

การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญการบำบัดฟื้นฟู  
ผู้สูงอายุเสพติดในชุมชน อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์  
Development of Village Health Volunteer to Expert in Community  
Basetreatment and Rehabilitation, Satuek District, Buriram Province

นครินทร์ โสมาบุตร, พ.บ.\*

Nakharin Somaboot, M.D.\*

\* กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลสตึก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31150

\*Department of medicine, Satuek Hospital, Buri Ram Provincial Health, Buri Ram Province, Thailand, 31150

Corresponding author, E-mail address: mednakharin1@gmail.com

Received: 17 Mar 2023. Revised: 24 Mar 2023. Accepted: 21 Apr 2023

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจส่งผล  
ทั้งผู้เสพ ครอบครัวและชุมชน ผู้ปฏิบัติงานต้องมีความรู้และความเข้าใจใน วิธีการบำบัด  
ฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด
- วัตถุประสงค์** : เพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้เชี่ยวชาญการบำบัดฟื้นฟู  
ผู้สูงอายุเสพติดในชุมชนและพัฒนาเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยให้  
อัตราการคงอยู่ในการบำบัดรักษาฟื้นฟู 90 วัน ครบ
- วิธีการศึกษา** : การวิจัยเชิงปฏิบัติการในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสตึก  
จำนวน 30 คน นำมาพัฒนาเป็นผู้เชี่ยวชาญโดยมีการอบรมภาคทฤษฎี 4 ชั่วโมง  
ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินความรู้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป และภาคปฏิบัติการในชุมชน  
ต้องทำ 12 กิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูผู้เสพสารเสพติดในชุมชนโดยอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำหนดความเชี่ยวชาญคือ ดำเนินการ 12 กิจกรรม  
แล้วมีอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู 90 วัน ร้อยละ 80 ขึ้นไป และมีกลุ่มเป้าหมาย  
เป็นผู้สูงอายุเสพติดในชุมชนที่ผ่านประชาคมหมู่บ้านและสมัครใจเข้า รับการบำบัดฟื้นฟู  
ในชุมชน โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย  
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ผลการศึกษา** : พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 30 คน มีอายุเฉลี่ย  
48 ปี พบชายร้อยละ 36.6 หญิงร้อยละ 63.4 มีผลคะแนนก่อนเข้าอบรม เฉลี่ย  
ร้อยละ 49.6 และมีคะแนนหลังเข้าอบรมภาคทฤษฎีเฉลี่ย ร้อยละ 88.9 และดำเนินการ  
12 กิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูผู้เสพสารเสพติดในชุมชนร้อยละ 100 ในการ  
ศึกษารั้งนี้ มีผู้เข้าร่วมการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดในชุมชนจำนวน 18 ราย มีการใช้  
สารแอมเฟตามีนมากที่สุด และพบว่าไม่เคยเข้าบำบัดฟื้นฟูสารเสพติดมาก่อน ร้อยละ 88
- สรุป** : การทำกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูผู้เสพสารเสพติดในชุมชนโดยอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านครบ 12 กิจกรรม พบว่าเกิดภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วม  
ของชุมชนและผู้เสพติดมีอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู 90 วัน ร้อยละ 84.5  
และพบความสัมพันธ์ของช่วงคะแนนสอบภาคทฤษฎีที่สูงกับอัตราการคงอยู่ใน

การบำบัดฟื้นฟู 90 วันที่สูง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p= 0.69$ ) และพบความสัมพันธ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนมาก่อนกับอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู 90 วันที่สูงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.66$ )

**คำสำคัญ** : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บำบัดฟื้นฟูในชุมชน ยาเสพติด

## ABSTRACT

**Background** : The drug problem is an important issue affecting health, society, and the economy. Moreover, it impacts drug addicts, families, and communities. he practitioners should know and understand the drug rehabilitation methods for drug addicts.

**Objective** : Therefore, this study aimed to develop the public health volunteers of the village who are specialists in the rehabilitation of drug addicts in the community and to develop the cooperative network of the community in order to maintain the period of rehabilitation to be complete in 90 days.

**Methods** : This study was action research, studying 30 public health volunteers of the village in Satuek District. These volunteers were improved to be specialists by training with 4 hours of theoretical sessions. They must pass the assessment criteria of knowledge of over 80 percent and perform 12 activities in practice in the community in accordance with the rehabilitation program for drug addicts in the community performed by the public health volunteers of the village, The expertise level was determined as 12 activities operation with a rehabilitation rate of 90 days or more than 80 percent. The target group was drug users in the community who passed the village community voluntarily to undergo rehabilitation in the community. Data were analyzed using descriptive statistics, including numbers, percentages, means, and standard deviations.

**Results** : According to the study, it was found that samples, who are 30 public health volunteers in the village, had an average age of 48 years old; 36.6 percent of them were male, and 63.4 percent of them were female. Furthermore, the expertise level was having scores before training an average of 49.6 percent, and after training theoretical sessions an average of 88.9 percent and performed 12 activities in accordance with the rehabilitation program for drug addicts in the community at 100 percent. In this study, 18 participants used amphetamine at most. Moreover, it was found that 88 percent of them had never been in a rehabilitation program before.

**Conclusions** : According to the performance of all 12 activities under the rehabilitation program for drug addicts in the community by the public health volunteers in the community, it was found that there was a network of

community participation and drug users who were willing to participate had the rehabilitation rate at 90 days or 84.5 percent. In addition, it was found that the high scores in the theoretical sessions were associated with the high rehabilitation rate of 90 days but without statistical significance  $p = 0.69$ ). Also, the relationship between the public health volunteers of the village who had experience being in charge of the drug addicts in the community and the rehabilitation rate at 90 days was found to be high but without statistical significance ( $p = 0.66$ ).

**Keywords** : Village health volunteers, Rehabilitation in the Community, Drug.

## หลักการและเหตุผล

ปัญหาหายเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ทั้งผู้เสพ ครอบครัวและชุมชน ในประเทศไทยมีแนวโน้มจำนวนผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นซึ่งในแต่ละปีมีจำนวนประมาณ 1.4 ล้านคน ในด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด จึงต้องมุ่งเน้นการแก้ไขในเชิงสุขภาพ ผู้เสพต้องได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูให้สามารถลด ละ เลิกยาเสพติดได้<sup>(1)</sup> และในปัจจุบันผู้ปฏิบัติงานหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ต้องมีองค์ความรู้และความเข้าใจถึงสาเหตุปัจจัยของการติดยาเสพติด เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ ยึดหลักสิทธิมนุษยชน และรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูมีหลายรูปแบบ แต่ละพื้นที่จะใช้กลวิธีได้หลายรูปแบบ แต่การดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดที่ถือว่าได้ผล สอดคล้องกับสภาพปัญหา คือ การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Base Treatment and Rehabilitation)<sup>(2)</sup> ทำให้เกิดการดูแลผู้เสพยาเสพติดแบบองค์รวมซึ่งแตกต่างกันไปตามแต่บริบทและความซับซ้อน ซึ่งการแก้ไขปัญหานี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากพหุภาคีที่ไม่ใช่เพียงเจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาลอย่างเดียว และต้องอาศัยองค์ความรู้ ทักษะของบุคลากรอย่างมาก<sup>(3)</sup> และการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต้องมีข้อกำหนด โดยต้องตั้งอยู่ในชุมชน มีการเสริมสร้างอำนาจของชุมชน มีวิธีการด้านจิตอาสา และสังคมศาสตร์ เป็นศูนย์รักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ดูแลอย่างต่อเนื่อง บูรณาการเข้าสู่การบริการด้วยความสมัครใจ<sup>(4)</sup> โดยกำหนดหลักการของการบำบัดแบบมีส่วนร่วม คือ การให้บริการรักษาและเข้าถึงได้ง่าย มีระบบการตรวจคัดกรอง ประเมินและวางแผนการรักษา ต้องเน้นสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของมนุษย์ ต้องมี

ส่วนร่วมของชุมชน และกำหนดการรักษา การพัฒนาตามนโยบายและต้องให้บริการรักษาผู้เสพยาโดยวิธีปรับปรุงคุณภาพผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ<sup>(5)</sup>

สืบเนื่องจากการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการทำงานในลักษณะเดิม ต้องใช้อัตรากำลังแพทย์และพยาบาลด้านจิตเวชชุมชนมาก ทำให้ขาดอัตรากำลังในการทำงานในพื้นที่<sup>(6)</sup> จึงมีแนวคิดที่จะขยายขอบเขตเครือข่ายทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครูในพื้นที่ ผู้นำศาสนา สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล ร่วมทำงานแบบภาคีเครือข่ายและเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่รู้จักชุมชนเป็นอย่างดี เป็นผู้เชี่ยวชาญการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องได้รับการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเป็นผู้เชี่ยวชาญ สามารถทำการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้อัตรากำลังอยู่ในการบำบัดรักษาฟื้นฟู 90 วัน และระดมแกนนำคนสำคัญในพื้นที่เข้าร่วมทำงานเชิงระบบแบบพหุภาคีและสร้างความยั่งยืนของการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้<sup>(7)</sup>

โดยกำหนดแนวทางและขั้นตอนในการดำเนินการคัดเลือกพื้นที่ การเตรียมประสานเครือข่าย มีเวทีประชาคมแต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ และคัดกรองผู้เข้าบำบัดโดยใช้กิจกรรม modified matrix program<sup>(8)</sup> โดยปรับและประยุกต์เนื้อหาองค์ประกอบภายในโปรแกรม ภาย จิต สังคม บำบัด โดย Modified Matrix Program ได้กำหนดเกณฑ์ระยะเวลาในการบำบัดเบื้องต้น 90 วัน ดำเนินการในแต่ละกิจกรรมให้มีความ

เหมาะสมกับสภาพผู้บำบัด ดำเนินการในโปรแกรมบำบัดอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ นาน 90 วัน หลังจากนั้นจะติดตามผลจนครบ 1 ปี ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้เสพสารเสพติดของกรมสุขภาพจิต

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาที่มากพอและข้อมูลยังไม่ชัดเจน ทางผู้วิจัยจึงทำการศึกษาการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้เชี่ยวชาญการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดในชุมชน ให้ผู้เสพสามารถลด ละ เลิก การใช้สารเสพติด ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

## วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้เชี่ยวชาญการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดในชุมชน
2. เพื่อพัฒนาเครือข่ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลผู้เข้าบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดในชุมชนโดยให้อัตราการคงอยู่ในการบำบัดรักษาฟื้นฟู 90 วัน ครบ

## กรอบแนวคิด

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ครั้งนี้ มีที่มาจาก การบูรณาการแนวคิดในการใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community - Based Approach) เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการชุมชน ครอบครัว และสร้างการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำในการดูแล บำบัดติดตามและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน เริ่มจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาเสพติดและบริบทของชุมชนทำให้นำไปสู่การพัฒนาในรูปแบบผ่านกระบวนการ ประกอบด้วย 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (plan) 2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การติดตามสังเกตการณ์ (Observe) และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflex) โดยนำเอาข้อมูลผู้เสพเข้าร่วมและกำหนด 12 กิจกรรมในการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน และติดตาม 90 วัน ผ่านเครื่องชี้วัดแบบสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและข้อมูลผู้เสพสารเสพติดที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

## ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

ได้พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้เชี่ยวชาญวิชาการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดในชุมชนและนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้เสพสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งจะได้ข้อมูลเชิงปฏิบัติการใหม่ในการวางแผนพัฒนาการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน และได้ต้นแบบในการพัฒนาของ ทีมสหวิชาชีพและแกนนำในชุมชน ทำให้สามารถลด ละ เลิกยาเสพติดได้ เพื่อคืนคนดีสู่สังคมต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสตึกที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และไม่เป็นผู้หญิงที่กำลังตั้งครรภ์ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยแทนค่าสถิติที่คล้ายกันของ ศรีสุตา ลุนพุม<sup>๑)</sup> ศึกษากระบวนการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ได้จำนวนตัวอย่าง 30 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอาสาสมัคร Voluntary Selection อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเข้มแข็งและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 15 หมู่บ้านโดยเลือกหมู่บ้านละ 2 คน รวมจำนวน 30 คน และผู้สูงอายุเสพติดในชุมชนที่ผ่านประชาคมหมู่บ้านและสมัครใจเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน จำนวน 18 คน โดยมีระยะเวลาเก็บข้อมูล เดือนพฤษภาคม - ตุลาคม พ.ศ.2565

## การดำเนินการขั้นเตรียมการ

นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยทดสอบประเมินความรู้ก่อนอบรม และหลังอบรมความรู้ภาคทฤษฎี 4 ชั่วโมงประกอบด้วย 1.) ความรู้เรื่องการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดในชุมชน ยาเสพติดและกฎหมาย 1 ชั่วโมง 2.) ความรู้การให้คำแนะนำแบบสั้น การบำบัดแบบสั้น และแนวทางการติดตามช่วยเหลือ 1 ชั่วโมง 3.) การประเมินผู้ใช้ยาเสพติด การส่งต่อและกิจกรรมบำบัดในชุมชน 1 ชั่วโมง 4.) การฝึกปฏิบัติจำลอง 12 กิจกรรมและทดสอบความรู้ 1 ชั่วโมง ใช้แบบทดสอบประเมินความรู้หลังอบรมโดยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80

## การดำเนินการในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเตรียมชุมชนและทำประชาคมร่วมกับแกนนำหมู่บ้านเพื่อค้นหาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดและตรวจสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะและค้นหาผู้สมัครใจเข้าร่วมวิจัย หมู่บ้านละ 1-2 คน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน

ดำเนินกิจกรรมกลุ่มกับผู้สมัครใจเข้าบำบัดฟื้นฟูในชุมชน 1-2 คน ดำเนินกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ครั้งละ 3 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยติดตามผลดำเนินการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเมื่อครบ 12 กิจกรรมและวัดอัตราการคงอยู่ในระยะบำบัดฟื้นฟูใน 90 วัน ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูในชุมชน

## โปรแกรมบำบัดฟื้นฟูผู้เสพสารเสพติดในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ครั้งที่/สัปดาห์	กิจกรรมการบำบัด
1. การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice)	สร้างสัมพันธภาพ สร้างแรงจูงใจบำบัดและประเมินปัญหา
2. การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention)	กิจกรรมไครเอ่ย เพื่อค้นหาตัวตนในการบำบัด วางแผนเลิก
3. กิจกรรมรวมกลุ่ม	โทษพิษภัยยาเสพติด สมองติดยาและเส้นทางการเลิกยา
4. กิจกรรมรวมกลุ่ม	เทคนิคการหยุดความคิดและการจัดการตัวกระตุ้น
5. กิจกรรมรวมกลุ่ม	การสร้างความเข้มแข็งทางใจและป้องกันกลับไปเสพซ้ำ
6. กิจกรรมรวมกลุ่ม	ทักษะการแก้ปัญหา การจัดการอารมณ์อันตราย
7. กิจกรรมรวมกลุ่ม	การฟื้นฟูสัมพันธภาพครอบครัวและชุมชน
8. กิจกรรมรวมกลุ่ม	จิตอาสาพัฒนาและบำเพ็ญประโยชน์ในชุมชน
9. กิจกรรมรวมกลุ่ม	ชุมชนนำอยู่ สภาพแวดล้อมในชุมชน
10. กิจกรรมรวมกลุ่ม	กิจกรรม 3 ส (สวดมนต์ สมาธิ สันทนาการ) ธรรมะบำบัด
11. กิจกรรมรวมกลุ่ม	การส่งเสริมอาชีพและการศึกษา
12. กิจกรรมรวมกลุ่ม	สรุปผลและตรวจสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ รหัสโครงการ BRO 2022-052 วันที่รับรอง 28 เมษายน พ.ศ.2565 และผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและการนำข้อมูลไปใช้ ในการทำแบบสอบถาม ให้อิสระในการตอบ โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบ และ ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับจะนำเสนอในภาพรวม

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ข้อมูลประสบการณ์การดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน การออกเยี่ยมบ้านและการเคยให้คำปรึกษาผู้ที่เสพสารเสพติดมาก่อน ซึ่งอาจสัมพันธ์กับคะแนนสอบความรู้ภาคทฤษฎี และการดูแลผู้ป่วยเสพสารเสพติดในชุมชน ส่วนที่ 2 แบบทดสอบคะแนนก่อนและหลังอบรมความรู้ภาคทฤษฎี แบ่งเป็น 4 ด้าน

คือ การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดและกฎหมาย คำแนะนำแบบสั้น การบำบัดแบบสั้น การประเมินผู้เข้ายาเสพติด และฝึกปฏิบัติกิจกรรมจำลอง ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ายาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูล จะได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกในแฟ้มข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS สรุปอ้างอิงถึงกลุ่มประชากร โดยกำหนดค่าระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} < 0.05$

## ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้เข้าร่วม 30 คน

### ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ที่เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ, mean ( $\pm$ SD)	48 ( $\pm$ 3.29)
เพศ	
ชาย	11 (36.6%)
หญิง	19 (63.4%)
สถานภาพ	
สมรส	28 (93.3%)
โสด	2 (6.7%)
ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุเสพติดในชุมชน	6 (20.0%)
ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, mean ( $\pm$ SD)	7.8 ( $\pm$ 3.38)

ในการศึกษาครั้งนี้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมจำนวน 30 คน อายุเฉลี่ย 48 ( $\pm$ 3.29) ปี ชายร้อยละ 36.6 หญิงร้อยละ 63.4 โดยมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 93.3 พบว่ามีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุเสพติดในชุมชนมาก่อนเพียงร้อยละ 20.0 และระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 7.8 ( $\pm$ 3.38) ปี

### ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินความรู้ก่อนหลังอบรมภาคทฤษฎี 4 ชั่วโมง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน

หัวข้อการอบรมความรู้ภาคทฤษฎี	คะแนนก่อน Mean ( $\pm$ SD)	คะแนนหลัง Mean ( $\pm$ SD)
ความรู้เรื่องการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดในชุมชน ยาเสพติดและกฎหมาย	44.6 ( $\pm$ 2.36)	86.9 ( $\pm$ 3.38)
การให้คำแนะนำแบบสั้น การบำบัดแบบสั้น และการติดตามช่วยเหลือ	48.9 ( $\pm$ 3.18)	89.2 ( $\pm$ 3.38)
การประเมิน การส่งต่อผู้สูงอายุเสพติด กิจกรรมบำบัด	49.9 ( $\pm$ 2.17)	87.3 ( $\pm$ 3.38)
การฝึกปฏิบัติกิจกรรมในชุมชนและทดสอบความรู้	54.9 ( $\pm$ 2.29)	86.4 ( $\pm$ 3.38)

พบว่าเข้าอบรมภาคทฤษฎี 4 ชั่วโมง ร้อยละ 100 มีการประเมินผลความรู้ก่อนเข้ารับการอบรมภาคทฤษฎี ค่าเฉลี่ย 49.6 ( $\pm$ 3.17) และประเมินผลความรู้หลังอบรมภาคทฤษฎี ค่าเฉลี่ย 88.9 ( $\pm$ 3.38) ซึ่งพบว่า มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นหลังเข้ารับการอบรมและเมื่อแยกหัวข้อความรู้การอบรม พบว่าด้านความรู้การให้คำแนะนำแบบสั้น การบำบัดแบบสั้นและแนวทางการติดตามช่วยเหลือ มีผลคะแนนสอบมากที่สุดค่าเฉลี่ย 89.2 ( $\pm$ 3.38) และด้านการฝึกปฏิบัติจำลอง 12 กิจกรรมในชุมชนและทดสอบความรู้ มีคะแนนน้อยที่สุด 88.9 ( $\pm$ 3.38)

### ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดในชุมชน 18 ราย

#### ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดในชุมชน

ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการบำบัดฟื้นฟู	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ, mean ( $\pm$ SD)	23 ( $\pm$ 2.27)
เพศ	
ชาย	15 (83.3%)
หญิง	3 (17.7%)
สถานภาพ	
สมรส	14 (77.7%)
โสด	4 (22.3%)
ดำเนินการ 12 กิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดฟื้นฟู	18 (100%)
อัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู 90 วัน	84.5%

การศึกษาผลลัพท์ของผู้เข้าร่วมทำกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดในชุมชนพบว่า มีผู้เข้าร่วม 18 ราย อายุเฉลี่ย  $23 \pm 2.27$  ปี เป็นชายร้อยละ 83.3 หญิงร้อยละ 16.7 ชนิดสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ แอมเฟตามีน มีการเข้าบำบัดฟื้นฟูสารเสพติดในโรงพยาบาลมาก่อน

ร้อยละ 12 สามารถดำเนินการ 12 กิจกรรมได้ครบ ร้อยละ 100 และเข้าร่วม 12 กิจกรรม ตามโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูผู้เสพสารเสพติดในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า มีอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู 90 วัน ร้อยละ 84.5

**ตารางที่ 4** แสดงความสัมพันธ์ของช่วงคะแนนสอบภาคทฤษฎีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู

ช่วงคะแนน	อัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู จำนวน (ร้อยละ)	p-value*
80 - 84	2 (79.0%)	0.92
85 - 90	8 (81.0%)	0.66
91 - 95	19 (82.5%)	0.59
96 - 100	1 (95.5%)	0.69

เมื่อหาความสัมพันธ์ของช่วงคะแนนสอบภาคทฤษฎีกับอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู พบว่าช่วงคะแนนที่สูงที่สุด 96-100 คะแนน มีความสัมพันธ์กับอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู 90 วัน ที่มากที่สุด ร้อยละ 95.5 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.69$ ) รองลงมาช่วงคะแนน 90-95 มีอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู ร้อยละ 82.50 ช่วงคะแนนที่ต่ำที่สุด 80-84 คะแนน มีอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู 90 วัน น้อยที่สุด ร้อยละ 79.0

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการมีประสบการณ์ดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนกับอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู โดยเข้าร่วม 12 กิจกรรมครบ ร้อยละ 100 พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนมาก่อนมีความสัมพันธ์กับอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟูในชุมชนมากกว่าผู้ไม่มีประสบการณ์ ร้อยละ 87.5 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.63$ )

## อภิปรายผล

การแก้ไขปัญหายาเสพติด ต้องมุ่งเน้นแก้ไขในเชิงรุกด้านสุขภาพ ผู้เสพต้องได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟู การแก้ไขให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา คือ การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้เชี่ยวชาญ การบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดในชุมชนและพัฒนา

เครือข่ายดำเนินการให้อัตราการคงอยู่ในการบำบัดรักษาฟื้นฟู 90 วัน ให้เพิ่มสูงขึ้น จากผลการศึกษา พบว่าช่วงคะแนนสอบภาคทฤษฎีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สูงและมีประสบการณ์ดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชนมาก่อน มีความสัมพันธ์กับอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู 90 วัน ที่สูงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.69$ ) โดยการทำความเข้าใจภาคทฤษฎีได้สูงบ่งบอกถึงการมีองค์ความรู้ ทักษะ มีความพร้อมในการดำเนินการในชุมชน รวมทั้งการทำกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดฟื้นฟู พบว่า มีอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู 90 วัน ร้อยละ 84.5 โดยถือว่าผ่านหลักเกณฑ์เป็นผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ ศรีสุดา ลุนพุมิ และคณะ<sup>(9)</sup> ได้ทำการศึกษา การบำบัดฟื้นฟูผู้เสพสารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง เกิดภาคีเครือข่าย การพัฒนาแบบบูรณาการในทุกด้านโดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคยดูแลผู้ป่วยเสพสารเสพติดมาก่อน มีอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู 90 วัน มากที่สุด

จากการพัฒนาเครือข่ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลผู้เข้าบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดในชุมชนโดยวางเป้าหมายให้อัตราการคงอยู่ในการบำบัดรักษาฟื้นฟู 90 วัน ครบ สามารถดำเนินการ 12 กิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูได้ครบ ร้อยละ 100 มีการทำประชาคมหมู่บ้านร่วมกับภาคีเครือข่ายซึ่ง

สอดคล้องกับศึกษาก่อนหน้านี้ของ โสภิตา ดวงสดใส และคณะ<sup>(10)</sup> ได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการศึกษาที่จังหวัดบุรีรัมย์ โดยดำเนินการคัดเลือกพื้นที่ การประสานเครือข่าย มีเวทีประชาคม พบอัตราการคงอยู่ในการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟู 4 เดือน ร้อยละ 80 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่กำหนด 12 กิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดในชุมชน เป็นการประสานทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ทำให้อัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู 90 วัน เพิ่มขึ้น

## สรุป

การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้เชี่ยวชาญการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชน สรุปผลได้ว่าการอบรมภาคทฤษฎี 4 ชั่วโมง และการปฏิบัติการ 12 กิจกรรม ตามโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดในชุมชนได้ครบและวัดผลสัมฤทธิ์ในผู้เสพยาเสพติดที่เข้าร่วม มีอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู 90 วัน ร้อยละ 84.5 ซึ่งถือได้ว่าเป็นการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้เชี่ยวชาญการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และผลของการปฏิบัติการ 12 กิจกรรม ทำให้เกิดภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชนและการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเสพยาเสพติดมาก่อน มีช่วงคะแนนสอบภาคทฤษฎีที่สูง ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการเพิ่มอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายผลการดำเนินการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้เชี่ยวชาญการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชนให้ครอบคลุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกพื้นที่โดยเฉพาะพื้นที่มีปัญหา ยาเสพติดและกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ชุมชนให้ผู้นำทุกระดับให้ความสำคัญ
2. เพิ่มระยะเวลาการอบรมความรู้เพื่อเพิ่มทักษะในการทำกิจกรรมในชุมชน เช่น จัดเป็นหลักสูตรอบรมความรู้พื้นฐานระยะสั้น 72 ชั่วโมง และออกไปรับรองหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพิ่มระยะเวลาจำนวนชั่วโมงในการทำกิจกรรมกลุ่ม 12 กิจกรรม ในชุมชน เพื่อให้อัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู 90 วัน เพิ่มขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. อารี สุภาวงศ์. ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดประยุกต์ โรงพยาบาลทุ่งสง วิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารการพยาบาลสงขลานครินทร์ 2559;36 (ฉบับพิเศษ) :160-70.
2. วีระวัต อุดรธานี, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, บรรณาธิการ. การบำบัดฟื้นฟูโดยมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ติดยาเสพติด. ใน : วีระวัต อุดรธานี, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, บรรณาธิการ. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติที่ดี. นนทบุรี : เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ ; 2562 1:7-20.
3. United Nations Office on Drug and Crime. Community Base Treatment and Care for Drug use and Dependence Information Brief for Southeast Asia 2014. [Internet]. [Cited 2023 Jan 20]. Available from:URL: cbtx\_brief\_EN.pdf (unodc.org)

4. สรรคเพชร หอมสมบัติ, อาทิตย์ เล่าสู่อังกูร. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเครือข่าย กลุ่มแม่น้ำโขง จังหวัดเลย. วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร 2565;38(1):147-52.
5. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดประจำปีงบประมาณ 2564-2566. นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ; 2564 : 22-30.
6. ศูนย์ปราบปรามป้องกันยาเสพติดแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย. สำเนาคำสั่งป้องกันปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติที่ 3/2561. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2566]. ค้นได้จาก:URL: 2ceh62y10ackc8ss4k.pdf (moph.go.th)
7. สำนักระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การศึกษาและวิเคราะห์ การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ; 2552.
8. กระทรวงสาธารณสุข. การฟื้นฟูและติดตามการดูแลหลังการบำบัดผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ : องค์การทหารผ่านศึกแห่งประเทศไทย ; 2546.
9. ศรีสุดา ลุนฟูฒิ. การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2565;12(2):18-29.
10. โสภิตา ดาวสดใส,จินตนา ศรีธรรมมา, กิตติมา ก้านจักร. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดของคณะกรรมการดำเนินงานติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการเสพติด 2557;2(2):11-24.