การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

จิรภา ศิริบาล,พ.ย.บ*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 50 คน กำหนดจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายผู้ให้บริการผู้เกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 20 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) ประวัติการใช้ยาเสพติดและ 3) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ทั้งฉบับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) วางแผนการดำเนินงาน 3) ปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยยาเสพติด 4) ร่วมติดตามและประเมินผล และ 5) การดูแลระยะยาวหลังการรักษา หลังเข้าร่วมกิจกรรม ปริมาณการเสพยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดลดต่ำลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จาก ($\bar{x}\pm SD=11.90\pm5.06$) เป็น ($\bar{x}\pm SD=5.25\pm1.61$) และจากการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value <0.05)

สรุป การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี เพิ่มมากกว่าก่อนการพัฒนา

คำสำคัญ : พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม, ผู้ใช้ยาเสพติด, คุณภาพชีวิต

---

*โรงพยาบาลกุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

The Development of a Care Model for drug user in Amphoe KutChap, Udonthani Province

Jirapa Siribal,B.N.S.*

Abstract

This action research The objective is to develop a model for caring for drug addicts with community participation. In the area of Kut Chap District Udon Thani Province The sample group was 50 drug patients determined from a ready-made computer program and a multidisciplinary team. A network of 20 service providers involved in the care of drug patients. Research tools include 1) a personal information questionnaire, 2) history of drug use**,** and 3) World Health Organization quality of life indicators, Thai version. The reliability value of the entire questionnaire was 0.93 Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics include paired t-test.

The results of the study found that the community-based model of caring for drug addicts was involved in Kut Chap District. Udon Thani Province consists of 5 steps: 1) creating family and community participation, 2) planning operations, 3) treating drug patients**,** 4) participating in monitoring and evaluation, and 5) long-term care after treatment. After participating in the activity The amount of drug use among drug patients decreased compared to before participating in the activity. Statistically significant ($p<0.001$) from ($\bar{x}\pm SD=11.90\pm5.06$) to ($\bar{x}\pm SD=5.25\pm1.61$) and from comparing health status and health behavior before and after participating in the activity. Quality of life regarding physical health Mental and spiritual Social relations and environmental There is a difference. Statistically significant (p value <0.05)

Summary: Development of a model for community-based drug patient care in Kuchap District. Udon Thani Province, this time has affected the quality of life of drug addicts in the area of Kut Chap District. Udon Thani Province Add more than before development

Keywords: Develop participation models, drug users, quality of life

---

*Kut Chap Hospital, Kut Chap District, Udon Thani Province

บทนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดยาเสพติดมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี พบผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งคาดการมีประชากรทั่วโลกที่เสพยาเสพติดประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก ในช่วงอายุ 15 - 64 ปี ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยาเสพติดที่พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ กลุ่มแอมเฟตามีน(ATS: Amphetamine - Type Stimulants) โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีน ที่มีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา พื้นที่ที่มีการตรวจยึดเมทแอมเฟตามีนได้มากที่สุด คือ ทวีปอเมริกาเหนือ ทวีปเอเชียตะวันออก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สถานการณ์ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า การผลิต/การค้าเมทแอมเฟตามีนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ยังคงมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[(2)]

ในประเทศไทยนั้นสถานการณ์ยาเสพติดของยังไม่ลดระดับความรุนแรงลง อันเป็นผลมาจากการขยายตัวของการผลิตยาเสพติดในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา กลุ่มขบวนการค้ายาเสพติดยังมีการลักลอบลำเรียงนำยาเสพติดจำนวนมากเข้ามายังประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการจับกุมยาเสพติดได้จำนวนมากโดยเฉพาะยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ (ยาบ้าและไอซ์) สถานการณ์การแพร่ระบาดยาเสพติดมีแนวโน้มแพร่ระบาดมากขึ้นตามการขับเคลื่อนของอุปทาน (Supply) จากการผลิตยาเสพติดนอกประเทศ ปริมาณยาเสพติดที่มีการลักลอบนำเข้าเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ยาเสพติดกระจายไปยังพื้นที่ต่างๆของประเทศมากขึ้นและด้วยกลยุทธ์การค้าของกลุ่มนักค้ายาเสพติดที่ทำ ให้ยาเสพติดมีราคาที่ถูกลง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการใช้ยาเสพติดในประเทศ ผู้เสพรายใหม่เข้าสู่วงจรยาเสพติดมากขึ้น จากข้อมูลผู้เข้าบำบัดรักษาที่เข้าสู่ระบบจะพบสัดส่วนผู้เสพรายใหม่ร้อยละ 70.34 ไม่นับรวมผู้เสพจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา หลบซ่อนไม่แสดงตัว จนเกิดภาวะการเสพติดซ้ำซึ่งส่งผลต่ออาการทางจิตเวชจากยาเสพติด ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด คือ ยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน ร้อยละ 79.2 รองลงมา คือ ไอซ์ ร้อยละ 8.3 กัญชา ร้อยละ 4.4 และเฮโรอีน ร้อยละ 3.3 สำหรับยาเสพติดที่ต้องเฝ้าระวัง คือ ไอซ์ พบการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นและเฮโรอีน พบการแพร่ระบาดในกลุ่มเด็กและเยาวชนในบางพื้นที่นอกจากนี้ยังเริ่มพบการใช้ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ด้านการบำบัดรักษายาเสพติดมีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 155,500 ราย เพศชาย ร้อยละ 89.66 กลุ่มอายุของผู้เข้าบำบัดทั้งหมดส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 18.24 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 17.01 กลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 15.29 และกลุ่มอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 13.78 ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 63.61 รองลงมา คือ ผู้ติด ร้อยละ 31.99 และผู้ใช้ ร้อยละ 4.40 ปี 2563-2565 อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 224 ราย, 218 รายและ 196 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง 4 เดือน พร้อมได้รับการติดตามเฝ้าระวังจนครบ 1 ปี ร้อยละ 64.02, 19.03 และ54.02 ตามลำดับ และพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษาไม่ครบตามโปรแกรม และติดตามไม่ได้ ร้อยละ 47.02,111.86 และ 50.79 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุที่ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาไม่ครบตามโปรแกรมนั้น อาจมาจาก

กระบวนการบำบัดรักษา กฎระเบียบ รวมถึงสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ไม่เอื้ออำนวยต่อผู้ป่วยยาเสพติด ส่งผลให้การเข้ารับการบำบัดรักษาไม่ครบโปรแกรมก็เป็นได้

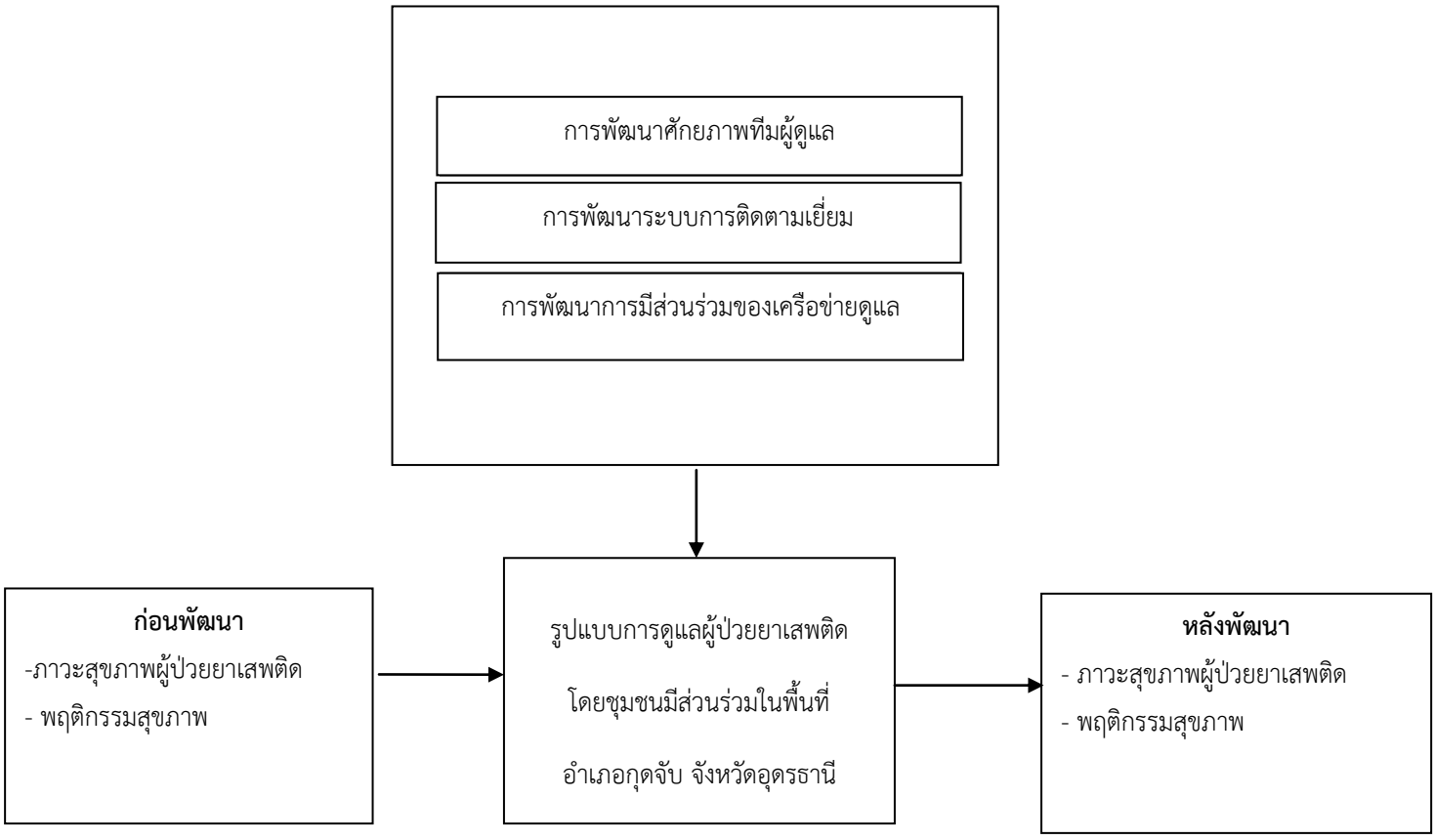
ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ เพื่อทราบข้อมูลและได้แนวทางการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่ดีและเหมาะสม โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและเฝ้าระวังผู้ป่วยยาเสพติด ส่งผลให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดครบตามโปรแกรมอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น **ตัวแปรตาม**



วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

สถานที่ศึกษา ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

ประชากรศึกษา ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (1) ผู้ใช้ยาเสพติดอายุ 18 ปีขึ้นไป (2) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด การได้ยินหรือการมองเห็น และ (3) สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน กำหนดขนาดจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการบำบัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF - THAI)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ที่มีประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความชัดเจนความครอบคลุมและความตรงกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัยและนำข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข

2. ความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดมีคุณสมบัติคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficients) ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Paired-Samples T Test เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาเสพติดก่อนและหลังพัฒนา

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 12766 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2566

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี มีองค์ประกอบ ดังนี้

1.1 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ เพื่อให้ชุมชนและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติด มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน และเกิดภาคีเครือข่ายการดำเนินงานในการป้องกันและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติด

1.2 หลักการของรูปแบบ ดำเนินงานภายใต้หลักการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและเครือข่ายการดำเนินงาน

1.3 ระบบและกลไกการดำเนินงานของรูปแบบ ประกอบด้วย

1.3.1 ระบบการป้องกันการติดยาเสพติด เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันและส่งเสริมนิเวศสังคมชุมชนและครอบครัวแบบมีส่วนร่วม

1.3.2 ระบบการดูแลรักษาผู้ติดยาเสพติด เป็นระบบการรักษาโดยครอบครัวและชุมชนบำบัดแบบมีส่วนร่วม ด้วยการสมัครใจบำบัด ฟื้นฟู และติดตาม

1.3.3 กลไกการดำเนินงานของรูปแบบ ประกอบด้วย คณะกรรมการป้องกันและรักษายาเสพติดชุมชนที่คัดเลือกจากทุกภาคส่วนในสัดส่วนที่เน้นครอบครัวและองค์กรชุมชนเป็นหลัก ประกอบด้วยผู้นำชุมชน ตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติด ตัวแทนภาคท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

ขั้นตอนของรูปแบบ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้กระบวนการร่วมคิด : ดำเนินการโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ที่มีกิจกรรมในการทำความเข้าใจปัญหา กำหนดวิธีการแก้ปัญหาและกิจกรรมในการป้องกันและดูแลผู้ใช้ยาเสพติด เป็นการเสริมสร้างศักยภาพและสอดคล้องกับชุมชนที่ง่ายต่อการเข้าถึง คัดเลือกคณะกรรมการระดับชุมชนเพื่อเป็นองค์กรในการบริหารจัดการ ประสานงาน กำกับการดำเนินงานที่สอดคล้องกับวิธีการแก้ปัญหา ทั้งนี้ต้องสมัครใจและเสียสละเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนของการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการร่วมตัดสินใจในการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมของวิธีการแก้ปัญหาในการป้องกันและดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการให้ได้แนวปฏิบัติในการดำเนินงาน คณะกรรมการร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขเชิญชวน คัดกรองผู้ติดยาเสพติดและครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันและดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่อำเภอกุดจับ

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการรักษาผู้เสพยาเสพติด โดยใช้กระบวนการร่วมปฏิบัติที่เริ่มด้วยการจัดให้ความรู้ความเข้าใจในการบำบัดรักษาและการป้องกันปัญหายาเสพติด โครงสร้างของคณะกรรมการป้องกันและรักษายาเสพติดของชุมชนเพื่อการเข้าถึงกระบวนการรักษาและการให้คำปรึกษาที่เฉพาะเจาะจงแต่ละครอบครัวและบุคคล ปรับทัศนคติของครับครัวและชุมชน ผ่านทางโครงการอบรมให้ความรู้การบำบัดรักษาและการป้องกันปัญหายาเสพติดระดับครอบครัวและชุมชน จากนั้นนำเข้าสู่กระบวนการรักษาตามแนวปฏิบัติที่ยืดหยุ่นตามสิทธิที่จะเปิดเผยตัวตนหรือไม่เปิดเผยตัวตนก็ได้ โดยแทรกแซงชีวิตประจำวันให้น้อยที่สุดจนสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมและหยุดใช้ยาได้ในที่สุด

ขั้นตอนที่ 4 ร่วมติดตามและประเมินผล โดยผู้ติดยาเสพติดและครอบครัวร่วมติดตามและประเมินผลการรักษาของผู้ติดยาเสพติดให้ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจและ

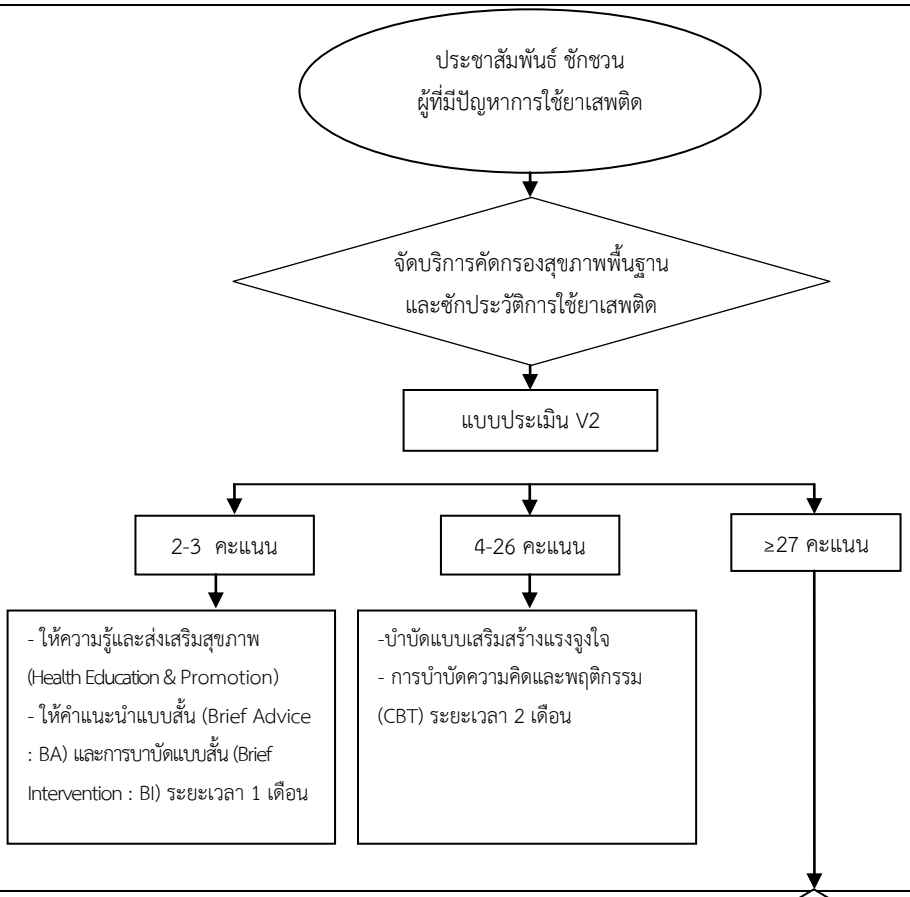
เสริมพลังซึ่งกันและกันในเครือข่ายผู้เข้าร่วมรักษาและครอบครัว รวมถึงเสริมพลังการมีส่วนร่วมและร่วมประเมินความรู้ความเข้าใจที่มีต่อการกิจกรรมป้องกันและการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เสนอประเด็นเพิ่มเติมแก้ไขข้อบกพร่องและเสริมจุดแข็งของกระบวนการเพื่อการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น

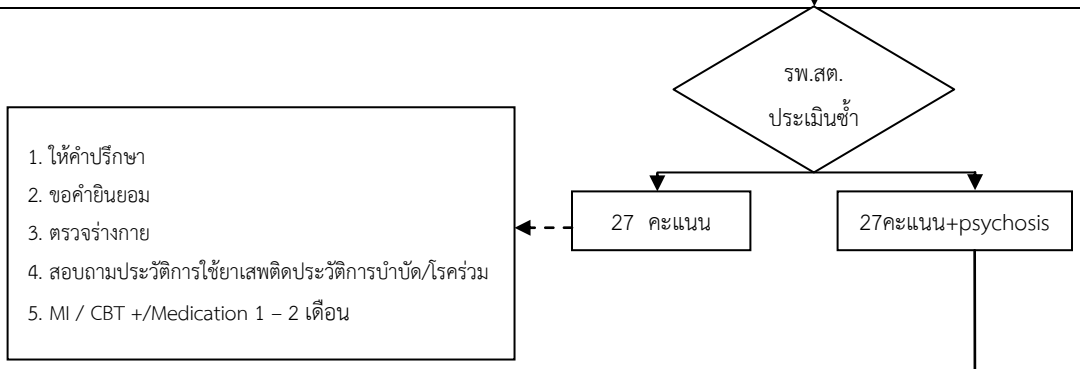
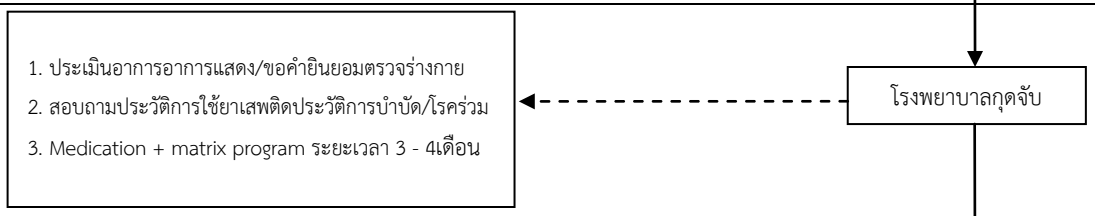
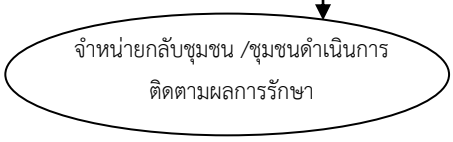
ขั้นตอนที่ 5 ดูแลระยะยาวหลังการบำบัด โดยใช้กระบวนการร่วมรับผลประโยชน์ การให้อภัย ให้โอกาส ให้ความรักและดูแล รวมถึงคณะกรรมการ ครอบครัว และชุมชนร่วมติดตาม ดูแลช่วยเหลือในด้านอาชีพ การศึกษา และให้โอกาสทางสังคมแก่ผู้ผ่านการรักษาอย่างต่อเนื่องตามที่ผู้ผ่านการรักษาต้องการ รวมถึงประคับประคองให้ปลอดภัยจากปัญหายาเสพติดในอนาคตทั้งของผู้รักษาและบุคคลในครอบครัวที่อยู่ในช่วงวัยอ่อนไหวต่อการติดยาเสพติด

1.4 การประเมินผลการดำเนินงาน ประเมินผลจากจำนวนครอบครัว และผู้เสพยาเสพติดที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติดของรูปแบบและผู้ติดยาที่ผ่านการบำบัด จำนวนครอบครัวที่หยุดเข้าร่วมกิจกรรมกลางครัน จำนวนผู้เสพหน้าใหม่ ความคิดเห็นของครอบครัวและผู้เสพยาเสพติดที่มีต่อกิจกรรมดำเนินการ ความพึงพอใจ ที่มีต่อกิจกรรมตามรูปแบบ

1.5 เงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จ คณะกรรมการที่มีความสมัครใจและเสียสละเวลาในการดำเนินงานมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการดำเนินงานนำมาซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดนำไปสู่การเห็นความสำคัญของการป้องกันและการดูแลผู้ติดยาเสพติดเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

1.6 คู่มือการใช้รูปแบบ ประกอบด้วยรายละเอียดของวัตถุประสงค์ หลักการ ระบบกลไกกาดำเนินงานที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่อธิบายให้เข้าใจได้ง่ายทั้ง 5 ขั้นตอน

<table>
<tr><th>กิจกรรม</th><th>ผู้รับผิดชอบ</th><th>เอกสาร</th></tr>
<tr><td rowspan="2"> 
</td><td>- ผู้นำชุมชน
ประกอบด้วย กำนัน
ผู้ใหญ่บ้าน และ
คณะกรรมการหมู่บ้าน
-อสม.</td><td></td></tr>
<tr><td>-ผู้นำชุมชน
ประกอบด้วย กำนัน
ผู้ใหญ่บ้าน และ
คณะกรรมการหมู่บ้าน
-อสม.</td><td>- แบบคัดกรองผู้เสพ
สารเสพติดในระดับ
ชุมชน (V2)

- คู่มือการใหh
คำแนะนำ</td></tr>
<tr><td> 
</td><td>-เจ้าหน้าที่รพ.สต</td><td>- แบบประเมิน v2
- แบบประเมิน OAS
- แบบประเมินPHQ9
- คู่มือการบำบัด</td></tr>
<tr><td> 
</td><td>- เจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลกุดจับ</td><td>- คู่มือการบำบัด
- แบบประเมินต่างๆ</td></tr>
<tr><td> 
</td><td>- องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น
- ผู้นำชุมชน
- อสม.</td><td>- การเยี่ยมบ้าน
- เอกสารและแบบ
ราย
งานการติดตามผล</td></tr>
</table>

2. คุณลักษณะตัวอย่าง

ผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการดูแลโดยชุมชนมีส่วนร่วมส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 84.3 เพศหญิง ร้อยละ13.7 มีอายุเฉลี่ย 24.16 $\pm$ 9.30 ร้อยละ 64.0 สถานภาพโสด ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 34.0 ว่างงาน ร้อยละ30 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 24.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	43	84.3
หญิง	7	13.7
อายุ (เฉลี่ย)	24.16 $\pm$ 9.30	
สถานภาพสมรส		
โสด	32	64.0
คู่	13	26.0
แยกกันอยู่	5	10.0
ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเรียน	1	2.0
ประถมศึกษา	15	30.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	17	34.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	10.0
อนุปริญญา	9	18.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	6.0
อาชีพหลัก		
นักเรียน/นักศึกษา	10	20.0
ค้าขาย	3	6.0
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	3	6.0
รับจ้าง	12	24.0
เกษตรกรรม	7	14.0
ว่างงาน	15	30.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 50)(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน		
บิดาและมารดา	32	64.0
บิดา	1	2.0
มารดา	4	8.0
คู่สมรส	6	12.0
ตาและยาย	7	14.0

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม เป็นผู้ป่วยเสพติดยาเสพติด ร้อยละ 100 ร้อยละ 58.0 เสพยาเสพติดมากกว่า 5 ปีขึ้นไป สาเหตุสำคัญที่เริ่มใช้ยาเสพติด คือ อยากลอง ร้อยละ 92.0 รองลงมา คือเพื่อนชวน ร้อยละ 8.0 ปริมาณการใช้สารเสพติด/สัปดาห์ มากกว่า 5 เม็ด/สัปดาห์ ร้อยละ 62.0 จำนวนครั้งที่ใช้ยาเสพติด/สัปดาห์ พบว่า ส่วนใหญ่ เสพยาเสพติดทุกวัน ร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ 2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 28.0 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 28.0 และ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 18.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประวัติเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด (n = 50)

การใช้ยาเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
ยาเสพติดที่ใช้เป็นครั้งแรก		
ยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน	50	100
อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน (เฉลี่ย)	18.88 $\pm$ 7.43	
ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน ถึงปัจจุบัน		
< 5 ปี	21	42.0
≥ 5 ปี ขึ้นไป	29	58.0
สาเหตุสำคัญที่เริ่มใช้ยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน		
เพื่อนชวน	4	8.0
อยากลอง	46	92.0
ยาเสพติดที่ใช้ในปัจจุบัน		
ยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน	50	100
ปริมาณการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน/สัปดาห์		
≤ 5 เม็ด / สัปดาห์	19	38.0
> 5 เม็ด / สัปดาห์	31	62.0

ตารางที่ 2 ประวัติเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด (n = 50) (ต่อ)

การใช้ยาเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่ใช้ยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน/สัปดาห์		
1 ครั้ง/สัปดาห์	9	18.0
2 ครั้ง/สัปดาห์	14	28.0
3 ครั้ง/สัปดาห์	7	14.0
ทุกวัน	20	40.0
การใช้ร่วมกับยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนชนิดอื่น		
ไม่ใช้	42	84.0
ใช้	8	16.0

ปริมาณการเสพยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรม ปริมาณการเสพยาเฉลี่ยลดลงจาก 11.90 เม็ด (sd=5.06) เป็น 5.25 เม็ด (sd=1.61) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่าง ปริมาณการเสพยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (n = 50)

ปริมาณการเสพยาเสพติด	Mean	SD	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	11.90	5.06	5.52	< 0.001*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	5.25	1.61		

* กำหนดนัยสำคัญ <0.05, ใช้สถิติ Paired T-Test

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบชุมชนมีส่วนร่วม

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบชุมชนมีส่วนร่วมโดยวัดจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย(WHOQOL – BREF – THAI) แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตแยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ 4 ด้าน ดังนี้

ด้านสุขภาพกาย ให้คะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วง 7 – 35 คะแนน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการศึกษาอยู่ในระดับดี

ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ มีค่าเฉลี่ย ให้คะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วง 6 – 30 คะแนน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีค่าเฉลี่ย ให้คะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วง 3 – 15 คะแนน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย ให้คะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วง 8 – 40 คะแนน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนคุณภาพชีวิต 4 ด้านของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบชุมชนมีส่วนร่วม

คุณภาพชีวิต	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			หลังเข้าร่วมกิจกรรม		
	$\bar{x}$±SD	Min:Max	ระดับ	$\bar{x}$±SD	Min:Max	ระดับ
1.ด้านสุขภาพกาย	27.28 ± 1.88	22.00/33.00	ดี	29.60 ± 1.81	25.00/33.00	ดี
2.ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	20.10 ± 1.92	16.00/24.00	ปานกลาง	20.64 ± 2.10	17.00/24.00	ปานกลาง
3.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.64 ± 1.00	7.00/11.00	ปานกลาง	10.18 ± 1.08	8.00/12.00	ปานกลาง
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	25.04 ± 2.71	19.00/30.00	ปานกลาง	25.62 ± 3.10	19.00/30.00	ปานกลาง

เมื่อทดสอบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเข้าร่วมการดูแลตามรูปแบบชุมชนมีส่วนร่วมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 85.06 (sd = 5.24) เป็น 88.42 (sd = 6.58) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การทดสอบความแตกต่างคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมการดูแลรูปแบบชุมชนมีส่วนร่วม (n = 50)

ปริมาณการเสพยาเสพติด	Mean	SD	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	85.06	5.24	4.26	< 0.001*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	88.42	6.58		

* กำหนดนัยสำคัญ <0.05, ใช้สถิติ Paired T-Test

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการพัฒนา ได้คู่มือรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการป้องกันและรักษายาเสพติดชุมชนที่คัดเลือกจากทุกภาคส่วน มีขั้นตอนของรูปแบบ 5 ขั้นตอน คือ 1)สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการร่วมคิด 2)วางแผนการดำเนินงานด้วยการร่วมตัดสินใจของครอบครัวและชุมชนที่เป็นการเสริมสร้างศักยภาพและสอดคล้องกับชุมชนที่ง่ายต่อการเข้าถึง 3)ปฏิบัติการรักษาผู้ติดยาเสพติดตามแนวปฏิบัติที่ยืดหยุ่นตามสิทธิที่จะเปิดเผยตัวตนหรือไม่เปิดเผยตัวตนก็ได้ 4)ร่วมติดตามและประเมินผลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กำลังใจเสริมพลังเครือข่ายผู้เข้าร่วมรักษาและครอบครัว แก้ไขข้อบกพร่องและเสริมจุดแข็งของกระบวนการเพื่อการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น 5)ดูแลระยะยาวหลังการรักษา โดยใช้กระบวนการร่วมรับผลประโยชน์ ด้วยการให้อภัย ให้โอกาสให้ความรักและดูแล ภายใต้เงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จจากคณะกรรมการที่สมัครใจและเสียสละ

เวลาในการดำเนินงาน โดยมีคู่มือการใช้รูปแบบที่มีรายละเอียดของรูปแบบที่ชัดเจนที่เข้าใจได้ง่าย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์และคณะ[5] เรื่อง รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1)แนวคิดรูปแบบ 2)หลักการรูปแบบ 3)เป้าหมายรูปแบบ 4)กระบวนการรูปแบบ และ5)การประเมินผลรูปแบบ มีความเหมาะสมในระดับสูง

2. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยยาเสพติดลดปริมาณการเสพยาเสพติดลดต่ำลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จาก 11.90 เม็ด (SD=5.06) เป็น 5.25 เม็ด (SD=1.61) และจากการเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) เนื่องจากรูปแบบนี้ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน จึงทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการ และสามารถแสดงออกในการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของพาตีเมาะ นิมา และคณะ[8] เรื่อง ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการเสพยาเสพติดของเยาวชนในชุมชนพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ หลังการปฏิบัติการสูงกว่าก่อนการปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ นฤมล มีนาและคณะ[6] เรื่อง ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในเด็กและเยาวชน ที่ได้รับการติดตามโดย สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนที่ศึกษาในด้านการมีส่วนร่วมที่ส่งผลให้ภายหลังการได้รับโปรแกรม เยาวชนมีการพัฒนาทักษะชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อันเป็นการศึกษาผลกระทบอีกด้านหนึ่งของการมีส่วนร่วม

ข้อสรุป การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี เพิ่มมากกว่าก่อนการพัฒนา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันและรักษายาเสพติดของชุมชนและครอบครัวที่สามารถพยากรณ์ถึงความยั่งยืนของการดำเนินงาน อันจะนำไปสู่การควบคุมหรือส่งเสริมปัจจัยที่ค้นพบให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ควรส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนและประชาชน เข้ามามีบทบาทในการรับรู้ปัญหาของชุมชนและตัดสินใจในการเลือกวิธีการแก้ไขและป้องกันปัญหาของชุมชนของตนเอง นั่นคือการสร้างความตระหนักรู้ของชุมชน

3. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมโดยการสร้างความตระหนักรู้ของปัญหาในชุมชนและเพื่อสร้างการยอมรับปัญหาว่าเป็นปัญหาของชุมชนที่ต้องดำเนินการแก้ไขด้วยชุมชนเองโดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ศึกษามีความสนใจการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติดดีขึ้น โดยให้เครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และควรศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยยาเสพติดเมื่อกลับสู่ชุมชนโดยให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น เพื่อป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วย

2. ควรพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสูงเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Smith, M.F., Sampling considerations in evaluating cooperative extension programs. Florida Cooperative Extension Service Bulletin PE-1. Institute of Food and Agricultural Sciences. University of Florida; 1983.
2. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2021: UNODC; 2021. antidrugnew.moph report 2021. [ออนไลน์] 2021 [cited 2023 Jan 25]. https://antidrugnew moph.go.th/
3. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ประกาศคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เรื่อง แผน ปราบปรามและบำบัดยาเสพติด ปี 2562. สำนักงาน ป.ป.ส.. ปฏิบัติการ; 2562
4. จินตนา สัตยาสัย,บรรณธิการ.เภสัชวิทยา เล่ม 2 ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทกลาง.พิมพ์ครั้งที่ 2 ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2549
5. ชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์, ยอดชาย สุวรรณวงษ์. รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2565;2(1):49-68.
6. นฤมล มีนา, วีระพร ศุทธากรณ์. ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตและการมีส่วนร่วม ของครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในเด็กและเยาวชนที่ได้รับ การติดตาม โดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. พยาบาลสาร. 2561;45(2):88-98.
7. นันทา ชัยพิชิตพันธ์ และ Nanta Chaipichitpan (2558). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
8. พาตีเมาะ นิมา, ลุฏฟีหะ ยีหมัด, รอซีดี เลิศอริยะพงษ์กุล. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพต่อ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการเสพยาเสพติดของเยาวชนในชุมชนพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2565;28(1):127-42.
9. พงศธร เนตราคม. เภสัชวิทยาของสารเสพติด ใน ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. พิชัย แสงชาญชัย พงศธร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล,บรรณาธิการ. เอกสารเผยแพร่สำนักงาน ป.ป.ส (2549 หน้า 72)
10. พิชัย แสงชาญชัย พงศธร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล (2549) ตำราจิตเวชศาสตร์ การติดสารเสพติด.เอกสารเผยแพร่สำนักงาน ปปส.; 2549
11. ระบบขอมูลการบำบัดรักษาและฟนฟูผูติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.), สืบค้น เมื่อวันที่ 31 กันยายน 2565 จาก https://antidrugnew.moph.go.th/
12. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2565 Regional Health Promotion การ Center 9 Journal Vol. 16 No. 2 May-August 2022 581 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนใน ป้องกัน และบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ