การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดหนองบัวลำภู

Developing a Integrated Treatment and Continuous Care Model for Substance Use Disorders : A Case Study from Nong Bua Lamphu, Province.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ณฐกร จันทรเสนา[1] สุณัฐชณา แสนมานิตย์[1] และอิทธิพล พลบูรณ์[1]
Nathakorn Juntarasena[1] Sunatchana Sanmanit[1] Ittipol polboon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหา พัฒนาและทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติด 661 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึก แบบประเมินและแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทุกฉบับมีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ตั้งแต่ 0.80-1.00 และวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Percentage differences

ผลการวิจัย 1) พบสภาพปัจจุบันปัญหาเกี่ยวกับระบบสารสนเทศและการรายงานผล รอยต่อและความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำช่วงการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และความไม่สมดุลระหว่างภาระงานกับกรอบอัตรากำลังและงบประมาณ 2) กระบวนการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยขั้นตอนการคัดกรองและจำแนกผู้ป่วย กระบวนการบำบัดรักษา การติดตามต่อเนื่อง ทีมผู้รับผิดชอบการติดตาม และการรายงานและประเมินผล และ3) การประเมินผลรูปแบบฯ พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตามโดยรวมอัตราความสำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 87.29 คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของอาการและสภาวะจิตสังคมบำบัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.40 เป็นร้อยละ 64.70 มีศูนย์มินิธัญญารักษ์ในพื้นที่ จำนวน 2 แห่ง รับผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางได้ 40 เตียง ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย 352 ราย อัตราการครองเตียงเฉลี่ย ร้อยละ 54.92 ผู้ป่วยยาเสพติดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าคุณภาพมาตรฐานของรูปแบบฯ อยู่ในระดับมากที่สุด และผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด, การดูแลอย่างต่อเนื่อง, ศูนย์มินิธัญญารักษ์, การรับรู้ความสามารถของตนเอง

Abstract

This action research aimed to investigate current situations and problems, develop and implement, and evaluate an integrated treatment and continuous care model for patients with substance use disorders. Sample size were 661 patients. Data collection instruments comprised questionnaires, record forms, evaluation forms, and focus group discussion guidelines, with an Item-Objective Congruence (IOC) index ranging from 0.80 to 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics and percentage differences.

The research results revealed: 1) Current Situations and Problems: Issues were identified regarding information and reporting systems, care transition gaps and risks of relapse during continuous follow-up, as well as an imbalance between workload, staffing frameworks, and budget allocation. 2)Integrated Treatment and Continuous Care Model: The developed model comprised five core elements: screening and classification, treatment process, continuous follow-up, dedicated follow-up teams, and reporting and evaluation. and, 3)Model Evaluation Results: Patients received continuous quality care with an overall success rate (retention rate) of 87.29%. For outpatient rehabilitation under the biopsychosocial program, the overall mean score of symptoms and biopsychosocial status increased from 63.40% pre-development to 64.70% post-development. Two Mini-Thanyarak centers operating in the area provided 40 sub-acute care

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

beds, treating 352 patients with an average bed occupancy rate of 54.92%. Patients reported a moderate level of self-efficacy in preventing relapse. Experts rated the standard quality of the model at the highest level, while patients and their relatives expressed a high level of satisfaction.

Keywords: Substance Use Disorder Treatment, Continuous Care, Mini-Thanyarak Center, Self-Efficacy.

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นภัยคุกคามทางสาธารณสุขและสังคมระดับสากลที่มีความซับซ้อนและทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก (World Drug Report) โดยสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) ระบุว่า จำนวนประชากรทั่วโลกที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดมีขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด โดยสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine-Type Stimulants: ATS) โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีนได้กลายเป็นสารเสพติดที่มีการผลิตและการแพร่ระบาดขยายตัวสูงที่สุดภูมิภาคหนึ่งของโลก โดยเฉพาะในแถบเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งถูกใช้เป็นฐานผลิตและเส้นทางลำเลียงสำคัญ[1] สำหรับประเทศไทย พบว่ามีผู้ใช้สารเสพติดและผู้ติดยาเสพติดที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาสูงถึงหลายแสนราย โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่นและแรงงานช่วงอายุ 12–44 ปี[2] ยาเสพติดหลักที่แพร่ระบาดรุนแรงที่สุดยังคงเป็น "ยาบ้า" และ "ไอซ์" ประกอบกับการเข้าถึงกัญชาพืชกระท่อม และสารสังเคราะห์ชนิดใหม่ๆ (Club Drugs) ที่เพิ่มขึ้น[3] ยิ่งไปกว่านั้นปัญหาที่ท้าทายอย่างยิ่งในปัจจุบัน คือ การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช (SMI-V) หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ก่อเหตุทำร้ายตนเองและผู้อื่นในชุมชน ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน เกิดเป็นวิกฤตความปลอดภัยในสังคมที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน[4]

สำหรับเขตสุขภาพที่ 8 (ครอบคลุม 7 จังหวัดภาคอีสานตอนบน ได้แก่ อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองคาย บึงกาฬ และหนองบัวลำภู) เป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์ชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้านตามแนวแม่น้ำโขง จึงประสบสภาวะแรงกดดันสูงจากการลักลอบนำเข้า ลำเลียง และกระจายยาเสพติดเข้าสู่พื้นที่ตอนในของประเทศ[5] จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาพบว่า เขตสุขภาพที่ 8 มีอัตราป่วยด้วยโรคจิตเวชและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารเสพติด โดยเฉพาะกัญชาและแอมเฟตามีนติดอันดับสูงของประเทศ[4] ถึงแม้ว่าเขตสุขภาพที่ 8 จะมีนโยบายเชิงรุกในการเพิ่มอัตราการบำบัดและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (Retention Rate) และมีการขับเคลื่อนการพัฒนามินิธัญญารักษ์ รวมถึงระบบ Home Ward ยาเสพติด[6] แต่ในภาพรวมระดับเขตยังคงเผชิญความท้าทายจากอัตราการเสพซ้ำที่สูง ภาระงานที่เกินกำลังของบุคลากรทางการแพทย์ และความเหลื่อมล้ำของการดำเนินงานในแต่ละจังหวัด

ในส่วนของจังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 8 แม้สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในภาพรวมจะอยู่ในระดับเบาบางถึงปานกลาง[7] แต่เนื่องจากเป็นพื้นที่รอยต่อทางยุทธศาสตร์สำคัญกับจังหวัดที่มีการแพร่ระบาดรุนแรง (เลย หนองคาย บึงกาฬ อุดรธานี และขอนแก่น) จึงมักถูกใช้เป็นเส้นทางลำเลียงและแหล่งพักยาเสพติดก่อนกระจายสู่พื้นที่ส่วนใน อีกทั้งยังมีปัจจัยดึงดูดด้านประชากรแฝงในกลุ่มผู้ใช้แรงงานและโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่ สารเสพติดหลักที่แพร่ระบาด คือ "ยาบ้า" ซึ่งมีแนวโน้มราคาลดลงอันเนื่องมาจากสัดส่วนความบริสุทธิ์ของสารเมทแอมเฟตามีนที่ลดลง ประกอบกับช่องทางการค้าผ่านโซเชียลมีเดียและการระบบขนส่งเอกชน นอกจากนี้ยังพบการเพิ่มขึ้นของสารเสพติดประเภทไอซ์ และกลุ่ม Club Drugs เช่น ยาอี ยาเค และ Happy Water ตลอดจนการเข้าถึงกัญชาเชิงเสรี ซึ่งส่งผลให้กลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงอายุ 15–24 ปี) รวมถึงกลุ่มผู้พ้นโทษ ผู้ต้องหาอยู่ระหว่าง

ประกันตัว และผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด มีความเสี่ยงเข้าสู่กลไกการเสพซ้ำและการก่อความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ที่ผ่านมาจังหวัดหนองบัวลำภูได้ขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายาเสพติดผ่านกลไกตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและยุทธศาสตร์ "หนองบัวลำภูโมเดล" โดยเร่งรัดกระบวนการบำบัดรักษาและติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้งและขึ้นทะเบียนศูนย์คัดกรองครอบคลุม รพ.สต. และโรงพยาบาล ขยายการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) เปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์ (Intermediate Care: IMC) ในโรงพยาบาลชุมชน จัดตั้งระบบ Home Ward ยาเสพติดการประสานส่งต่อศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาการนำเข้าข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศยาเสพติด (บสต.)

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารเชิงระบบของพื้นที่พบช่องว่างวิจัย 3 ประการ คือ (1) conceptual & model gap ที่ผ่านมาการศึกษาส่วนใหญ่เน้นประเมินผลลัพธ์เชิงปริมาณตามตัวชี้วัด เช่น ร้อยละของผู้เข้าบำบัด หรือ Retention Rate แต่ยังขาด "รูปแบบโครงสร้างการบริการและการติดตามดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Continuum of Care Model)" ที่สังเคราะห์ขึ้นจากฐานบริบทจริงของพื้นที่ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงตั้งแต่การคัดกรองคัดแยกระดับความรุนแรง, การรักษาพยาบาล (Mini-Thanyarak / Home Ward), การฟื้นฟูโดยชุมชน (CBTx) ไปจนถึงกระบวนการติดตามดูแลหลังการจำหน่าย (Follow-up) อย่างเป็นรูปธรรม (2) Implementation & Process Gap ขาดกลไกเชิงปฏิบัติการ (Actionable Protocol) ที่ระบุบทบาทการทำงานประสานพลังระหว่าง "ทีมทางการแพทย์" (แพทย์/พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข/อสม.) และ "ทีมสนับสนุนทางสังคม" (ฝ่ายปกครอง/ตำรวจ/ท้องถิ่น/ผู้นำชุมชน) ในการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 1 ปี (อย่างน้อย 4–7 ครั้ง) ให้มีมาตรฐานเดียวกันทุกอำเภอเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของผลงาน และMethodological & Evidence-Based Gap[3] ยังไม่มีการวิจัยเชิงพัฒนาที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ที่ครอบคลุมทั้งการประเมินความต้องการจำเป็น การร่วมออกแบบรูปแบบ (Co-design), การทดลองใช้ในพื้นที่จริงและการประเมินผลกระทบครอบคลุมมิติทางจิตสังคม เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ (Self-Efficacy) และการลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Aggression Scale: OAS)[8]

เพื่อปิดช่องว่างดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาร่วมกับกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพ (Health System Research) ออกแบบและพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดหนองบัวลำภู โดยผสานนวัตกรรมพัฒนาระบบบริการ 5 มิติ ได้แก่ (1)การจำแนกผู้ป่วยและจัดระบบบริการตามระดับความรุนแรง (Risk-based Triage) กลไกการติดตามดูแลแบบทวิภาคี (Dual-Team Follow-up Mechanism) กำหนดหมุดหมายการติดตามที่ชัดเจน (Structured Follow-up Protocol) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุน (Data-Driven Tracking) และการคุ้มครองสิทธิ จริยธรรม และการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนและท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในฐานะศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม[8]

จากการทบทวนและวิเคราะห์สภาพปัญหาเชิงระบบแบบก้าวหน้า ตั้งแต่ระดับสากล ประเทศ เขตสุขภาพที่ 8 ลงมาจนถึงบริบทพื้นที่ระดับจังหวัดหนองบัวลำภู ชี้ให้เห็นว่าปัญหายาเสพติดและการเสพซ้ำได้ทวีความซับซ้อนและแปรเปลี่ยนไป แม้จังหวัดหนองบัวลำภูจะขับเคลื่อนมาตรการแก้ไขปัญหาอย่างเข้มข้นผ่านยุทธศาสตร์ "หนองบัวลำภูโมเดล" และพัฒนานวัตกรรมบริการหลากหลายรูปแบบ ทั้งศูนย์คัดกรอง มินิธัญญารักษ์ และระบบ Home Ward ยาเสพติด แต่เมื่อพิจารณาในมิติผลลัพธ์เชิงระบบ กลับยังคงพบ "ช่องว่างเชิงการบูรณาการและความผันผวนของผลงานระหว่างพื้นที่" (Inter-district Disparity)

ซึ่งเป็นผลมาจากภาระงานบุคลากรที่ซ้ำซ้อน รอยต่อระหว่างกระบวนการทางการแพทย์กับการดูแลทางสังคมที่ยังไม่แน่นแฟ้น และระบบสารสนเทศติดตามผลที่ขาดความต่อเนื่องไร้รอยต่อ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อยกระดับระบบบริการสุขภาพและก้าวข้ามข้อจำกัดเดิม จึงไม่สามารถทำได้เพียงแค่การดำเนินงานตามภารกิจประจำ (Routine Work) หรือการประเมินผลผ่านตัวชี้วัดเชิงปริมาณในระดับพื้นผิวเท่านั้น หากแต่จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการวิจัยและพัฒนาบนฐานระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานเพื่อสร้าง "นวัตกรรมรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด"ที่มีความสอดคล้องกับบริบททางสังคม นำไปสู่การจัดทำกลไกการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรมระหว่างทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายชุมชน ตลอดจนการประเมินผลลัพธ์ครอบคลุมทั้งมิติอัตราการติดตามดูแลต่อเนื่อง มิติทางจิตวิทยา (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ) และมิติการลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) เพื่อเปลี่ยนผ่านระบบบริการบำบัดรักษายาเสพติดของจังหวัดหนองบัวลำภูสู่ความยั่งยืน และสร้างเป็นองค์ความรู้เชิงประจักษ์ ยกระดับเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหา พัฒนาและทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดหนองบัวลำภู

วิธีการศึกษา

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดหนองบัวลำภูครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสานซึ่งประกอบด้วยเชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพ เพื่อตอบคำถามการวิจัยให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนกันยายน 2568-สิงหาคม 2569 ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research) การศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดหนองบัวลำภู (A : analysis)

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาและนำรูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดไปทดลองใช้ในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู(Design and Development: D) และ (Implementation: I) แบ่งออกเป็น 2 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 ร่างรูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดหนองบัวลำภู

ขั้นที่ 2 การนำรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดหนองบัวลำภูไปทดลองใช้ในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผลรูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดหนองบัวลำภู (Evaluation : E)

ขั้นตอนการดำเนินงานรูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดหนองบัวลำภู

1) การคัดกรองและจำแนกผู้ป่วย (Screening) ก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา จะมีการคัดกรองเพื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความรุนแรงของการเสพติด เพื่อส่งต่อไปยังสถานบำบัดที่เหมาะสม ดังนี้ กลุ่มผู้เสพไม่มาก (ผู้เสพ) โดยการส่งไปบำบัดที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้คำปรึกษาและดูแลต่อเนื่อง, กลุ่มผู้เสพปานกลาง (ผู้ใช้) โดยการส่งเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับอำเภอหรือจังหวัด โดยใช้เวลาอย่างน้อย 9 วัน กลุ่มผู้ติดยาเสพติด (ผู้ติด) โดยการส่งเข้ารับการบำบัดในรูปแบบ Matrix

Program หรือศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในเป็นเวลาอย่างน้อย 15 วัน และกลุ่มผู้ติดรุนแรงหรือมีอาการทางจิต โดยการส่งต่อโรงพยาบาลเฉพาะทางในสังกัดกรมการแพทย์หรือกรมสุขภาพจิต

2) กระบวนการบำบัดรักษา การบำบัดจะดำเนินการตามมาตรฐานของแต่ละระบบ เช่น ระบบสมัครใจ: เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในค่ายหรือศูนย์ฟื้นฟูฯ และระบบบังคับบำบัดและต้องโทษ: ดำเนินการตามกฎระเบียบและโปรแกรมการบำบัดมาตรฐานที่กำหนดโดยกรมคุมประพฤติหรือกรมราชทัณฑ์

3) การติดตามต่อเนื่อง (Follow-up) หัวใจสำคัญของการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำคือการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นเวลา 1 ปี (อย่างน้อย 7 ครั้งใน 1 ปี)

4) ทีมผู้รับผิดชอบการติดตาม การติดตามจะทำงานร่วมกันระหว่าง 2 ทีมหลัก เพื่อดูแลทั้งด้านร่างกายและสังคม ทีมติดตามทางการแพทย์ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทำหน้าที่ตรวจสุขภาพ จิตใจ และตรวจปัสสาวะเพื่อเฝ้าระวังการเสพซ้ำ และทีมอาสาสมัครติดตามทางสังคมประกอบด้วยผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง ตำรวจ และอาสาสมัครอื่นๆ ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ดูแลสภาพความเป็นอยู่ และให้ความช่วยเหลือด้านคุณภาพชีวิต

5) การรายงานและประเมินผล ข้อมูลการติดตามทั้งหมดจะถูกบันทึกใน สมุดบันทึกการติดตามดูแลช่วยเหลือ และรายงานผ่านระบบสารสนเทศยาเสพติด เช่น ระบบ BSM 5 ของกระทรวงสาธารณสุข หรือระบบ Nispa เพื่อให้ผู้บังคับบัญชาตรวจสอบและวางแผนการแก้ไขปัญหาในระดับนโยบายต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล 1)แบบทึกจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) แบบบันทึกการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดหรือผู้เสพรูปแบบผู้ป่วยนอกโปรแกรมกาย จิตสังคมบำบัด 3)แบบบันทึกผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม 4) แบบประเมินการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดหรือผู้เสพรูปแบบผู้ป่วยนอกโปรแกรมกาย จิตสังคมบำบัด 5) แบบบันทึกผลการดำเนินงานมินิธัญญารักษ์ 6) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และ 7) แบบการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์โดยใช้ตวามถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเทียบกับเกณฑ์คะแนนตามวิธีของเบสท์[9]

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1)แบบสอบถามคุณภาพมาตรฐานของรูปแบบตามมาตรฐานการประเมินของ McMillan and Schumacher[10] จำนวน 2 ด้าน คือ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุมที่มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ 2) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ จำนวน 17 ข้อ 4) แบบการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และ 5) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

2) การสนทนากลุ่ม การดำเนินการสนทนากลุ่ม มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้1) เชิญสมาชิกเข้าห้องที่จัดเตรียมไว้ หากเป็นห้องที่ใหญ่ และสมาชิกนั่งห่างกัน อาจต้องมีระบบเสียงเข้ามาช่วยให้การสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่นชัดเจน 2) ติดป้ายชื่อสำหรับสมาชิกทุกคน โดยวางป้ายชื่อไว้ด้านหน้าเพื่อให้สามารถเรียกชื่อกันได้ 3) เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเองและทีมงาน โดยผู้ดำเนินการสนทนาจะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่มในครั้งนั้นด้วย พร้อมทั้งขออนุญาตด้วยว่าจะมีการบันทึกเสียงไว้ด้วย 4) สร้างบรรยากาศ สร้างความคุ้นเคย และเริ่มคำถามตามลำดับที่เตรียมไว้ 5) เปิดโอกาสให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยพิธีกรต้องคอยกระตุ้นให้สมาชิกได้

แสดงความเห็นอย่างทั่วถึง รวมทั้งคอยจำกัดเวลาสำหรับสมาชิกบางรายที่ใช้เวลามากเกินไปในการแสดงความคิดเห็นหรือครอบครองำความคิดผู้อื่น และ6) เมื่อได้พูดคุยจนครบประเด็น และถึงเวลาที่ต้องยุติ (ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง) ผู้ดำเนินการสนทนากล่าวยุติการสนทนา กล่าวขอบคุณ และแจกของที่ระลึกแก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบสอบถามคุณภาพมาตรฐานของรูปแบบตามมาตรฐานการประเมินของ McMillan and Schumacher[10] 2) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และ 3) แบบการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเทียบกับเกณฑ์คะแนนตามวิธีของเบสท์[9]

การวิเคราะห์เชิงเนื้อ เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เนื้อหาที่ปรากฏในเอกสารหรือบันทึกมากกว่ากระทำกับเนื้อหาที่ซ่อนอยู่ การตีความจะกระทำในอีกขั้นตอนหนึ่งภายหลัง เมื่อผู้วิจัยและคณะจะสรุปข้อมูล โดยสามารถสรุปขั้นตอนการวิเคราะห์เนื้อหาได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ

1) การกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเนื้อหาหรือเอกสาร เพื่อให้ชัดเจนว่าจะเลือกข้อมูลประเภทใด หากมีข้อคำถามแจกแจงอย่างชัดเจนก็สามารถแยกข้อมูลตามข้อคำถามในแต่ละตอนหรือแต่ละข้อ

2) การกำหนดเค้าโครงเพื่อจำแนกคำหรือเนื้อหาสาระของข้อมูล ซึ่งผู้วิเคราะห์ควรระบุอย่างชัดเจนว่าจะใช้คำหรือข้อความใดบ้าง เพื่อช่วยในการเลือกและการตัดเนื้อหาที่ไม่จำเป็นออกไป ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือปัญหาของงานวิจัย และควรใช้คำที่ค่อนข้างกว้างเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ได้จากข้อมูลหลายชุดเพื่อนำมาพิจารณาอย่างเป็นระบบ

3) การพิจารณาบริบทแวดล้อม (Context) ของเนื้อหาเพื่อเพิ่มความถูกต้องของข้อมูล ไม่เพียงแค่การเลือกใช้เฉพาะคำสำคัญหรือวลีสั้น ๆ เท่านั้น ให้สามารถอธิบายความเกี่ยวข้องของข้อมูลได้ดีมากขึ้น

4) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนับเป็นความถี่ของเนื้อหาแล้วสรุปบรรยายข้อมูลเชิงคุณภาพต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เลขที่หนังสือรับรอง 34/2568 เมื่อวันที่ 28 เดือนสิงหาคม พ.ศ.2568

ผลการวิจัย

1.สภาพปัจจุบันและปัญหาการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดหนองบัวลำภู ได้แก่ ความยุ่งยากของระบบสารสนเทศและการรายงานผล (บสต.) ซึ่งเจ้าหน้าที่สะท้อนว่าเป็นปัญหาในระดับมากที่สุด 2) รอยต่อและความเสี่ยงในการเสพซ้ำช่วงการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยและญาติระบุว่าเป็นอุปสรรคอันดับหนึ่ง และ 3) ความไม่สมดุลระหว่างภาระงานกับกรอบอัตรากำลังและงบประมาณ โดยเจ้าหน้าที่เผชิญปัญหาในด้านการคัดกรอง

2. รูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การคัดกรองและจำแนกผู้ป่วย (Screening) กระบวนการบำบัดรักษา การติดตามต่อเนื่อง (Follow-up) ทีมผู้รับผิดชอบการติดตาม การรายงานและประเมินผล และผลการประเมินคุณภาพมาตรฐานโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

3.การประเมินผลรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่า

3.1 ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) โดยรวมระดับจังหวัดพบว่า ในระดับจังหวัด อัตราการคงอยู่ในระบบการดูแลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.72 ในปี พ.ศ. 2568 เป็นร้อยละ 87.07 ในปี พ.ศ. 2569 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยระดับอำเภอ พบว่า ปี พ.ศ. 2568 คิดเป็นร้อยละ 67.99 ขณะที่ปี พ.ศ. 2568 มีเป้าหมายรวม 661 ราย ผลงานสำเร็จ 577 ราย คิดเป็นอัตราความสำเร็จร้อยละ 87.29

การเปรียบเทียบอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง (Retention Rate) ระหว่างปี พ.ศ. 2568 และปี พ.ศ. 2569 รวมถึงการเปรียบเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ (ร้อยละ 70) พบว่า อัตรา Retention Rate เฉลี่ยโดยรวมของจังหวัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.99 ในปี พ.ศ. 2569 เพิ่มเป็นร้อยละ 87.29 ในปี พ.ศ. 2569 เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.85 (% differences) ขณะเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ร้อยละ 70) พบว่า ผลการดำเนินงานโดยรวมสูงกว่าเป้าหมายถึงร้อยละ 21.98 ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2568-2569 จำแนกเป็นรายอำเภอ

อำเภอ	ปี พ.ศ.2568 (ร้อยละ)	ปี พ.ศ.2569		
		เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด	**67.72**			**87.07**
อำเภอเมือง	81.89	89	77	86.58
อำเภอนากลาง	59.47	170	138	81.14
อำเภอโนนสัง	77.83	60	57	94.18
อำเภอศรีบุญเรือง	61.08	170	168	98.72
อำเภอสุวรรณคูหา	89.02	125	99	79.47
อำเภอนาวัง	38.68	47	38	74.00
เฉลี่ยโดยรวม	67.99	661	577	87.29

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ระหว่างปี พ.ศ.2568 กับ 2569 และเปรียบเทียบกับเป้าหมาย จำแนกเป็นรายอำเภอ

อำเภอ	ปี พ.ศ.2568 (ร้อยละ)	ปี พ.ศ.2569 (ร้อยละ)	การเปรียบเทียบ	
			% differences	เป้าหมาย 70%
อำเภอเมือง	81.89	86.58	+5.56	+21.17
อำเภอนากลาง	59.47	81.14	+30.82	+14.74
อำเภอโนนสัง	77.83	94.18	+19.01	+29.45
อำเภอศรีบุญเรือง	61.08	98.72	+23.66	+34.04
อำเภอสุวรรณคูหา	89.02	79.47	-11.33	+12.67
อำเภอนาวัง	38.68	74.00	+62.69	+5.55
เฉลี่ยโดยรวม	67.99	87.29	+24.85	+21.98

3.2 การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดหรือผู้เสพรูปแบบผู้ป่วยนอกโปรแกรมกาย จิตสังคมบำบัดโดยรวมคะแนนเฉลี่ยของอาการและสภาวะจิตสังคมบำบัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.40 ก่อนการพัฒนา เป็นร้อยละ 64.70 หลังการพัฒนา คิดเป็นร้อยละความแตกต่างเพิ่มขึ้น (+2.02%)

3.3 การดำเนินงานมินิธัญญารักษ์ พบว่าศูนย์มินิธัญญารักษ์ในพื้นที่ดำเนินการรวม 2 แห่ง มีศักยภาพเตียงรองรับผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางรวมทั้งสิ้น 40 เตียง สามารถให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 352 ราย โดยมีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยรวมอยู่ที่ร้อยละ 54.92 ผู้ป่วยยาเสพติดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าคุณภาพมาตรฐานของรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยและพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติดครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นสำคัญได้เป็น 3 หมวดหมู่ ดังนี้

1) บริบทความท้าทายเชิงระบบและการบริหารจัดการในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า ระบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในปัจจุบันกำลังเผชิญกับความท้าทายเชิงโครงสร้างและเชิงระบบใน 3 มิติหลัก ได้แก่ 1) ข้อจำกัดด้านระบบสารสนเทศและการรายงานผล 2) ความเสี่ยงของการกลับไปเสพซ้ำในช่วงรอยต่อของการดูแล และ 3) ความไม่สมดุลระหว่างภาระงานกับกรอบอัตรากำลังและงบประมาณ เช่นเดียวกับข้อค้นพบเกี่ยวกับความสำคัญของการจัดการช่วงเชื่อมต่อเพื่อลดการกลับไปเสพซ้ำความสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการของ Chi et al.[10] ที่ระบุว่า การเชื่อมโยงการดูแลเบื้องต้น การรักษาเฉพาะทาง และบริการจิตเวชเข้าด้วยกัน ส่งผลดีต่อผลลัพธ์การรักษาระยะยาว เช่นเดียวกับ Krawczyk et al.[11] ที่ยืนยันว่า การนัดหมายกับผู้ให้บริการในชุมชนล่วงหน้าก่อนปล่อยตัวผู้ป่วยเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเปลี่ยนผ่านการรักษาจากการดูแลเฉียบพลันไปสู่ชุมชน อย่างไรก็ดี ผลการวิจัยนี้ยังชี้ให้เห็นถึงช่องว่างสำคัญตรงกับ Krawczyk et al.[11] ในประเด็นเรื่องความหลากหลายและความไม่สม่ำเสมอของตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแล ซึ่งทำให้การประเมินประสิทธิภาพในภาพรวมทำได้ยาก

ในมิติความท้าทายด้านทรัพยากรและภาระงาน ผลการศึกษานี้สอดรับกับสถานการณ์สากล เช่นในช่วงการระบาดของ COVID-19 ที่พบการขาดแคลนยาและการหยุดชะงักของบริการบำบัดรักษาทั่วโลก[13] ยิ่งไปกว่านั้นข้อค้นพบล่าสุดยังแสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับ Knudsen & Roman[14] ที่พบว่ามีเพียงร้อยละ 22.6 ของโปรแกรมการรักษาที่ได้รับทุนรัฐเท่านั้นที่สามารถปรับมาใช้ยารักษาได้ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นทางออกเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับ Krawczyk et al.[12] ว่าการผ่อนคลายกฎระเบียบเชิงโครงสร้าง (เช่น ข้อกำหนดการรับยาเมทาโดน) สามารถเพิ่มความยืดหยุ่นในการบริการได้โดยไม่ส่งผลเสียต่อผลการรักษาหรือเพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วย

2) ประสิทธิผลและข้อจำกัดในการขับเคลื่อนรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) ข้อค้นจากการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุม 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองและจำแนกผู้ป่วย, กระบวนการบำบัดรักษา, การติดตามอย่างต่อเนื่อง, การกำหนดทีมผู้รับผิดชอบ และระบบการรายงานพร้อมประเมินผล เป็นกลไกเชิงระบบที่ช่วยยกระดับประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับข้อค้นพบเกี่ยวกับประโยชน์ของการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมมัลติวิชาชีพมี

ความสอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยของ Barros et al.[15] ที่ระบุว่าการส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพเบื้องต้น (Primary Health Care: APS) โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสุขภาพหลายสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มีส่วนสำคัญในการควบคุมโรคเรื้อรังและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ การดำเนินการในลักษณะดังกล่าวยังช่วยสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้สามารถเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที สอดคล้องกับข้อค้นพบในการศึกษากระบวนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในระบบสุขภาพเบื้องต้น[16] ที่ยืนยันว่าการติดตามดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องเป็นปัจจัยวิกฤตในการควบคุมโรคและเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษา

อย่างไรก็ตามในมิติการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริง ผลการศึกษานี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดเชิงระบบ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Wan et al. และ Fai et al.[17] ที่พบว่า อุปสรรคสำคัญของการขับเคลื่อนการดูแลต่อเนื่องให้ประสบความสำเร็จมักเกิดจากความไม่พร้อมด้านการพัฒนาศักยภาพและการฝึกอบรมบุคลากร รวมถึงขาดการบูรณาการนโยบายสาธารณสุขในระดับปฏิบัติการอย่างเป็นรูปธรรม

3) การประเมินผลเชิงประจักษ์ และปัจจัยวิกฤตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การประเมินผลรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าประสบความสำเร็จในเชิงประจักษ์อย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง คิดเป็นอัตราความสำเร็จสูงถึงร้อยละ 87.29 ด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยนอกด้วยโปรแกรมกาย จิตสังคม บำบัด พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการและสภาวะจิตสังคมบำบัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.40 เป็นร้อยละ 64.70 ขณะที่การดำเนินงานของศูนย์มินิธัญญารักษ์ในพื้นที่ 2 แห่ง (ขนาด 40 เตียง) สามารถรองรับผู้ป่วยระยะกลางได้ถึง 352 ราย โดยมีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 54.92 นอกจากนี้ รูปแบบดังกล่าวยังได้รับ การประเมินคุณภาพมาตรฐานจากผู้เชี่ยวชาญในระดับมากที่สุด รวมถึงได้รับความพึงพอใจจากผู้ป่วยและญาติในระดับมาก ในทำนองเดียวกับข้อค้นพบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมแบบผู้ป่วยนอกและการขยายบริการในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ivana et al.[18] ใน North Sumatra ที่พบว่าโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยนอกส่งผลเชิงบวกอย่างครอบคลุม ทั้งในมิติสุขภาพกาย สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย

อย่างไรก็ดี ผลการวิจัยสะท้อนประเด็นสำคัญว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Erliyani et al.[19] ที่ระบุว่า การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำเป็นหัวใจสำคัญของโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูที่ต้องอาศัยการตอบสนองต่อความต้องการทางจิตวิทยา และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lestari et al.[20] รวมถึง Anqing[21] ที่เน้นย้ำตรงกันว่า "แรงสนับสนุนจากครอบครัว สังคม และทักษะการเผชิญปัญหาส่วนบุคคล" เป็นปัจจัยวิกฤตในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) และลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยในระยะยาว

จากข้อค้นพบและการอภิปรายข้างต้นสรุปได้ว่า รูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติดรวมถึงการดำเนินงานของศูนย์มินิธัญญารักษ์ที่พัฒนาขึ้นมีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพสูงในเชิงโครงสร้างและการให้บริการทางการแพทย์ช่วยปิดช่องว่างเรื่องรอยต่อการดูแลและการรายงานผลได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตาม เพื่อยกระดับผลลัพธ์จากการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยจากระดับ "ปานกลาง" ไปสู่ระดับ "สูง" และแก้ปัญหาอุปสรรคเรื่องภาระงานบุคลากร ในระยะต่อไปควรมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลที่มีความยืดหยุ่น (Flexible & Adaptive Care System) การประยุกต์ใช้

เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อลดภาระงาน และการเน้นหนักกิจกรรมด้านจิตวิทยาโดยดึงครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (Family & Social Support Integration) เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันในการป้องกันการเสพซ้ำได้อย่างยั่งยืนในบริบทจริงของพื้นที่ ตลอดจนมีการพัฒนาอาชีพเพื่อให้อยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้ในเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ ควรนำข้อค้นพบเกี่ยวกับปัญหาความไม่สมดุลของภาระงานไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการเสนอปรับเพิ่มกรอบอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดในระดับพื้นที่ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน พร้อมจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมติดตามดูแลให้สอดคล้องกับภาระงานจริง ควบคู่กับการพัฒนาระบบสารสนเทศและการรายงานผล (เช่น บสต. หรือ BSM 5) ให้มีความยืดหยุ่น ลดความซ้ำซ้อนของการกรอกข้อมูล และเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างทีมการแพทย์กับภาคีเครือข่ายทางสังคมในระดับพื้นที่แบบไร้รอยต่อ ส่วนในเชิงปฏิบัติการเนื่องจากผลการประเมินพบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยในการป้องกันการเสพซ้ำยังอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรมุ่งเน้นการเพิ่มความเข้มข้นของโปรแกรมกาย จิตสังคมบำบัดโดยเน้นกิจกรรมฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด ร่วมกับการดึงครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมหลักในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย นอกจากนี้ ควรนำรูปแบบและกลไกการบริหารจัดการศูนย์มินิธัญญารักษ์ที่ประสบความสำเร็จไปใช้เป็นต้นแบบในการขยายบริการรองรับผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่อื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในระยะต่อไปควรมุ่งเน้นการศึกษาวิจัยเชิงติดตามผลลัพธ์ระยะยาว (Longitudinal Study) ที่มากกว่า 1 ปี เพื่อติดตามอัตราการเสพซ้ำที่แท้จริง ประสิทธิผลของการฟื้นตัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในเชิงลึกอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการออกแบบการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (Experimental/RCT Study) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนากับการดูแลแบบปกติ อันจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือเชิงวิชาการในระดับสากล นอกจากนี้ ควรมีการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Economic Evaluation) เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนและความคุ้มค่าของรูปแบบการดูแลและศูนย์มินิธัญญารักษ์ สำหรับใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในการจัดสรรงบประมาณระดับประเทศ ตลอดจนการนำรูปแบบการดูแลทวิภาคีและโครงสร้าง 5 ขั้นตอนไปทดลองปรับใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางสังคมและทรัพยากรแตกต่างกันเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผลเชิงนโยบายในภาพรวมของประเทศอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1.United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).(2022). World Drug Report 2022. Vienna: United Nations; 2022.

2.กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานสรุปสถานการณ์ผู้รับการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทยผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

3.ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.(2567). แผนปฏิบัติการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.

4.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2567). อัตราป่วยรายใหม่ของความผิดปกติและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารเสพติดในคนไทย ปี พ.ศ. 2566–2567. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.

5.สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 4.(2566). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. ขอนแก่น: สำนักงาน ป.ป.ส. ภาค 4; 2566.

6.สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8.(2567). รายงานการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขายาเสพติดและสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 8 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. อุดรธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8; 2567.

7.กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู.(2563). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2/2564: สรุปผลการดำเนินงานการรักษาผู้ติดยาเสพติดปีงบประมาณ พ.ศ. 2563–2564. หนองบัวลำภู: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู; 2563.

8.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู.(2568). สรุปผลการดำเนินงานยาเสพติด และการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา (Retention Rate) จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. หนองบัวลำภู: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู; 2568.

9. Best JW.(1981). Research in education. 4th ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1981.

10. McMillan JH, Schumacher S.(2001). Research in education: A conceptual introduction. 5th ed. New York: Longman; 2001.

11.Chi, F. W., Parthasarathy, S., Mertens, J. R., & Weisner, C.(2011). Continuing Care and Long- Term Substance Use Outcomes in Managed Care: Early Evidence for a Primary Care-Based Model. Psychiatric Services.2011;62(10):1194–1200. https://doi.org/10.1176/PS.62.10.PSS6210_1194

12.Krawczyk, N., Rivera, B., Chang, J., Grivel, M. M., Chen, Y.-H., Nagappala, S., Englander, H., & McNeely, J.(2023). Strategies to support substance use disorder care transitions from acute-care to community-based settings: a scoping review and typology. Addiction Science & Clinical Practice.2023;18(1). https://doi.org/10.1186/s13722-023-00422-w

13.Radfar, S. R., Radfar, S. R., De Jong, C. A. J., Farhoudian, A., Ebrahimi, M., Rafei, P., Vahidi, M., Yunesian, M., Kouimtsidis, C., Arunogiri, S., Massah, O., Deylamizadeh, A.,Brady, K. T., Busse, A., Potenza, M. N., Ekhtiari, H., & Baldacchino, A. (2021). Reorganization of Substance Use Treatment and Harm Reduction Services During the COVID-19 Pandemic: A Global Survey. Frontiers in Psychiatry, 12, 639393. https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.639393

14.Knudsen, H. K., & Roman, P.M. (2014). The Transition to Medication Adoption in Publicly Funded Substance Use Disorder Treatment Programs: Organizational Structure, Culture, and Resources. Journal of Studies on Alcohol and Drugs.2014;75(3):476–85. https://doi.org/10.15288/JSAD.2014.75.476

15.Barros, L. R. P., Machado, M. F. T. P., Canal, J. G., Souza, B. S. C. de, Barros, L. R. P., Machado,M. F. T. P., Canal, J. G., & Souza, B. S. C. de.(2025). Atenção primária à saúde, continuidade do cuidado e os impactos no manejo de doenças crônicas: Uma revisão de literatura.Fisioterapia Brasil.2025: 26(5):2689–2701. https://doi.org/10.62827/fb.v26i5.1105

16.Follow-up actions in the treatment of tuberculosis cases in primary care: Scoping Review. (2022). https://doi.org/10.17605/osf.io/j7sfy

17.Wan, E. Y. F., Chin, W. Y., & Lam, C. L. K.(2021). Additional file 1 of Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review;2021. https://doi.org/10.6084/m9.figshare.14905885.v1

18.Ivana, C. L., Nababan, D., & Martina, S. E.(2023). The Effect of Outpatient Rehabilitation Program on the Quality of Life of Drug Abuse Patients in the National Narcotics Agency of North Sumatra Province in 2023. Formosa Journal of Applied Sciences.2024;3(10): 4279–4288. https://doi.org/10.55927/fjas.v3i10.11840

Erliyani, N., Sriatmi, A., & Adi, M. S.(2024). The Implementation of Drug Abuse Rehabilitation to Prevent Relapse: A Systematic Literature Review;2024. https://doi.org/10.1051/bioconf/202413300043/pdf

20.Lestari, A., Suyatna, I. N., & Aryani, L. N. A.(2025). Drug Users' Resilience During Rehabilitation is Strengthened Through Family Support, Personal Coping Skills, and Structured Programs Offering Diverse Therapeutic Interventions. Indonesian Journal Of Global Health Research. 2025;7(6):209–220. https://doi.org/10.37287/ijghr.v7i6.305

21.SUN, A. (n.d.). About the establishing of drug detoxification and rehabilitation model with interactive, continuous and comprehensive support. https://doi.org/10.13936/j.cnki.cjdd1992.2011.02.007