเฟตามีนต่อเนื่องลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกชพรนะราธร[17] ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลงได้ ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานได้รับการดูแลที่เหมาะสมโดยสอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วย มีการติดตามโดย อสม. ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในชุมชน ครอบคลุมในมิติทั้งทางด้านร่างกาย เช่น การให้คำปรึกษาและแนะนำการควบคุมอาการอยากยาและการดูแลเป็นที่พึ่งทางจิตใจ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยคงไว้ซึ่งการหยุดเสพแอมเฟตามีนต่อเนื่องโดยไม่กลับไปเสพซ้ำ

กล่าวโดยสรุป การวิจัยครั้งนี้สนับสนุนการนำรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนนี้ มีข้อดีด้านการเข้าถึงบริการได้ง่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย และได้รับการดูแลร่วมกันอย่างเหมาะสมในบริบทของทุนชุมชนนั้น กระตุ้นให้เกิดการช่วยเหลือผู้ติดยาในชุมชน สร้างรูปแบบการอยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจโดยความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ผ่านการบำบัดลดลงและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยคงไว้ซึ่งการหยุดเสพอย่างต่อเนื่องโดยไม่กลับไปเสพซ้ำ จึงควรนำรูปแบบนี้ไปใช้กับการบำบัดยาเสพติด เพื่อให้ชุมชนปลอดภัยจากยาเสพติด

จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ การศึกษานี้มีจุดเด่นที่ สอดคล้องกับนโยบายและบริบทของปัญหายาเสพติดที่กำลังเผชิญอยู่ณขณะนี้ เป็นการนำนโยบาย ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย มาดำเนินการจริงในเชิงพื้นที่ชัดเจน อีกทั้งยังครอบคลุมการวัดผลลัพธ์หลายมิติพร้อมกัน คือ ด้านพฤติกรรม ด้านสุขภาพจิตและการตรวจปัสสาวะซึ่งเป็นการวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์ที่มีความน่าเชื่อถือ

จุดด้อยของการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นการศึกษาเพียงกลุ่มเดียว กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและมีระยะการติดตามผลสั้น (3 เดือน) และไม่มีกลุ่มควบคุม (Control group) อาจทำให้ไม่สามารถยืนยันได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกิดจากรูปแบบที่นำมาใช้โดยตรงหรือจากปัจจัยภายนอก (Confounding factor) เนื่องจากเป็นการบำบัดในชุมชน ไม่มีการควบคุมตัวแปรแบบเข้มงวดร่วมด้วย

ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน

(CBTx.) สามารถเพิ่มความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทุกด้านลงอย่างต่อเนื่อง อัตราการกลับไปเสพซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดเมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนลดลง กลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว อสม. และทีมสหวิชาชีพช่วยเสริมแรงให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถคงพฤติกรรมการหยุดเสพยาต่อเนื่อง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในวัยแรงงานชาย (อายุเฉลี่ย 33.7 ปี) ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเป็นครั้งแรก (60%) ใช้สารเสพติดเพราะความอยากลอง อีกทั้งยังชี้ให้เห็นว่า การค้นหาเชิงรุกในชุมชนสามารถเข้าถึงกลุ่มที่ยังไม่เคยเข้าสู่ระบบการบำบัดฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. เชิงนโยบาย: ควรนำรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานนี้ขยายการบำบัดให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อเพิ่มการคงไว้ซึ่งความตั้งใจในการเลิกเสพ

2. เชิงปฏิบัติการ: ควรจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อลดการตีตราหลังจบกระบวนการบำบัด

3. เชิงการวิจัย: ควรศึกษา 2 กลุ่มเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และขยายเวลาติดตามเพิ่มในช่วง 6-12 เดือน เพื่อวัดผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ผ่านการบำบัดเมื่ออาศัยอยู่ในชุมชน

ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนในชุมชนเกิดจากหลายปัจจัย รูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานในครั้งนี้ ไม่ได้มีการควบคุมตัวแบบเข้มงวด อาจมีตัวแปรแทรกซ้อนที่มีอิทธิพลต่อการกลับไปใช้ยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง เช่น กลุ่มเพื่อน สื่อโซเชียลมีเดียต่าง ๆ หรือกลุ่มผู้ค้าที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน จึงอาจจำเป็นต้องมีการควบคุมตัวแปรดังกล่าวให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่แม่นยำ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยลงได้ด้วยได้รับความอนุเคราะห์จากภาคีเครือข่ายในพื้นที่และทุกหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องอาสาสมัครในชุมชนทุกคน ซึ่งผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). Corruption and economic crime 2023, Annual Report: strengthening cooperation, building integrity. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html
2. กระทรวงยุติธรรม. รายงานประจำปีผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ. 2568. www.oncb.go.th
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผู้ป่วยยาเสพติด ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต). 2568. https://antidrugnew.moph.go.th
4. ดนัย อินทรกำแหง. *สถานการณ์ของยาบ้า ไอซ์และสารเสพติดในประเทศไทย*. ใน: รัศมน กัลป์ยาศิริ. ข้อเท็จจริงและตัวเลข: สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี 2560-2563 (Facts and figures: illegal substances in Thailand 2017-2020). กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์. 2563;13-20.
5. โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. รายงานผลการตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะ พ.ศ. 2568. มหาสารคาม; 2568.
6. สำนักงานเลขานุการคณะคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. นนทบุรี; 2567.
7. วันเพ็ญ อำนาจกิติกร. ปัจจัยทางจิตสังคมและความตั้งใจเลิกยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. เชียงใหม่: เวียงบัวการพิมพ์; 2553.
8. Yudofsky, S., Silver, J. M., & Jackson, W. (1986). The overt aggression scale for the objective rating verbal and physical aggression. American Journal of Psychiatry. 1986;143:35-39.

9. กชพงศ์ สารการ. พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
10. ณัฐพัชร์ บุญมาก และอำไพ หวังวก. การประเมินประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนเชิงคุณภาพและกึ่งปริมาณด้วยหลักการ DRI immunoassay ด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติของโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2567;38(3):735-743.
11. Ajzen, I. The Theory of Planed Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991;50:179-211.
12. พัฒนพงศ์ คชเสนี, สุวัฒนพล สวรรค์ปัญญาเลิศ, สุภัทร ชูประดิษฐ์. รูปแบบการประยุกต์ใช้แนวคิดบูรณาการการบำบัดแก้ไขฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด กรณีศึกษาชุมชนเข้มแข็งแห่งหนึ่งในจังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(3):122-133.
13. สุพัสรี คำมูล และสมจิต แดนสีแก้ว. (2562). ผลการวิเคราะห์แนวทางการป้องกันการใช้กัญชาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน, วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(3):143-142.
14. Calleja, M. T., Jocson, R. M., Acosta, A. C., Ocampo, M. T. W., Bertulfo, D. J. M., & Hechanova, M. R. M. Examining the impact of community-based behavioral drug treatment: A case study from the Philippines. The Journal of Behavioral Science. 2020;15(2):1-15.
15. สุวรรณา บัวเจริญ ประภัสสร พรหมมา และระพีพร คนเชื้อ. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชนบ้านสะพานดำ จังหวัดเชียงใหม่, วารสารพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2564;35(2):142-157.
16. Luitel, N. P., Baron, E. C., Kohrt, B. A., Komproe, I. H., & Jordans, M. J. D. Prevalence and correlates of depression and alcohol use disorder among adults attending primary health care services in Nepal: A cross-sectional study. BMC Health Services Research. 2018;18(1):215.
17. กชพร นะราธร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด, วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2569;11(1):113-115.