การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดยาบ้า โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ณ ชุมชนกองขยะหนองแขม เขตหนองแขม จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ธันวา บัวมหะกุล[*a], รัชดาภรณ์ บัวมหะกุล[**]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พัฒนา และประเมินผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางรูปแบบใหม่ ที่บูรณาการร่วมกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTM CBTx model) ดำเนินการในชุมชนกองขยะหนองแขม ระหว่างพฤศจิกายน 2567 ถึง พฤศจิกายน 2568 โดยแบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางแบบเดิม ผ่านการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วย และญาติหรือผู้นำชุมชน รวม 60 คน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ระยะที่ 2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากระยะที่ 1 เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบใหม่ให้สอดคล้องกับบริบท และระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง นำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบใหม่ ไปใช้กับอาสาสมัครผู้ป่วย 23 คน ประเมินผลก่อนและหลังบำบัด 16 สัปดาห์ และติดตามผลต่อเนื่องอีก 8 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินความเครียดและวัดคุณภาพชีวิต

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบเดิมมีจุดเด่นด้านการบำบัดแบบองค์รวมที่ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม แต่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร การจัดการข้อมูล และบริบทวัฒนธรรม เมื่อนำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้ พบว่าหลังการบำบัด 16 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความเครียดลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผลการติดตามที่ 8 สัปดาห์แสดงให้เห็นว่าสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยังคงดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและคงที่ สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบใหม่นี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเลิกยาได้อย่างยั่งยืน โดยพบอัตราการไม่กลับไปเสพซ้ำสูงถึงร้อยละ 86.96

คำสำคัญ: การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง; ผู้ป่วยเสพติดยาบ้า; TTM CBTx model

[*] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กองกัญชาทางการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
[**] นายแพทย์ชำนาญการ กองกัญชาทางการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
[a] Corresponding author: ธันวา บัวมหะกุล Email: thanwathaiwar@gmail.com
รับบทความ: 7 มี.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 23 มี.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 23 มี.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 4 มิ.ย. 69

Development of a Community-Based Rehabilitation Model for Methamphetamine Addicts Using Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine at Nong Khaem Landfill Community, Nong Khaem District, Bangkok

Thanwa Buamahakul[*a], Ratchadaphon Buamahakul [**]

Abstract

This research aimed to study, develop, and evaluate a new community-based treatment and rehabilitation model for methamphetamine addicts that integrates Thai traditional and alternative medicine (TTM CBTx model) in Nong Khaem garbage dump community between November 2024 and November 2025. The study was divided into three phases. Phase 1 evaluated the existing community-based treatment model through focus group discussions and in-depth interviews with four stakeholder groups: administrators, practitioners, patients, and relatives or community leaders; totaling 60 participants. The data were analyzed using content analyses. Phase 2 involved a participatory workshop with the samples from Phase 1 to utilize the findings in developing a new model tailored to the local context. Phase 3, a quasi-experimental study, applied the new model to 23 volunteered patients. Outcomes were assessed before and after a 16-week treatment, along with an 8-weeks follow-up, using stress and quality of life assessment tools.

The results revealed that the previous model's strengths included a holistic therapeutic approach with active family and community involvement; however, it faced limitations regarding personnel, data management, and cultural contexts. After implementing the new model, it was found that following the 16-week treatment, patients experienced a significant decrease in stress and an improvement in quality of life. Furthermore, the 8-week follow-up demonstrated that the patients' mental health and quality of life continued to improve or remained stable. This reflects that the new model can effectively assist patients in achieving sustainable abstinence, highlighting a high non-relapse rate of 86.96%.

Keywords: Community-based treatment (CBTx); Methamphetamine addicts, TTM CBTx model

บทนำ

[*] Medical Physician, Senior Professional Level

[**] Medical Physician, Professional Level.

Division of Medical Cannabis, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

[a] Corresponding author: Thanwa Buamahakul Email: thanwathaiwar@gmail.com

Received: Mar. 7, 26; Revised: Mar. 23, 26; Accepted: Mar. 23, 26; Published Online: Jun. 4, 26

ปัญหายาเสพติดเป็นวิกฤตการณ์ที่ยืดเยื้อและทวีความรุนแรงขึ้นทั่วทุกภูมิภาคของโลก ส่งผลกระทบเชิงลบอย่างมหาศาลต่อทั้งตัวบุคคลและสังคมโดยรวม ไม่ว่าจะเป็นการล่มสลายของสถาบันครอบครัว การตกงาน ความรุนแรงในบ้าน โดยเฉพาะการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ซึ่งสะท้อนถึงจำนวนปีที่ประชากรต้องสูญเสียไปจากความทุพพลภาพหรือการตายก่อนวัยอันควร สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โลกขององค์การสหประชาชาติ[1] ที่ระบุว่า ปัจจุบันมีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกสูงถึง 246 ล้านคน ในจำนวนนี้ยาบ้า (Methamphetamine) ถือเป็นหนึ่งในยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดสูง โดยเฉพาะในทวีปเอเชียซึ่งมีผู้เสพถึง 2 ใน 3 ของผู้เสพยาบ้าทั้งหมด 26 ล้านคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทย สถานการณ์การแพร่ระบาดมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากอุปทาน (Supply) การผลิตนอกประเทศที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับกลยุทธ์การค้าที่ทำให้ยาเสพติดมีราคาถูกลง ส่งผลให้เกิดผู้เสพรายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก สะท้อนจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2565 ที่มีผู้เข้ารับการบำบัดสูงถึง 120,915 คน[2] โดยส่วนใหญ่เป็นผู้เสพยาบ้า รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบสาธารณสุขปัจจุบัน ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน (เช่น FAST model) และผู้ป่วยนอก (เช่น Matrix model) แม้จะมีข้อดีในบางแง่มุม แต่ก็ยังมีข้อจำกัด ทั้งในแง่ของการต้องค้างคืนที่โรงพยาบาล หรือการเสียเวลาเดินทาง อีกทั้งยังไม่เพียงพอต่อการรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (เพิ่มขึ้น 26% ในรอบสิบปี)[3] ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลไทยจึงได้ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการแก้ไขปัญหา โดยการออกประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งยึดหลัก “ผู้เสพคือผู้ป่วย” และมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและพฤติกรรม[4] นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน ปัญหาที่สำคัญที่สุดซึ่งรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเดิมยังไม่สามารถแก้ไขได้อย่างยั่งยืน คือการกลับไปเสพซ้ำแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางกายดีขึ้นแล้วก็ตาม นี่จึงเป็นช่องว่างที่ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเดิมอาจยังไม่เพียงพอต่อการจัดการปัญหาด้านความคิดและพฤติกรรมในระยะยาว[5]

ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหานี้ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) และกระทรวงสาธารณสุข จึงได้มอบหมายให้ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เข้ามามีบทบาทในการพัฒนานวัตกรรมการบำบัด การนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก[6] มาประยุกต์ใช้นั้น มีรากฐานจากการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีศักยภาพในการอุดช่องโหว่ของการบำบัดแบบเดิม สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในภาคเหนือ[7] ที่พบว่าสถานบริการสาธารณสุขและชุมชนหลายแห่งได้นำรูปแบบการแพทย์แผนไทยมาใช้เป็นต้นแบบในการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการใช้ยาสมุนไพรเพื่อถอนพิษยา การอบและประคบสมุนไพร ควบคู่ไปกับการฟื้นฟูสภาพจิตใจด้วยการทำสมาธิบำบัด ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูทั้งวงจรของร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกจากการศึกษาประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนด้วยต้นตำรับยาสมุนไพรของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพมหานคร[8] ซึ่งติดตามประเมินผลเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าอาการถอนยาแอมเฟตามีนของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงหลังใช้ยา ข้อมูลเหล่านี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่า การบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบชุมชน เป็นนวัตกรรมที่มีความเหมาะสม ปลอดภัย ในการพัฒนาต่อยอด

ในการนี้ ผู้วิจัยได้เลือก "ชุมชนกองขยะหนองแขม" เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เนื่องจากเป็นชุมชนต้นแบบ ที่มีความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหายาเสพติด และผู้ป่วยในชุมชนยินดีเปิดเผยตัวตนเพื่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์การแพทย์แผนไทยฯ ได้ลงพื้นที่บำบัดในชุมชนนี้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2566 และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น สามารถลดปริมาณยาและควบคุมอาการอยากยาได้ แต่ยังคงไม่สามารถเลิกขาดได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมของชุมชนและความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดย มีชุมชนเป็นศูนย์กลางที่ผสมผสานศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อให้มีประสิทธิผลและความยั่งยืนยิ่งขึ้นต่อไป[9]

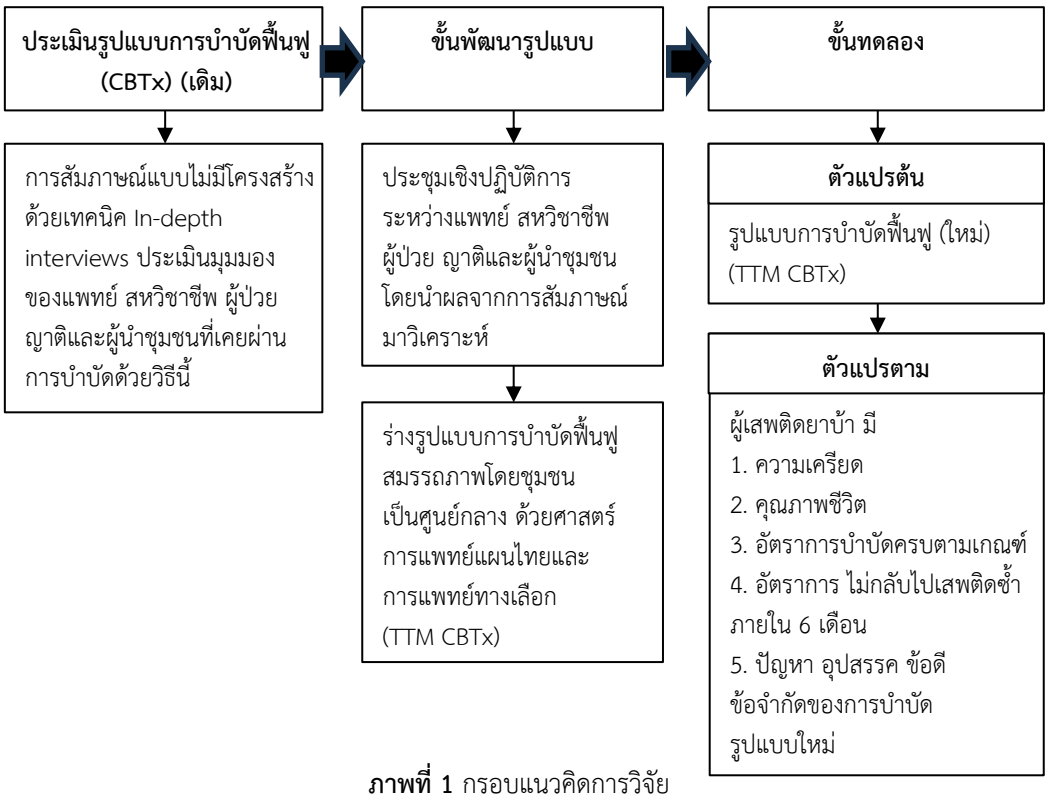
วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ในระยะที่ 1 และ 2)

2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ในระยะที่ 3)

สมมุติฐานการวิจัย การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดยาบ้าโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่พัฒนาขึ้นใหม่จะสามารถบำบัดผู้ป่วยเสพติดยาบ้าได้ดีกว่าแบบเดิม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดยาบ้าโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTM CBTx Model) ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดและทฤษฎีที่สำคัญเพื่อใช้เป็นตัวตั้งต้นในการพัฒนาโปรแกรม ดังนี้:

1. **แนวคิดการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง:** อ้างอิงตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขและประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564[4] ที่มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โดยยึดหลัก "ผู้เสพคือผู้ป่วย" เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกยาอย่างยั่งยืน
2. **แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและศาสตร์การแพทย์แผนไทย:** อ้างอิงตามแนวทางการรักษาของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข[10] ในการใช้ทฤษฎีความสมดุลของธาตุเจ้าเรือน และตำรับยาสมุนไพรเพื่อการถอนพิษ
3. **แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการแพทย์ทางเลือก:** ประยุกต์ใช้คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของกรมสุขภาพจิต[3] บูรณาการเข้ากับแนวคิดสมาธิบำบัด (SKT) ของสมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี[11] และธรรมะบำบัด ที่พบว่าการใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับสมาธิบำบัด สามารถลดอาการอยากยาและบรรเทาอาการทางจิตเวชได้ นำมาใช้เพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจ จัดการความเครียด และสร้างทักษะป้องกันการเสพซ้ำ
4. **แนวคิดการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม:** อ้างอิงตามทฤษฎีกระบวนการมีส่วนร่วมของ Dr. William E. Smith[12] ซึ่งเป็นเครื่องมือการจัดประชุมที่มุ่งเน้นการดึงศักยภาพและมุมมองเชิงบวก (Appreciation) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ออกมาใช้ออกแบบและพัฒนารูปแบบโปรแกรม (Influence and control) ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนกองขยะหนองแขมอย่างแท้จริง

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา ซึ่งแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะที่มีความต่อเนื่องกัน เพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ศึกษา ณ ชุมชนกองขยะหนองแขม เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร

ระยะที่ 1: การประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ

ในระยะแรกของการวิจัย มุ่งเน้นการประเมินสถานการณ์และรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางที่มีอยู่เดิมในพื้นที่ชุมชนกองขยะหนองแขม เพื่อทำความเข้าใจจุดแข็ง จุดอ่อน และความต้องการในการพัฒนา โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งได้ขอความยินยอมจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 4 กลุ่มสำคัญ ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์และการแพทย์แผนไทย 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งรวมถึงแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพ 3) กลุ่มผู้ป่วยเสพติดยาบ้า และ 4) กลุ่มญาติและผู้นำชุมชน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและรอบด้าน

กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 มีจำนวนทั้งสิ้น 60 คน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักที่มีประสบการณ์ตรงและมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน

เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถสะท้อนบริบท ปัญหา และความต้องการที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ได้อย่างรอบด้าน โดยแบ่งตามกลุ่มดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหาร จำนวน 4 คน ซึ่งเป็นแพทย์และผู้บริหารทางการแพทย์แผนไทยที่มีประสบการณ์ในการกำกับดูแลงานบำบัดยาเสพติดอย่างน้อย 1 ปี และผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้อง
2. กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 9 คน แบ่งเป็นแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 5 คน และทีมสหวิชาชีพ (พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข) ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 4 คน
3. กลุ่มผู้ป่วยเสพติด จำนวน 23 คน เป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน หรืออยู่ในระยะติดตามการรักษา
4. กลุ่มญาติและผู้นำชุมชน จำนวน 24 คน ประกอบด้วยผู้นำชุมชนและญาติของผู้ป่วย (ครอบครัวละ 1 คน) ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย อายุ 20 ปีขึ้นไป

ข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้จากทุกกลุ่มตัวอย่างในระยะนี้ จะถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อสรุปประเด็นสำคัญและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะต่อไป

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ

ในระยะที่สอง เป็นกระบวนการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTM CBTx Model) โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 เป็นฐาน ผู้วิจัยได้นำข้อสรุปและประเด็นความต้องการที่ค้นพบ มาใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในกระบวนการระดมสมองผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในระยะนี้ คือกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียชุดเดิมจากระยะที่ 1 เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องทางความคิดและการมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่มตามเดิม และจัดกิจกรรมการสนทนากลุ่มเพื่อระดมสมองในการพัฒนากิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้มีความจำเพาะและสอดคล้องกับบริบทจริงของผู้ป่วยเสพติดในชุมชน

หลังจากได้ข้อสรุปในภาพรวม ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเหล่านั้นมาพัฒนาเป็น "ร่างรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ" (Draft Model) จากนั้นจึงนำร่างรูปแบบฯ ดังกล่าวไปนำเสนอและจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานอีกครั้ง เพื่อประเมินตรวจสอบความสอดคล้องความถูกต้อง และความเหมาะสมในทางปฏิบัติ เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยจริง กระบวนการนี้เปิดโอกาสให้มีการวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อเสนอแนะทั้งหมดมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และปรับปรุงแก้ไขร่างรูปแบบฯ ซ้ำ จนกระทั่งได้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางในผู้เสพติดยาบ้าด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTM CBTx Model) ฉบับสมบูรณ์ ซึ่งโปรแกรมการบำบัด TTM CBTx Model ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 16 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 120-180 นาที) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักที่เป็นรูปธรรม ได้แก่

1. การประเมินและบำบัดด้วยยาสมุนไพร ผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติ ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด และรับยาสมุนไพรตามอาการทุกสัปดาห์ เช่น ตำรับยาเม็ดฟู่อดยาบ้า (ประกอบด้วย เถาวัลย์เปรียง กัญชา กระท่อม) เพื่อควบคุมอาการอยากยา น้ำมันกัญชา (เมตตาโอสถ/การุณย์โอสถ) เพื่อบรรเทาอาการปวดและลดความอยากยา รวมถึงยาปรับธาตุและรักษาตามอาการ

2. การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBTx) ดำเนินการต่อเนื่อง 16 หัวข้อหลักตามลำดับความพร้อมของผู้ป่วย เริ่มจากการสร้างแรงจูงใจ (สัปดาห์ที่ 1-3) การจัดการอารมณ์และความอยากยา (สัปดาห์ที่ 4-8) ทักษะการปฏิเสธและการป้องกันการเสพซ้ำ (สัปดาห์ที่ 9-15) ไปจนถึงการวางแผนชีวิต (สัปดาห์ที่ 16)

3. การแพทย์แผนไทยและทางเลือกบำบัด (TTM & alternative activities) เป็นกิจกรรมเสริมที่จัดสลับหมุนเวียนกันไป ประกอบด้วย การวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือน, สมาธิบำบัด (SKT) และธรรมะบำบัด หัตถการนวดและประคบสมุนไพร (ทุก 4 สัปดาห์) กิจกรรมครอบครัวบำบัด “รสสุคนธ์” โภชนาการ และอาชีวบำบัด (สัปดาห์ที่ 15)

ก่อนจะนำรูปแบบที่พัฒนาได้นี้ไปถ่ายทอดให้กับแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการดำเนินงานในระยะต่อไป

ระยะที่ 3: การทดลองใช้รูปแบบฯ (Phase 3: Implementation Phase)

ระยะที่สาม คือการนำรูปแบบ TTM CBTx Model ที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 มาทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าว การวิจัยในระยะนี้ใช้การวิจัยกึ่งทดลองในรูปแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างในระยะนี้ คือผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนกองขยะหนองแขม ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวนทั้งสิ้น 23 คน ทั้งนี้ แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีจำนวนจำกัดด้วยบริบทของพื้นที่ แต่ผู้วิจัยได้ทำการคำนวณขนาดตัวอย่าง สำหรับสถิติ Paired t-test (Two dependent groups) ด้วยโปรแกรม G*Power โดยอ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล (Effect size, d) ที่ 0.8 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน ให้ค่าอำนาจการทดสอบจริง (Actual power) สูงถึง 0.955 หรือ 95.58% ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานทั่วไปที่ยอมรับได้ (0.80) จึงเป็นการยืนยันว่าขนาดตัวอย่างดังกล่าวมีความเพียงพอในทางสถิติที่จะทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดนี้ได้

กระบวนการทดลองใช้รูปแบบ TTM CBTx Model มีระยะเวลาในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ทั้งสิ้น 16 สัปดาห์ (ประมาณ 4 เดือน) และหลังจากจบการบำบัดแล้ว ผู้วิจัยยังคงมีระยะเวลาการติดตามอาสาสมัครต่ออีก 8 สัปดาห์ (ประมาณ 2 เดือน) เพื่อประเมินผลในระยะยาว รวมระยะเวลาในการติดตามผลทั้งสิ้น 24 สัปดาห์ (6 เดือน) โดยผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการติดตามผลกลุ่มตัวอย่างอย่างใกล้ชิดทุกสัปดาห์ ตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ารับการบำบัดจนกระทั่งสิ้นสุดระยะเวลาการติดตามผล

เครื่องมือการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้แบ่งเครื่องมือและวิธีการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ (CBTx) เดิม

ในระยะนี้มุ่งเน้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือ 3 ส่วนหลัก ซึ่งดำเนินการโดยผู้ช่วยนักวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ แพทย์ และผู้บริหารทางการแพทย์แผนไทย เป็นการสัมภาษณ์เพื่อสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบ CBTx, นิยาม จุดเด่นที่ทำให้สำเร็จ และข้อจำกัดที่ทำให้ล้มเหลว
2. ข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (แพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพ) เป็นการใช้ชุดคำถามที่ออกแบบมาเพื่อเจาะลึกประเด็นปัญหา (จุดเด่นและโอกาสพัฒนา) และแนวทางที่คาดหวังในอนาคต (สิ่งที่ควรปรับปรุงและสิ่งที่ควรเติมเต็ม)
3. ข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มญาติ ผู้นำชุมชน และผู้ป่วยเสพติด เป็นการใช้แบบสอบถามแบบเปิด (ไม่มีโครงสร้าง) เน้นการสอบถามประสบการณ์ การรับรู้ บทบาทในการสนับสนุน การปรับตัวของครอบครัว และปัญหาอุปสรรคที่พบ

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ (TTM CBTx Model)

ในระยะนี้ใช้การประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของ Appreciation Influence Control (AIC) เป็นเครื่องมือหลัก เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามในการประชุมกลุ่ม โดยมีกระบวนการดังนี้

1. อภิปราย (90 นาที): ให้ข้อมูลย้อนกลับ (ข้อดี/ข้อจำกัดของ CBTx เดิม) แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. สนทนากลุ่มย่อย (120 นาที): แบ่งผู้เข้าร่วมเป็น 4 กลุ่ม (ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน สหวิชาชีพ ผู้ป่วย/ผู้นำชุมชน) เพื่อระดมสมองในหัวข้อ “ฝันเห็นการใช้ CBTx ในอนาคต”
3. สรุปและนำเสนอ (150 นาที): แต่ละกลุ่มนำเสนอสิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุงในรูปแบบการบำบัด

ระยะที่ 3: การทดลองใช้รูปแบบฯ (TTM CBTx Model)

ในระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง) ตลอดระยะเวลา 24 สัปดาห์ (บำบัด 16 สัปดาห์, ติดตามผล 8 สัปดาห์) โดยผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถาม 5 ส่วน:

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ 12 ข้อ (เช่น เพศ อายุ การศึกษา ประวัติการใช้ยาเสพติด ข้อมูลครอบครัว)

ส่วนที่ 2: แบบประเมินความเครียด เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต 20 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ (0-3) โดยการประเมิน 2 ครั้ง (ก่อนรับการบำบัดและสิ้นสุดการบำบัด)[13]

ส่วนที่ 3: แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ข้อมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ (1-5) โดยมี 3 ข้อที่เป็นคำถามเชิงลบและต้องกลับคะแนน (ข้อ 2, 9, 11) มีการประเมิน 2 ครั้ง (ก่อนรับการบำบัด และสิ้นสุดการบำบัด)[14]

ส่วนที่ 4: แบบบันทึกอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ใช้วิธีการคำนวณคือ (จำนวนผู้ป่วยที่บำบัดครบเกณฑ์ / จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) x 100

ส่วนที่ 5: แบบติดตามผลการบำบัด (การไม่กลับไปเสพซ้ำ) โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มีการติดตามหลังการบำบัด (ติดตามจนครบ 24 สัปดาห์) ใช้วิธีการคำนวณคือ (จำนวนผู้ป่วยที่ไม่กลับไปเสพซ้ำ [ผลปัสสาวะเป็นลบ] / จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายตามเกณฑ์) x 100

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ในระยะที่ 1 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยด้านยาเสพติด ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย และผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยและสถิติ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและการประเมินหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาของ (ร่าง) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ในระยะที่ 3 โดยผู้วิจัยนำข้อมูลในระยะที่ 1 กับ 2 มาปรับปรุง (ร่าง) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ จากนั้นนำ (ร่าง) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยยาเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจำนวน 3 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยด้านยาเสพติด ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย และผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยและสถิติ และนำผลการประเมินไปคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม (IOC) คำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และหาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficients)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ผู้วิจัยจึงแบ่งการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ประเมินผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แยกแยะ ตีความ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อคำถามที่ได้จากการระดมสมอง และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นใช้การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แยกแยะ ตีความ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 3 ทดลองใช้(ร่าง)รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้เสพติดยาบ้าโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTM CBTx Model) กับกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยติดยาเสพติด) ด้วยการวิจัยกึ่งเชิงทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง ระยะเวลาทดลองรูปแบบคือ 16 สัปดาห์ หลังจบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯ มีระยะเวลาการติดตามผลต่ออีก 8 สัปดาห์ จนครบ 24 สัปดาห์ (6 เดือน)

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน ผู้ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่และค่าร้อยละ
2. ข้อมูลการเสพติดได้แก่ อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรก อายุที่เริ่มเสพติดเป็นประจำ ระยะเวลาที่เสพติดต่อเนื่อง ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ ปริมาณยาเสพติดที่ใช้ วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ และค่าร้อยละ
3. เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้าโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งก่อนและหลังครบการบำบัด ดังนี้

3.1. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality test) ก่อน หากพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) จะใช้สถิติ Paired t-test แต่หากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ (Non-normal distribution) จะใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3.2. ศึกษาอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดของผู้ป่วยเสพติดยาบ้าและผลการบำบัดเมื่อผู้ป่วยบำบัดครบตามเกณฑ์

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รหัสโครงการ T002/68 ลงวันที่ 17 ตุลาคม 2568 เพื่อพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครซึ่งก่อนการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การปกปิดข้อมูล การทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี รวมถึงประโยชน์และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้เซ็นเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวจากผู้วิจัย

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูฯ (CBTx) เดิม ผลการประเมินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ในระยะที่ 1 ซึ่งศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 60 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ญาติ และชุมชน พบว่าโมเดลนี้มีจุดเด่นสำคัญ 4 คือ การมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง การบำบัดแบบองค์รวม การมีส่วนร่วม และความยั่งยืน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง นำผลจากระยะที่ 1 มาระดมสมองกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สังเคราะห์ และตรวจสอบ จนได้ “TTM CBTx Model” ฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ทดลองใช้ (ร่าง) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้เสพติดยาบ้าโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTM CBTx Model) กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยเสพติดยาบ้ากลุ่มสีเขียวที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 23 คน โดยวัดผลก่อน-หลังเข้าร่วมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผลการศึกษาในระยะที่ 3 แบ่งเป็น 3 ส่วน

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=23)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	16	69.57
	หญิง	7	30.43
อายุ (ปี)	20-30	10	43.48
	31-40	8	34.78
	41-50	4	17.39
	51-60	1	4.35
	อายุเฉลี่ย 31.65 ± 7.50 ปี, Min=20 ปี, Max=51 ปี		
สถานภาพสมรส	คู่	6	26.09
	โสด	12	52.17
	หย่าร้าง	5	21.74
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	3	13.04
	มัธยมศึกษา	11	47.83
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	9	39.13
อาชีพ	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	5	21.74
	รับจ้าง	12	52.17
	ว่างงาน	6	26.09
ผู้ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย	บิดา/มารดา	11	47.83
	สามี/ภรรยา	8	34.78
	เพื่อน/อยู่คนเดียว	4	17.39
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	14	60.87
	เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	9	39.13

ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเสพติด ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย (69.57%) ในช่วงวัยทำงาน 20–40 ปี (86.95%) โดยมีอายุเฉลี่ย 31.65 ปี มีอาชีพรับจ้างทั่วไป

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและคุณภาพชีวิตก่อน-หลังการบำบัดและเมื่อติดตามหลังรักษา 8 สัปดาห์ (n=23)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง ($\bar{x}$ ± SD)	หลังการทดลอง ($\bar{x}$ ± SD)	p_1	ติดตาม 8 สัปดาห์ ($\bar{x}$ ± SD)	p_2
คะแนนเฉลี่ยความเครียด	26.50 ± 4.25	16.25 ± 3.10	<0.001*	15.80 ± 2.95	0.803
คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต	65.40 ± 9.50	98.10 ± 10.20	<0.001*	101.50 ± 9.80	0.407

หมายเหตุ p_1 จาก paired t-test=เปรียบเทียบก่อน–หลังการทดลอง;
p2 จาก paired t-test=เปรียบเทียบหลังการทดลอง–ติดตามหลังรักษา 8 สัปดาห์

การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯที่มีต่อผู้ป่วยในเรื่องความเครียดและคุณภาพชีวิต พบว่า คะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนบำบัดกับหลังบำบัด (p<001) แต่เมื่อติดตามหลังรักษา 8 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดแตกต่างจากหลังการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.803) และจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อน-หลังการบำบัดตลอด 16 สัปดาห์ (n=23) พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง ก่อนบำบัดกับหลังบำบัด (p<0.001) แต่เมื่อติดตามหลังรักษา 8 สัปดาห์พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตในช่วงติดตามผล 8 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.407) เมื่อเทียบกับหลังการบำบัดทันที

ตารางที่ 3 อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดและผลการตรวจหาเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของผู้ป่วยเสพติดเมื่อติดตามหลังรักษา 8 สัปดาห์ (n=23)

กลุ่ม	อัตราการบำบัด		ผลการตรวจปัสสาวะ (ติดตาม 8 สัปดาห์)	
	ครบเกณฑ์	ไม่ครบเกณฑ์	ผลลบ	ผลบวก
ผู้ป่วยที่ศึกษา	21	2	20	3

การศึกษาอัตราการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของผู้ป่วยเสพติด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดครบ 16 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 91.30 และอัตราการไม่กลับไปเสพซ้ำร้อยละ 86.96 ภายใน 8 สัปดาห์หลังการรักษา

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เริ่มต้นจากการประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx Model) ในระยะที่ 1 ซึ่งพบจุดเด่น 3 ประการหลัก ได้แก่ การมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง การบำบัดแบบองค์รวม และการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชวนพิศ เคหาบาล[15] ที่ชี้ว่า CBTx "ชุมชนล้อมรักษ์" สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล[16] ที่กล่าวว่า CBTx ยังคงประสบปัญหาเชิงโครงสร้าง โดยเฉพาะความไม่พร้อมของบุคลากรในด้านทักษะและความเข้าใจ

ดังนั้น ในระยะที่ 2 จึงได้พัฒนารูปแบบใหม่ "TTM CBTx Model" โดยนำผลจากระยะที่ 1 มาแก้ไขข้อจำกัด และบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เข้าไปเป็นหลักในการบำบัดแบบองค์รวมตลอด 16 สัปดาห์ผ่านกิจกรรม เช่น การใช้ยาสมุนไพร หัตถการนวดประคบ และสมาธิบำบัด เพื่อแก้ไขจุดอ่อนเดิม ที่ไม่ครอบคลุมปัญหาทางกายและจิตใจ ในด้านการจัดการข้อมูล รูปแบบใหม่ได้กำหนดการติดตามผลเชิงรุกต่อเนื่องอีก 8 สัปดาห์ (รวม 24 สัปดาห์) และใช้เครื่องมือวัดผลมาตรฐาน (แบบประเมินความเครียด, WHOQOL) เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ ยังมีการบูรณาการทางสังคมและวัฒนธรรมให้เหมาะกับบริบทชุมชนกองขยะหนองแขม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว (กิจกรรมรสสุคนธ์) และการสร้างทักษะอาชีพ (อาชีวบำบัด) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นุชรีย์ ทองเจิม[17] ที่ระบุว่าการใช้ศักยภาพท้องถิ่นและระบบติดตามจะช่วยให้รูปแบบ CBTx มีประสิทธิผลในการลดการเสพซ้ำ การใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมาใช้ร่วมกับการบำบัดแล้วได้ผลดี ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธีระ ศรีโยธี[18] ที่พบว่าการแพทย์แผนไทยร่วมกับสมาธิบำบัดสามารถลดอาการอยากยาและอาการทางจิตได้

ในระยะที่ 3 ได้ทดลองใช้และประเมินผล TTM CBTx Model พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่บำบัดครบและไม่เสพซ้ำ โดยมีคะแนนความเครียดลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และผลยังคงดีเมื่อติดตามผล 8 สัปดาห์ ข้อดีที่พบคือ เป็นการบำบัดแบบองค์รวมที่ผู้ป่วยยอมรับว่ารักษาสุขภาพกายและสุขภาพจิตไปพร้อมกัน, การสร้างความยั่งยืนผ่านอาชีวบำบัด, การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวที่ทำให้ผู้ป่วยมีที่ยืนในสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชโลธร อัญชลีสหกร[19] และการตอบโจทย์วัฒนธรรมที่ช่วยลดการตีตรา

อย่างไรก็ตามแม้รูปแบบใหม่จะมีประสิทธิผล แต่ยังพบข้อจำกัดหลังการทดลองใช้ ได้แก่ ความไม่สะดวกในการทำกิจกรรมบางอย่างที่บ้านในชุมชนแออัด, ปัญหาตลาดอาชีพที่ไม่ยั่งยืน, และการที่ญาติบางส่วนยังไม่เชื่อถือในศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และที่สำคัญที่สุดคือการขาดความต่อเนื่องของงบประมาณและทรัพยากรหลังสิ้นสุดโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัฒนา ภัทรพักตร์[20] ที่ประเมินโครงการ CBTx ในอำเภอปากเกร็ด

สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) 3 ระยะ เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในผู้ป่วยยาบ้า (CBTx) โดยบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในชุมชนกองขยะหนองแขม ระยะที่ 1 (ประเมิน) พบว่ารูปแบบ CBTx เดิมมีจุดเด่น 4 ด้าน (การมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง องค์รวม การมีส่วนร่วม และความยั่งยืน) แต่ก็มีข้อจำกัด 3 ประการ คือ ด้านบุคลากร การจัดการข้อมูล และบริบทวัฒนธรรม ระยะที่ 2 (พัฒนา) ได้นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบใหม่ “TTM CBTx Model” ผ่านการระดมสมองกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระยะที่ 3 (ทดลอง) นำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 23 คน ผลพบว่าหลังการบำบัด 16 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความเครียดลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และเมื่อติดตามผลต่ออีก 8 สัปดาห์ (รวม 24 สัปดาห์) พบอัตราการไม่กลับไปเสพซ้ำสูงถึงร้อยละ 86.96

ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างกลุ่มที่ใช้ TTM CBTx Model กับกลุ่มที่ใช้ CBTx รูปแบบมาตรฐาน เพื่อยืนยันประสิทธิผลของศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่เพิ่มเข้ามา และอาจจะขยายขนาดและพื้นที่ศึกษา เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ใหญ่ขึ้น และศึกษาในชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อให้สามารถสรุปผลและอ้างอิงผลลัพธ์ได้กว้างขวางขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบ TTM CBTx Model สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติและปรับรูปแบบการให้บริการได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยสถานบริการสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพสามารถนำกระบวนการบำบัดแบบองค์รวม 16 สัปดาห์ และการติดตามผลเชิงรุก 8 สัปดาห์ไปปรับใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ควบคู่กับการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพให้แพทย์แผนไทยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างไร้รอยต่อ ในระดับบริหารควรพิจารณาบูรณาการรูปแบบนี้เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พร้อมจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนทรัพยากร นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานควรจัดกิจกรรมสร้างความเข้าใจเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นแก่ญาติและชุมชนเกี่ยวกับความปลอดภัยของศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตลอดจนประสานความร่วมมือกับศูนย์ฝึกอาชีพเพื่อสร้างเครือข่ายตลาดแรงงานรองรับผู้ผ่านการบำบัด ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาความไม่ยั่งยืนของการทำอาชีวบำบัด และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2023. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2023.
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั่วประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: http://www.oncb.go.th/
3. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565.
4. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้/ผู้เสพติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติดใหม่. นนทบุรี: สำนักพัฒนาระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด; 2564.
5. กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
6. ไหมไทย ศรีแก้ว, ณัฐติญา นกแก้ว, จุฑามาศ ศุภพันธ์, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, นงลักษณ์ เอี่ยมปี. การบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ภูมิปัญญาไทย: กรณีศึกษาวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2561;11(2):234-42.
7. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548 [เข้าถึงเมื่อ 2569 มีนาคม 23]. เข้าถึงได้จาก: https://archive.lib.cmu.ac.th/part/N/2548/nsh500102_48_abs.pdf

8. โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน. ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนด้วยต้นตำรับยาสมุนไพรโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2566.
9. ชมพูนุท พบสุข. กลไกความสำเร็จของกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนกองขยะหนองแขม เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร. วารสารนิติศาสตร์และสังคมท้องถิ่น. 2566;7(2):1-15.
10. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
11. สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ (SKT). กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
12. Smith WE. The AIC Model: Appreciation, Influence, Control. Washington DC: World Bank; 1991.
13. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพ์มาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. วารสารสวนปรุง. 2540;13(3):1-20.
14. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิไลวรรณ พรไตรรัตน์, พิมพ์มาศ ตาปัญญา, วิไลภรณ์ ปัญญา, ปริทรรศ ศิลปกิจ. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
15. ชวนพิศ เคหาบาล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้รูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” ต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเสพสารแอมเฟตามีนของผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2568;6(2):274-287.
16. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. ศูนย์คัดกรองตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด. 2566;1(1):1-14.
17. นุชรีย์ ทองเจิม, ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์, ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2566;13(2):17-30.
18. ธีระ ศรีโยธี. ประสิทธิผลและความปลอดภัยในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2568.
19. ชโลธร อัญชลีสหกร. กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนกรณีศึกษาสารภีโมเดล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชญาวิทยาและงานยุติธรรม]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
20. พัฒนา ภัทรพักตร์. การประเมินโครงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษา อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารรัฐกิจ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2567.