

รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง
: กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
The Community Based Treatment and Care Model For Drug Rehabilitation
: A Case Study in a village , Mueang District, Mahasarakham Province

นิตยา ฤทธิศรี^{1*}, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร², ศุภลักษณ์ จันทาญ³
Nittaya Ritsri¹, Sukunya wattanapraphaijit², Supaluk Junharn³

^{1*}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม 44000

^{2*}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000

^{3*}นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม 44000

^{1*}Professional Nurse, Community Nursing Work Group, Mahasarakham Hospital 44000

^{2*}Professional Nurses, Tambon Health Promoting Hospital, Muang District, Maha Sarakham
Province 44000

^{3*}Professional Public Health Scholars, Social Medicine Group, Mahasarakham Hospital 44000

(Received: 22 February 2022 Revised: 2 August 2022 Accepted: 9 August 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบทของการบำบัดยาเสพติดในชุมชน พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

รูปแบบและวิธีวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ระยะเวลาวิจัย 1 มิถุนายน 2561–31 ธันวาคม 2563 ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัยได้แก่ ผู้ติดยาเสพติด 21 คน แกนนำชุมชน 15 คน ตัวแทนแกนนำครอบครัว 24 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 11 คน ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดใน อบต. 1 คน ใน รพ.สต 2 คน ครูและพัฒนาชุมชน 2 คน ดำรงอยู่ในพื้นที่ 2 คน รวม 78 คน

ผลการศึกษา : พบว่า ปี 2561 มีผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดคิดเป็นร้อยละ 23.07 ผู้ติดยาที่มีอาการทางจิตสร้างความเดือดร้อนไม่ได้รับการดูแล 2 ราย ยาเสพติดถูกนำเข้ามาโดยกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ปี 2562 นำปัญหามาวิเคราะห์และหาแนวทางการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง พบผู้ติดยาเสพติดคิดเป็นร้อยละ 37.50 ผู้ติดยาที่มีอาการทางจิตได้รับการดูแล 1 ราย จาก 2 ราย ปี 2563 นำปัญหามาพัฒนาตามแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอน ร่วมกับการกระบวนการบำบัดในชุมชน 4 ขั้นตอน และมาตรการของชุมชน บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด 21 ราย พบว่า ผู้ติดยาเสพติดเปิดเผยตนเองเข้ารับการบำบัด 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.47 (ต้องโทษจำคุก 2 ราย) ผู้ติดยาที่มีอาการทางจิตทุก

รายได้รับการรักษา ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ผ่านการบำบัดทุกคนไม่กลับไปเสพซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุปผลการศึกษา : การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ชุมชนต้องมีความพร้อมในการเข้าร่วมกระบวนการทุกขั้นตอน ชุมชนเป็นเจ้าของสามารถตรวจสอบได้ เป็นวิธีการบำบัดที่แทรกแซงชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่าการรักษาอื่นๆ ได้รูปแบบของการบำบัดรักษาที่ตรงกับความต้องการของชุมชนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ : การบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง, ผู้ใช้ยาเสพติด

Corresponding Author: *E-mail: nittaya011@hotmail.com

Abstract

Objective : to study the problem in context of drug treatment in the community, develop a community based treatment and care model, and to study the effectiveness of the model for drug rehabilitation.

Method : this study was participatory action research (PAR), using the concepts of Kemmis and McTaggart (1988), which were collected data in June 1, 2018 to December 31, 2020 in a village, NongWaeng Subdistrict, Mueang, Mahasarakham Province. Sample group included 21 drug users, 15 community leaders, 24 family leaders, 11 public health volunteers, 3 people in charge of drug rehabilitation, 2 teachers and 2 local polices, totaling 78 persons.

Results : It was found that in 2018, 23.07% of drug users received treatment, two of those who were addicted to psychological problems were left unattended. The drugs were brought by the labor force. In 2019, these problems were analyzed and found ways to prevent and solve drug problems through a strong community process, it was found 37.50% of drug users, a person with mental illness was cared for, accounting for 50%. In 2020, the problems were developed according to the community based treatment and care (CBTx), using the 9-step strong community process with the 4-step community treatment process and the community measures in order to rehabilitate 21 drug users. The results were found that 19 drug users revealed themselves for receiving the therapy, accounting for 90.47% (2 persons were imprisoned), a drug addict with psychotic symptoms who was treated, accounted for 100%. All of them passed the criteria for quality indicators of the Ministry of Public Health. Furthermore, 100% of those who undergo treatment do not repeat drug use and have a good quality of life.

Conclusion : The community based treatment and care for drug rehabilitation which communities must be prepared to participate in every process by integrating a strong community with the rehabilitation treatment that can be monitored. This is a treatment method that less interferes with normal daily life than other treatments, it also can be a form of treatment that the community needs and suitable for the context of the area.

Keywords : Community based treatment and care, Drug rehabilitation

ความสำคัญของปัญหา

จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกของสำนักงานด้านยาเสพติดและอาชญากรรมขององค์การสหประชาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรใช้ยาเสพติดจำนวนประมาณ 255 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของประชากรโลกในช่วงอายุ 15 – 64 ปี หรือในประชากรทุก 20 คน จะมีผู้ใช้ยาเสพติดอยู่ประมาณ 1 คน โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่ประสบปัญหาจากยาเสพติดด้านสุขภาพทางกายและจิตใจที่อาจก่อให้เกิดอันตรายและนำไปสู่สภาวะการเสพติดจนต้องได้รับการรักษาจำนวนประมาณ 29.5 ล้านคน คิดเป็นเกือบลร้อยละ 12 ของผู้ใช้ยาเสพติด และคิดเป็นร้อยละ 0.6 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก ซึ่งในแต่ละปีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก มีเพียง 1 ใน 6 คน ที่เข้าถึงการบำบัดรักษาจากการติดยาเสพติด⁽¹⁾

ประเทศไทยได้มีการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศปี 2559 โดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด พบว่ามีประชากรที่ใช้สารเสพติดในปี 2559 ประมาณ 1.4 ล้านคน และในจำนวนนี้อันุมานว่าประมาณ 3 แสนคน เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา กลุ่มวัยที่พบว่าการแพร่ระบาดของยาเสพติด เป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ช่วงอายุ 12 - 44 ปี มีการกระจายของยาเสพติดไปถึงหมู่บ้าน/ชุมชน ที่เป็นรากฐานสำคัญของสังคม หากไม่มีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขอย่างจริงจังและเร่งด่วนแล้ว จะก่อให้เกิดผลเสียต่อประเทศทั้งในด้านสาธารณสุข ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ข้อมูลสถานการณ์พื้นที่แพร่ระบาดยาเสพติดจากหมู่บ้าน/ชุมชน ในปี 2560 จากหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศจำนวน 81,936 แห่ง พบว่ามีหมู่บ้านชุมชนที่มีปัญหายาเสพติดจำนวน 24,314 แห่งคิดเป็นร้อยละ 30⁽²⁾ เนื่องจากเดิมการบำบัดมีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเพียง

ประมาณ 200,000 รายในระบบ สมัครงใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ ปัญหาคือ ระบบสมัครงใจไม่ใช้การสมัครงใจที่แท้จริง เป็นการบังคับทั้งสมัครงใจ ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเข้ารับการบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์เวลาที่กำหนด รวมถึงการติดตามในชุมชน ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การแก้ไขปัญหายาเสพติด รัฐบาลได้มีแนวทางการดำเนินงานโดย ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 แนวทางการนำผู้เสพติดเข้าสู่อการบำบัดฟื้นฟู มีการแต่งตั้ง ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ศอ.ปส.) ทุกจังหวัด โดยการบูรณาการทำงานร่วมกันทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชนโดยการบำบัดผู้เสพติดที่ไม่มีคดีอาญาอื่นร่วมด้วย โดยถือว่า “ผู้เสพติดคือผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร” ซึ่งปี 2559-2561 โรงพยาบาลมหาสารคามมีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดแบบสมัครงใจ จำนวน 231 ราย 224 รายและ 277 ราย แต่พบว่าในปี 2560-2561 ยังมีอัตราการกลับไปเสพติดซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแล้วถึงร้อยละ 22.07 และร้อยละ 11.03 ตามลำดับ⁽³⁾ พบปัญหาในการติดตามและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและการยอมรับผู้ป่วยยังมีน้อย ดังนั้นเพื่อดำเนินการตามนโยบายที่เน้นการป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เป็นผู้เสพติดรายใหม่ เพิ่มการเข้าถึงบริการการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรกเพื่อลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สังคม ชุมชน และมีการพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอน ระยะเวลา และค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ด้วยคุณค่าของความเป็นมนุษย์ มีสิทธิ และมีการติดตามช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตโดยไม่พึ่งพายาเสพติด จำเป็นต้องบูรณาการและบริหารจัดการระบบการ

บำบัดรักษาทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสมรรถใจ ระบบ บังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ให้ประสานสอดคล้อง สัมพันธ์กันอย่างจริงจัง และดำเนินการให้ครบวงจรไป ถึงขั้นการติดตาม ช่วยเหลือ ดูแล และพัฒนาหลังการ บำบัดจนทำให้ ผู้เสพยาเสพติดกลับมาเป็นกำลังของ ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ⁽⁴⁾ ซึ่งการเข้า รับการบำบัดในโรงพยาบาลส่งผลต่อการขาดงานและ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย ที่พบว่าเป็นต้นทุน ทางอ้อมของผู้ป่วยในการเข้ารับการบำบัดรักษาใน ระบบสมรรถใจ⁽⁵⁾ ทั้งนี้การดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชนที่มี ประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดอัตราการนอน โรงพยาบาลและการเข้ารับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิตินอกจากนี้ การบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็น ศูนย์กลาง ถือเป็นวิธีที่คุ้มค่าที่สุดในการบำบัดผู้เสพยา เสพติดโดยอ้างอิงเอกสารทั่วโลกระบุว่า ผู้เสพยาเสพติดที่ เข้ารับบริการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน มี อัตราการเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล และประวัติทาง อาชญากรรมลดลงอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะศึกษาการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยชุมชนเป็น ศูนย์กลาง (Community Base Treatment and Care) ใน หมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมืองมหาสารคาม ซึ่งเป็น พื้นที่สีแดง ชุมชนตระหนัก มีความต้องการที่จะแก้ไข ปัญหาเสพยาเสพติด และมีความพร้อมในการเข้าร่วม กระบวนการบำบัดในชุมชนตลอดกระบวนการ ซึ่งการ บำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางเป็นบริการที่จะบูรณา การ การรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่การบริการทาง สังคมและสุขภาพในชุมชน เป็นบริการแบบองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ สถานบริการ ชุมชนและครอบครัว มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการ สาธารณสุขระดับอื่นๆและกับชุมชนเพื่อส่งต่อความ รับผิดชอบการให้บริการระหว่างกันและกัน เป็นวิธีการ บำบัดในชุมชนที่แทรกแซงชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่า การรักษาอื่น ชุมชนสามารถตรวจสอบได้ และช่วยให้

ลดมลทินของผู้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดตลอดจนกระตุ้นให้ ชุมชนมีความคาดหวัง ถึงผลลัพธ์ในทางบวก เพื่อให้ได้ รูปแบบของการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วย ยาเสพติดโดยใช้ ชุมชน เป็นศูนย์กลางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา/บริบทของการ บำบัดยาเสพติดในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและ ฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางใน หมู่บ้านแห่งหนึ่ง เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนา รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดย ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง เขตอำเภอ เมือง จังหวัดมหาสารคาม

เนื้อหา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ครั้งนี้ มีที่มาจาก การบูรณาการแนวคิดในการใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Approach) เชื่อมโยงระหว่าง ผู้ให้บริการ ชุมชน ครอบครัว และสร้างการมีส่วนร่วมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ในการดูแล บำบัด ติดตามและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน เริ่มจากการ วิเคราะห์สภาพปัญหาเสพยาเสพติดและบริบทของชุมชน นำเข้าสู่การพัฒนาในรูปแบบผ่านกระบวนการ ประกอบด้วย 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (plan) 2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การติดตาม สังเกตการณ์ (Observe) และ 4) การสะท้อนผลการ ปฏิบัติงาน (Reflex) จำนวน 3 วงรอบ โดยนำเอา

ข้อมูล ปัญหาอุปสรรคที่ได้จากการสะท้อนผลการปฏิบัติงานในแต่ละวงรอบมาวิเคราะห์และทบทวนเพื่อให้ได้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางที่เหมาะสมกับพื้นที่ ส่งผลให้การดำเนินงานผ่านเครื่องชี้วัดคุณภาพกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา

1. สภาพปัญหา/บริบทของการบำบัดยาเสพติดในชุมชน

หมู่บ้านที่ศึกษามีข้อมูลการระบาดของยาเสพติด โดยมีรายชื่อผู้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด มาจากศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองมหาสารคามจำนวน 26 รายชื่อ คิดเป็นร้อยละ 5.99 ของประชากรทั้งหมดในหมู่บ้าน มีผู้ค้ายาเสพติด 1 ราย แต่มีจุดแข็งคือเป็นชุมชนที่มีการวางระบบ การปกครองชัดเจน แบ่งอาณาเขตคุ้ม 5 คุ้มแต่ละคุ้มมีคณะกรรมการดูแลจำนวน 10-15 คน คณะกรรมการมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ ความสำเร็จงานผลปัญหาสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และอื่นๆ แก่กรรมการหมู่บ้านเป็นประจำทุกเดือน ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดชุมชนจะมีการจัดทำประชาคมเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ให้ความสำคัญในที่ประชุมและรับรอง เป็นวาระของชุมชนตามเสียงข้างมาก ซึ่งการแก้ไขปัญหายาเสพติดของหมู่บ้านเป็นมติที่เห็นพร้อมต้องกันในการที่จะต้องรับดำเนินการ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนและนำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ ตามมาเช่น ปัญหาด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น นอกจากนั้นยังเป็นชุมชนที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ อาทิหมู่บ้าน

พอเพียง ชุมชนน่าอยู่ หมู่บ้านปลอดเหล้า และมีกิจกรรมส่งเสริมความรักและเอื้ออาทร เช่น กิจกรรมถนนสายบุญ กิจกรรมทางกาย กิจกรรมลงแขกเกี่ยวข้าว เป็นต้น

2. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

ปี 2561 ผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988)⁶ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (P1 : Plan) จัดประชุมทีมวิจัย และผู้เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ศึกษาสถานการณ์ปัญหา วางแผนกิจกรรมหาความต้องการร่วมกับชุมชน

2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (A1 : Action) ประชุมคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหา ศึกษาสถานการณ์การบำบัดฟื้นฟูในชุมชน สนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน

3) การติดตามสังเกตการณ์ (O1 : Observe) ลงพื้นที่ร่วมกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด ในชุมชน ทำการสังเกตการดำเนินงาน จัดบันทึกอย่างรอบคอบรอบด้าน ประชุมกลุ่มย่อยในพื้นที่เป็นระยะ

4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (R1 : Reflex) รวบรวมข้อมูล แนวทาง ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค มาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ สังเคราะห์สะท้อนผลการดำเนินงานแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เพื่อวางแผนการพัฒนาในรอบต่อไป

ผลลัพธ์และปัญหา จำนวนผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในหมู่บ้าน ตามบัญชีรายชื่อผู้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด จากศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองมหาสารคาม (คป.ปส.อ) จำนวน 26

รายชื่อ คณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน หรือ พชม.หมู่บ้าน ให้ความสำคัญกับปัญหาเสพติด มีกิจกรรมป้องกันแก้ไขปัญหาดูแล โดยรพ.สต. แก่นนำหมู่บ้าน และสำรวจในพื้นที่ได้ทำการสร้างแรงจูงใจในการเข้ารับการรักษา มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ชุมชนและทำประชาคมเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาความต้องการในการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน กรรมการหมู่บ้านได้ตั้งกติกาเรื่องการห้ามนำยาเสพติดเข้ามาในหมู่บ้าน ห้ามดื่มสุราในสถานที่สาธารณะเช่นวัด โรงเรียน ศาลากลางบ้าน ส่วนสถานการณ์ปัญหาในหมู่บ้าน มีกลุ่มผู้ใช้แรงงานและวัยรุ่นต่างหมู่บ้านนำยาเสพติดเข้ามาในหมู่บ้าน มีกลุ่มแว่นซักรถจักรยานยนต์เสียงดังตั้งวงดื่มสุราที่กระท่อมน้อยท้ายหมู่บ้าน โดยไม่เกรงกติกาของหมู่บ้านและไม่เข้าร่วมเวทีประชาคมหมู่บ้าน

ปี 2561 มีการสุ่มตรวจปีสภาวะกลุ่มเสี่ยงพบว่าผู้ใช้ยาเสพติดจำนวน 26 ราย ทั้งหมดยอมรับว่า ใช้จริงแต่สมัครใจรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามเพียง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.07 อีก 20 รายจะขอใช้วิธีการเลิกด้วยตนเอง ผลลัพธ์ของการบำบัด พบว่า อัตราการหยุดเสพ 3 เดือน หลังการบำบัด และร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี ได้เพียงร้อยละ 16.16 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข พบผู้ติดยาที่มีอาการทางจิต สร้างความเดือดร้อนไม่ได้รับการดูแล 2 ราย (ญาติปฏิเสธการช่วยเหลือจากชุมชน)

ผู้วิจัยสรุปรวบรวมและสะท้อนผลการดำเนินงานแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เพื่อวางแผนการพัฒนาในรอบต่อไป

ปี 2562 ผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (P2 : Plan) จัดประชุมทีมวิจัยรวบรวมประเด็นที่ต้องปรับปรุง ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหามาวางแผนกิจกรรมร่วมกับชุมชน

2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (A2 : Action) ประชุมคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหา และค้นหาความต้องการแก้ไขปัญหามหาชน ด้วยรูปแบบที่ชุมชนต้องการ โดยจัดกระบวนการชุมชนเข้มแข็งจำนวน 3 วัน โดยเจ้าหน้าที่สำรวจ ชุมทีมวิจัยและพยาบาลใน รพ.สต. ร่วมดำเนินกิจกรรม เพื่อคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงและสร้างแรงจูงใจให้เข้าบำบัด ทำประชาคมเพื่อให้โอกาสผู้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดในการกลับมา เป็นคนดีของชุมชนเกี่ยวกับยาเสพติด

3) การติดตามสังเกตการณ์ (O2 : Observe) ผู้วิจัยและทีมลงพื้นที่ร่วมกิจกรรมชุมชนเข้มแข็งและการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชน ทำการสังเกตการณ์ดำเนินงาน จัดบันทึกอย่างรอบคอบรอบด้าน ประชุมกลุ่มย่อยในพื้นที่เป็นระยะ

4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (R2 : Reflex) รวบรวมข้อมูล แนวทาง ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค มาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่สังเคราะห์ สะท้อนผลการดำเนินงานแก่คณะทำงานเพื่อวางแผนการพัฒนาในรอบต่อไป

ผลลัพธ์และปัญหา จากการใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง พบว่ามีผู้ใช้ยาเสพติด 24 ราย ยอมรับปัญหาแต่สมัครใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพียง 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 ผู้ใช้ยาเสพติด 15 ราย จะขอเลิกด้วยตนเอง ผลลัพธ์การบำบัดพบว่า อัตราการหยุดเสพ 3 เดือน หลังการบำบัด และร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี ได้เพียงร้อยละ 22.22 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ติดยาที่มีอาการทางจิตและยังสร้างความเดือดร้อน

ให้กับชุมชนซึ่งญาติยอมรับ เปิดใจให้โอกาสชุมชนเข้าช่วยเหลือและได้รับการดูแล 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 50

ส่วนสถานการณ์การแพร่ระบาด ยังมีกลุ่มผู้ใช้แรงงานและวัยรุ่นต่างหมู่บ้านน่ายาเสพติดเข้ามาในหมู่บ้าน มีกลุ่มแว่นซ์บริจกรยานยนต์ลดลง และมีสถานที่มั่วสุมเสพยาบริเวณกระท่อมน้อยท้ายหมู่บ้าน เป็นประจำ มีผู้ค้ายาที่ไม่เกรงกลัวกฎหมาย 1 ราย สะท้อนผลการดำเนินงานแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เพื่อวางแผนการพัฒนาในรอบต่อไป

ปี 2563 ผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (P3 : Plan) จัดประชุมทีมวิจัยรวบรวมประเด็นที่ต้องปรับปรุง ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหามาได้มาวางแผนกิจกรรม

2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (A3 : Action) ศึกษาข้อมูลการบำบัดฟื้นฟูในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของประเทศ หรือ บสต. จัดประชาคมค้นหาปัญหาความต้องการการดำเนินงาน ทำการสนทนากลุ่มย่อยในกลุ่มแกนนำ นำข้อมูลไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ พัฒนารูปแบบตามแนวคิดที่ได้ และปรับปรุงด้านอื่นๆตามข้อเสนอแนะของชุมชน และชุมชนสามารถร่วมปฏิบัติได้ สรุปเป็นรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

3) การติดตามสังเกตการณ์ (O3 : Observe) ลงพื้นที่ร่วมปฏิบัติการตามแผนกิจกรรม และสังเกตการดำเนินงาน จดบันทึกอย่างรอบคอบรอบด้าน จัดประชุมกลุ่มย่อยในพื้นที่เป็นระยะ

4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (R3 : Reflex) รวบรวมข้อมูล แนวทาง ผลการ

ดำเนินงาน ประชุมสรุปและสะท้อนผลการดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน ตำบลและอำเภอตามลำดับ

ผลลัพธ์ ปี 2563 รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอน ร่วมกับการกระบวนการบำบัดในชุมชน 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. การค้นหาสาเหตุความต้องการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ร่วมกับการทำประชาคมครั้งที่ 1 มีการพบปะผู้นำที่เป็นทางการและผู้นำทางธรรมชาติเพื่อสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ปัญหาและความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน

- ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญและชุมชนต้องการแก้ไขมากที่สุด สาเหตุของปัญหามาจากครอบครัวแตกแยก เด็กอยู่กับยาย มีแหล่งมั่วสุมในหมู่บ้าน กลุ่มผู้ใช้แรงงานต้องการเพิ่ม ความขยัน

- มีการประกาศวาระหมู่บ้าน/ชุมชนคัดเลือก คณะกรรมการหมู่บ้านจากผู้นำและผู้นำธรรมชาติ

- จัดรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ให้ทุกครัวเรือนเข้าใจแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ใช้ประชาชนเป็นหลัก มีการรณรงค์ผ่านสื่อหอกระจายข่าว การประชุมคุ้ม การพูดคุยทำความเข้าใจกับครอบครัวโดยอ้อม.

- จัดอบรมโรงเรียนผู้นำแก่แกนนำหมู่บ้านในหมู่บ้านและแกนนำทุกหมู่บ้านในตำบล เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานระหว่างเครือข่ายพื้นที่รอยต่อในตำบล

- จัดอบรมทักษะการคัดกรองด้วยแบบประเมิน V2 การตรวจปัสสาวะ การให้คำแนะนำแบบสั้นและการสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (BA/BI) แก่ อสม. ยาเสพติดทุกคนในหมู่บ้าน

2. การคัดกรองผู้เข้าบำบัดแบบสมัครใจ

คัดแยกผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง ด้วยการ
บิณฑบาตรรายชื่อจากผู้ร่วมประชาคม มีการนำแนวคิด
ถึงปัญหามาใช้คัดแยกกลุ่มต่างๆในหมู่บ้านออกเป็น 3
กลุ่มและให้การดูแลตามการคัดแยก ดังนี้

2.1 กลุ่มปกติ หมายถึง กลุ่มที่ไม่ยุ่ง
เกี่ยวกับยาเสพติด จัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน สร้าง
เสริมภูมิคุ้มกันทางใจและขยายเครือข่ายให้ห่างไกลยา
เสพติด

2.2 กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อ
การใช้ยาเสพติดอายุ 10-60 ปี คัดกรอง ด้วยแบบ
ประเมิน V2 และตรวจปัสสาวะร้อยละ 100 นำรายชื่อ
ลงในถึงปัญหาแล้วแยกผู้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดออกเป็น
3 กลุ่ม และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ตาม
ศักยภาพและความต้องการของชุมชนดังนี้

- กลุ่มใช้ คะแนน V2 =2-3 คะแนน
ให้การช่วยเหลือภายในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.
อสม.และแกนนำ ช่วยให้การคำแนะนำให้กำลังใจในการ
หยุดใช้ยา นัดตรวจปัสสาวะ ณ ที่ทำการหมู่บ้าน

- กลุ่มเสพ คะแนน V2 =4-26
แบ่งเป็นกลุ่มเสพยา คะแนน V2 =4-15 ให้การ
ช่วยเหลือโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทำ BI 1-2 ครั้งแล้ว
ติดตามช่วยเหลือโดยชุมชน ส่วนกลุ่มเสพยาสูง คะแนน
V2 =16-26 ส่งเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือนัด
ทำCBT/Mo Matrix/Csg ที่ รพ.สต. หรือส่งโรงพยาบาล
ตามต้องการ

- กลุ่มติด คะแนน V2 =27 ขึ้นไป
ส่งเข้าบำบัดที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

2.3 กลุ่มออกจากถัง หมายถึงกลุ่มที่ผ่าน
การบำบัดรักษาจากทุกรูปแบบ และนำเข้าสู่
กระบวนการติดตามโดยชุมชน ยกย่องให้เป็น
“ต้นแบบ” โดยจะได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความ

ต้องการ ชุมชนให้โอกาสเข้าร่วมกิจกรรม เน้นการสร้าง
คุณค่าและป้องกันการเสพยา

3. การบำบัดฟื้นฟู ได้จากความต้องการมีส่วน
ร่วมของชุมชนและผู้เชี่ยวชาญ ที่ต้องการควบคุมการ
ใช้ยาด้วยตนเอง กิจกรรมการบำบัดประกอบด้วย การ
ให้คำแนะนำแบบสั้นและการสร้างแรงจูงใจแบบสั้น
(BA/BI) ในชุมชนร่วมกับกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรม
พัฒนาจิตอาสาการบำเพ็ญบุญ การเสริมพลังจิตอาสา
ด้วยการยกย่องให้เป็นคนดีของชุมชน

4. การติดตามหลังการบำบัด ผู้วิจัยและทีม
ชุมชน ร่วมติดตามดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพและสังคม
ด้วยการเยี่ยมบ้าน การจัดกิจกรรมพัฒนา
สภาพแวดล้อมของชุมชน การฝึกอาชีพ เสริมรายได้
ตามโครงการวิถีคนกล้าโคกหนองนาโมเดล การตรวจ
ปัสสาวะทุก 1เดือนการมอบทุนอาชีพ จากงบประมาณ
กองทุนหมู่บ้าน นอกจากนั้น ทุกครอบครัวได้ร่วมทำ
MOU เพื่อให้ความร่วมมือในการตรวจปัสสาวะสำหรับ
สมาชิก10-60 ปี และรับรองว่าจะร่วมดำเนินงานบำบัด
ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง และคงความ
เข้มแข็ง ของชุมชนร่วมกัน

ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบ บำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยา
เสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง มียุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด
21 ราย ผู้ใช้ยาเสพติดเปิดเผยตนเองเข้ารับการบำบัด
19 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.47 (กลุ่มผู้ใช้ยาผันตัวเป็น
ผู้ค้าต้องโทษจำคุก 2 ราย) ผู้ติดยาที่มีอาการทางจิต 1
รายยอมรับการช่วยเหลือและได้รับการรักษาใน
โรงพยาบาล อัตราการหยุดเสพยา 3 เดือน หลังการบำบัด
และร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบ ตามเกณฑ์
ที่กำหนดและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี การดำเนินงาน
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข
นอกจากนั้นผู้ผ่านการบำบัดด้วยรูปแบบดังกล่าวยัง
ได้รับการยอมรับดูแลช่วยเหลือจากชุมชนตั้งแต่เริ่มต้น
มีโอกาสรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยโครงการวิถีคน

กล้าโคกหนองนาโมเดล และโครงการอื่นๆ ในการสร้าง ของผู้ผ่านการบำบัดไม่กลับไปเสพยา มีคุณภาพชีวิตที่ดี อาชีพเสริมรายได้ หลังการติดตาม 1 ปี ร้อยละ 100

ตารางที่ 1 สรุปรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เข้ายาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง : กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอน	การบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง 4 ขั้นตอน	การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน
ขั้นตอนที่ 1 สืบสภาพชุมชน ศึกษาบริบทพื้นที่	1. การค้นหาบุคคลค้นหาครอบครัวที่มีปัญหายาเสพติดโดยสันติวิธี	1. แคนนามีการจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน นำวาระปัญหาชุมชนระดมความเห็นเพื่อร่วมดำเนินงาน
ขั้นตอนที่ 2 พบประเภณนำ/ผู้นำธรรมชาติ	ร่วมกับการใช้รูปแบบชุมชนเข้มแข็ง กิจกรรมบิณฑบาต รายชื่อส่ง	2. จัดรณรงค์ประชาสัมพันธ์ด้วยรูปแบบต่างๆ เพื่อสร้างการรับรู้เข้าใจ และให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน
ขั้นตอนที่ 3 จัดเวทีประชาคม ครั้งที่ 1 เพื่อประกาศวาระหมู่บ้าน/ชุมชน	คณะกรรมการหมู่บ้านเพื่อยืนยันรายชื่อ	
ขั้นตอนที่ 4 รณรงค์ประชาสัมพันธ์		
ขั้นตอนที่ 5 คัดแยกผู้ที่มีพฤติกรรมเกี่ยวกับยาเสพติด (เวทีประชาคม ครั้งที่ 2)	2. การคัดกรอง 2.1 มีการนำแนวคิด ”ถึงปัญหา” มาใช้คัดแยกประชาชนในหมู่บ้าน	จัดทำแนวทางการป้องกันยาเสพติดในชุมชน -จัดอบรมชุด ชรบ. เพื่อเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด
ขั้นตอนที่ 6 แนวทางการป้องกันยาเสพติด	เป็น 3 กลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด) 2.2 การใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ที่มีปัญหายาเสพติด แยกเป็นกลุ่มใช้กลุ่มเสพและกลุ่มติด ให้การดูแลตามกลุ่ม	-จัดเวรยามสอดส่อง ความเรียบร้อย ด้านตรวจคนเข้าออกในหมู่บ้าน -ปรับปรุงจัดสิ่งแวดล้อมแหล่งมั่วสุมให้โล่งและปลอดภัย โดยเฉพาะกระท่อมน้อยที่รกร้างท้ายหมู่บ้าน
ขั้นตอนที่ 7 การรับรองครัวเรือน (เวทีประชาคม ครั้งที่ 3)	3. การบำบัดฟื้นฟูผู้เข้ายาเสพติดด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและชุมชน	1. จัดทำแนวทางการป้องกันยาเสพติดระหว่างชุมชนกับโรงเรียนสร้างภูมิคุ้มกันด้วยโครงการ TO BE NUMBER ONE
ขั้นตอนที่ 8 การใช้มาตรการทางสังคม (MOU)	ต้องการได้แก่การทำ BA/BI การอบรมความรู้และให้คำปรึกษารายบุคคล/ครอบครัว การใช้กิจกรรมทางศาสนาสร้างสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและการติดตามตรวจปัสสาวะโดยชุมชน	โครงการโรงเรียนสีขาว 2. แนวทางการป้องกันยาเสพติดระหว่างชุมชนกับสถานประกอบการให้เฝ้าระวังปัญหายาเสพติดในโรงงาน

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอน	การบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง 4 ขั้นตอน	การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน
ขั้นตอนที่ 9 การรักษาสภาพชุมชนเข้มแข็ง	4.การติดตามหลังการบำบัด ด้วยการเยี่ยมบ้าน และการเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาในชุมชน	1.ดำเนินงานจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน 2.พัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างอาชีพ เสริมรายได้ การเฝ้าระวังโดยครอบครัวและกรรมการคุ้ม การให้ทุนอาชีพ การส่งเสริมตรวจปัสสาวะเป็นระยะ และคงความต่อเนื่อง

จากตารางที่ 1 จากผลการศึกษาสามารถสรุปรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง : กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอน และการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง 4 ขั้นตอน ร่วมกับการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

3. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามเครื่องชี้วัดคุณภาพกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561-2563

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ (ร้อยละ)	ผลงาน					
		ปี 2561		ปี 2562		ปี 2563	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อัตราผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดในชุมชน	100	6	23.07	9	37.51	19	90.47
อัตราการหยุดเสพ 3 เดือน	40	1	16.66	2	22.22	19	100
หลังการบำบัด (3 month remission rate)							
ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1Year)	50	1	16.66	2	22.22	19	100
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษา และติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง	60	0	0	1	50	1	100

จากตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามเครื่องชี้วัดคุณภาพกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561-2563 โดยการนำเอารูปแบบที่พัฒนาได้ในแต่ละปีมาใช้ ส่งผลให้ในปี 2563 พบว่า อัตราผู้ไข้ยาเสพติดเข้ารับการบำบัดในชุมชน มากถึงร้อยละ 90.47 โดยผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมดมีอัตราการหยุดเสพ 3 เดือนหลังการบำบัด ผู้ติดยาเสพติดทั้งหมดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงทั้งหมดได้รับการประเมิน บำบัดรักษา และติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบและวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988)⁽⁶⁾ ประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน 2) การลงมือปฏิบัติตามแผน 3) การติดตามสังเกตการณ์ และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ในระยะที่ 2 ดำเนินการอย่างน้อย 2 วงรอบระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ช่วงเวลาวิจัย 1 มิถุนายน 2561-31 ธันวาคม 2563 ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นพื้นที่สีแดง กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ไข้ยาเสพติด 21 คน แกนนำชุมชน 15 คน ตัวแทนแกนนำครอบครัว 24 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 11 คน ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดใน อบต. 1 คน ในรพ.สต 2 คน ครูและพัฒนาชุมชน 2 คน ตำรวจในพื้นที่ 2 คน รวม 78 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1)แบบบันทึกการบำบัดรักษา ยาเสพติดหรืออบส. (แบบคัดกรอง/ แบบบำบัดรักษา /แบบติดตามหลังการบำบัดรักษา) (2)แบบ

คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ไข้ยาและสารเสพติดหรือ บก.ส.ว2 (3) แนวทางประชาม และ (4) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) เครื่องมือที่เป็นกระบวนการวิจัย ได้แก่ การจัดทำประชาม การประชุมกลุ่มย่อย กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอน และ กระบวนการบำบัดในชุมชน 4 ขั้นตอน

อภิปรายผล

จากการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ตั้งแต่ ปี 2561 ที่ใช้เพียงการส่งตรวจปัสสาวะและส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้บทบาทางกฎหมายเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อน ส่งผลต่อการหยุดเสพยาของผู้ป่วยที่ยังมีอัตราที่น้อยกว่าเกณฑ์คุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้นำเอาปัญหาดังกล่าวมาพัฒนาการดำเนินงานต่อไปในปี 2562 โดยใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง ที่ได้ดึงเอาการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามากในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ผลลัพธ์ยังพบว่ายังขาดความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนโยนให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้แก้ไขปัญหา ส่งผลให้อัตราการหยุดเสพยาของผู้ป่วยยังน้อยกว่าเกณฑ์คุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2563 จึงได้นำเอาปัญหาดังกล่าวมาพัฒนาต่อ โดยใช้แนวคิดการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ไข้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นวิธีที่คุ้มค่า โดยอ้างอิงเอกสารทั่วโลกระบุว่า ผู้ไข้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน มีอัตราการเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล และประวัติทางอาชญากรรมลดลงอย่างเห็นได้ชัด⁽⁴⁾ สอดคล้องกับนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดของรัฐบาล เน้นการป้องกันกลุ่มเสี่ยงเพื่อไม่ให้เป็นผู้เสพยาใหม่ เพิ่มการเข้าถึงบริการการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรกเพื่อลดผลกระทบจากการไข้ยาเสพติดและภาวะแทรกซ้อนจากการไข้ยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สังคม ชุมชน และมีการพัฒนาระบบบริการที่มี

ประสิทธิภาพ นอกจากนั้น นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2558)⁽⁷⁾ ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า โดยศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ที่มีต่อผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยเสพติด และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยเสพติดยาบ้า ที่เข้ารับการบำบัดด้วย มีความเครียดลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ และอัตราการไม่กลับไปเสพติดซ้ำเพิ่มขึ้น ในส่วนของญาติผู้ป่วยเสพติดมีการทำหน้าที่ครอบครัวและมีความสุขในชีวิตเพิ่มขึ้น นรินยา แหะหมัดและคณะ⁽⁸⁾ ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดขณะบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา พบว่า กิจกรรมครอบครัวเป็นผู้มีความใกล้ชิด รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยในระหว่างการบำบัดรักษา ทำให้ครอบครัวสามารถรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ดี เพราะครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการบำบัดรักษาจึงทำให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้กำลังใจ การแสดงความรักเอาใจใส่ดูแล อันแสดงถึงการยกย่องยอมรับของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวได้เรียนรู้ มีความเข้าใจผู้ป่วย ผู้ป่วยก็ได้รับรู้ถึงความรัก ความเข้าใจที่ครอบครัวมีให้กับตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันความเสี่ยงที่จะทำให้อาการผู้ป่วยกลับไปเสพติดซ้ำ ทั้งนี้การดูแลผู้ติดยาเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและการเข้ารับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอังกูร ภัทรกร (2558) ได้ศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมของสถาบันธัญญารักษ์และการขาดงานของผู้ติดยาเสพติด พบว่าต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดมี

สถานะก่อนเข้าบำบัดคือเป็นผู้ที่มีงานทำคิดเป็นร้อยละ 51.18 ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมามีปัญหาต้อง ขาดงานเฉลี่ยเป็นเวลา 17 วัน เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังเป็นผู้ที่มีงานทำและทำงานในหน่วยงานเอกชน สามารถลางานเพื่อมาบำบัดรักษาโดยเฉลี่ยได้ ประมาณ 6 วัน ถ้าลางานมากกว่า 1 สัปดาห์ อาจมีผลกระทบต่อการทำงานได้

โดยสรุปแล้วการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ชุมชนต้องมีความพร้อมในการเข้าร่วมทุกขั้นตอน เป็นบริการที่บูรณาการการสร้างชุมชนเข้มแข็งร่วมกับการบำบัดในชุมชนอย่างกลมกลืน ส่งผลให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่บริการพยาบาลและบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชน ชุมชนเป็นเจ้าของสามารถควบคุมตรวจสอบได้ เป็นวิธีการบำบัดที่แทรกแซงชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่าการรักษาอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations on Drugs and Crime. World Drug Report. เอกสารเผยแพร่เรื่องการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้ติดยาเสพติดและติดยาเสพติด; 2017.
2. มานพ คณะโต. การสำรวจข้อมูลผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
3. กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม. สรุปผลการดำเนินงานยาเสพติด. มหาสารคาม : เอกสารอัดสำเนา; 2559.
4. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : บ.บอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด; 2561.

5. อังกูร ภัทรากกร ธัญญา สิงห์โต สำเนา นิลบรรพ. การศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมของสถาบันธัญญา รักษา และการขาดงานของผู้ติดยาเสพติด: วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558;24(2): 305-316.
6. Kemmis, S., McTaggart, R .The Action Research Planner (3rd ed.). Geelong. Australia: Deakin University; 1988.
7. นันทา ชัยพิชิตพันธ์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2558.
8. นุรินยา แหะหมัดและคณะ. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดขณะบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sctn.in.th/paper/24>