

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ

ธีรนนท์ ผิวผา, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนา รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างเดือนตุลาคม 2567- มีนาคม 2568 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ยาเสพติดและสังเคราะห์รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ สุ่มตัวอย่างแบบไม่ทราบความน่าจะเป็น(Nonprobability sampling) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 92 คน ระยะที่ 2 การพัฒนา รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) ลงมือปฏิบัติ 3) การติดตามผล 4) การสะท้อนกลับ สุ่มตัวอย่างแบบไม่ทราบความน่าจะเป็น(Nonprobability sampling) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(Purposive sampling) จากผู้ป่วยยาเสพติดที่มารับบริการในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ 22 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา(Descriptive Statistics) และสถิติชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน(Dependent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

ผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์ยาเสพติดมีความรุนแรงทั้งต่อทรัพย์สินและต่อผู้อื่น บุคลากร งบประมาณ และสถานบำบัดไม่เพียงพอ การติดตามไม่ต่อเนื่อง การเชื่อมโยงข้อมูลที่ไม่เป็นระบบ และบุคลากรยังขาดทักษะและองค์ความรู้เพียงพอ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) ระยะก่อนบำบัด ทำงานเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่าย กำหนดแนวทางการดูแลเฝ้าระวัง เพิ่มทักษะการดูแลและส่งต่อ 2) ระยะบำบัด ดำเนินงานตามแนวทาง Patient Journey (กระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เข้ารับบริการจนถึงการติดตาม) จัดตั้งมินิศูนย์รักษ 4 แห่ง 3) ระยะติดตาม จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมแบบพักคอย 9 แห่ง ผลการพัฒนา รูปแบบ พบว่า ผู้เข้ารับการรักษา 1,066 คน บำบัดครบร้อยละ 80.02 บำบัด ไม่ครบ ร้อยละ 19.98 หยุดเสพยาเสพติด ร้อยละ 67.53 กลับไปเสพยาซ้ำร้อยละ 32.47 และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต หลังติดตาม 3 เดือน ($\bar{x} = 80.43, SD = 3.71$) สูงกว่าหลังบำบัดครบ ($\bar{x} = 61.44, SD = 1.88$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 37.40, p < 0.001$) ดังนั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์เชิงนโยบาย ควรนำผลการศึกษานี้ไปประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่ายทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนา รูปแบบ, การบำบัดรักษา, การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด, แบบบูรณาการ

The Development of Integrated Treatment and Rehabilitation Model For Drug addicts Sisaket Province

Thiranan Phuipha, M.N.S.¹

Abstract

This study was a research and development (R&D) project aimed at developing an integrated model for the treatment and rehabilitation of drug addicts in Sisaket Province, which was conducted between October 2024 and March 2025. The study was divided into two phases. Phase 1 involved examining the drug situation and synthesizing an integrated treatment and rehabilitation model for drug addicts in Sisaket Province. Nonprobability sampling with purposive selection was used to recruit 92 participants from the Sisaket Provincial Narcotics Control and Suppression Committee. Phase 2 focuses on model development through participatory action research consisting of four steps: (1) planning, (2) implementation, (3) monitoring, and (4) reflection. Nonprobability purposive sampling was employed to select drug patients receiving services at 22 hospitals under the Sisaket Provincial Public Health Office. Data were analyzed using descriptive statistics and the dependent t-test, with the significance level set at < 0.05 .

The results revealed that the findings indicated that the drug situation was severe, with impacts on both property and individuals, while personnel, budgets, and treatment facilities were insufficient. There was also a lack of continuity in follow-up, poor data linkage, and inadequate staff skills and knowledge. The developed model comprised three stages: (1) pre-treatment, involving proactive collaboration with community networks, establishing surveillance and care guidelines, and enhancing care and referral skills; (2) treatment, following the Patient Journey approach and establishing four “Mini Thanyarak” centers; and (3) follow-up, establishing nine community-based social rehabilitation centers with temporary stay facilities. A total of 1,066 patients participated in the program, of whom 80.02% completed treatment and 19.98% did not. Among them, 67.53% remained abstinent, while 32.47% relapsed. The mean quality of life score after three months of follow-up ($\bar{X} = 80.43$, $SD = 3.71$) was significantly higher than at the end of treatment ($\bar{X} = 61.44$, $SD = 1.88$) with statistical significance ($t = 37.40$, $p < 0.001$). Therefore, to achieve policy benefits, the findings should be used to promote concrete and sustainable collaboration among social networks in addressing drug addiction.

Keywords: Model development, Treatment, Rehabilitation of drug addicts, Integrated treatment model

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันพบการแพร่ระบาดของยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก คาดว่าจะมีประชากร 275 ล้านคนหรือร้อยละ 5.5 ของประชากรทั่วโลกที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี ใช้ยาและสารเสพติด และพบว่ามีการติดจากการใช้ยาเสพติด 36.3 ล้านคน (UNODC, 2021) ซึ่งในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 8 เท่านั้นที่เข้ารับการรักษา ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งทางด้านกำลังคน เศรษฐกิจ สังคม และการเมืองการปกครอง (BNN, 2022) ประเทศไทยพบปัญหาโรคทางจิตเวชและความผิดปกติทางพันธุกรรมจากการใช้สารเสพติดเป็นสาเหตุอันดับแรกของการก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year: DALYs) คิดเป็น 929.1 พันปีของประชากรไทยประมาณ 1025.5 พันปี (สถาบันงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560) โดยพบผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในปี 2565-2567 จำนวน 127,809, 183,079 และ 212,057 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าสถานการณ์ยาเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญและมีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้เสพ ครอบครัว ชุมชน สังคม เศรษฐกิจ และประเทศชาติโดยรวม (Antasari et al., 2019) ดังนั้นรัฐบาลจึงกำหนดปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ พร้อมทั้งออกพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติดปี พ.ศ. 2564 กำหนด “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาพัฒนาคุณภาพชีวิต (กรมการแพทย์, 2567) มุ่งเน้นการพัฒนาและฟื้นฟูมนุษย สอดคล้องกับประเด็นความมั่นคงทางสุขภาพ (Health Security) ที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ (สำนักงาน ปปส, 2566) ในปี 2566 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้จัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และจัดตั้งมินิศูนย์รักษ

ทุกจังหวัด พร้อมทั้งกำหนดให้มีการจัดตั้งและควบคุมคุณภาพมาตรฐาน ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2565-2567 จำนวน 3,236, 4,145 และ 4,337 ราย ตามลำดับ พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 92.71 พบช่วงอายุ 25-30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 19.44 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.87 ยาเสพติดหลักที่ใช้พบยาบ้ามากที่สุดร้อยละ 95.76 จำแนกเป็นผู้เส่มากที่สุด ร้อยละ 60.57 พบผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) จำนวน 724 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง และข้อร้องเรียนมายังศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดศรีสะเกษ ในปี 2567 จำนวน 69 ราย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยการค้นหาคัดกรองแยกผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยา ส่งต่อให้การบำบัดรักษาในสถานพยาบาลตามความเหมาะสม และส่งต่อศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมให้การดูแลช่วยเหลือด้านการฝึกอาชีพ การศึกษา ตลอดจนการติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ 1 ปี เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด มุ่งสู่การคืนคนดีสู่สังคม (กรมการแพทย์, 2567) อย่างไรก็ตามการค้นหาคัดกรองผู้ติดยาเสพติดในชุมชน เป็นเรื่องยาก และไม่สามารถคาดคะเนหรือระบุจำนวนกลุ่มผู้ติดยาเสพติด (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จึงทำให้ขาดโอกาสที่จะนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา จนนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไม่ยินยอมเข้ารับการบำบัดรักษา (บุรฉัตร จันทรแดง, 2560) การถูกตีตราจากโครงสร้างการจัดการและทัศนคติ

ของสังคม (Varinder, K, Sylvia, L., Douglas, A., Tim. M., 2025) ทำให้ผู้ติดยาเสพติดไม่สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้เท่าที่ควร (กรมการแพทย์, 2567) และยังพบปริมาณของยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบกับราคายาเสพติดที่ถูกกลบ เป็นปัจจัยเสริมให้กลุ่มผู้เสพสามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย ทำให้การแพร่ระบาดของยาเสพติดยังอยู่ในภาวะรุนแรง (Office of Narcotics Control Board, 2020) ขาดการบูรณาการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การประสานงานความช่วยเหลือในพื้นที่ที่มีความยากลำบาก (อาภรณ์ ภูมิ, 2567) รวมทั้งบุคลากรไม่เพียงพอ และการติดตามไม่ต่อเนื่อง ทำให้เด็กและเยาวชนกลุ่มเสี่ยงเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคม (Rawson, 2013) จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู ทางกายและสังคม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต (Paplo et al., 2025)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านยาเสพติดส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาในระดับพื้นที่ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของเซลล่า เฟบริต้า ปูเตอร์ริ ยูโทโม และคณะ (Shella et al., 2024) ศึกษาการพัฒนากระบวนการปฏิบัติการฟื้นฟูแบบองค์รวม: การวิเคราะห์ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การศึกษาของ บำรุง วงษ์นัม แสงเดือน ดีผิว และสุรพล สุพวง (2567) ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อตัวแบบบลูปริ: กรณีสึกษาอำเภอโคกสำโรง ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชน การระการดูแลผู้ป่วยลดลงจาก 3.48 เป็น 2.85 การศึกษาของอาภรณ์ ภูมิ (2567) ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

ที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการจังหวัดมหาสารคาม ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการ สามารถคัดกรองผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ และการศึกษาของปรัชญานี คำเหลือ และพวงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์ (2566) ศึกษาการพัฒนากระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลางโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอศรีรัตนะ ทำให้เกิดรูปแบบที่พัฒนาขึ้น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ภาคีเครือข่าย กระบวนการมีส่วนร่วม แนวทางและองค์ประกอบของการจัดตั้งหอผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ด้านการบำบัดรักษามีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด 64 คน จำหน่ายกลับบ้าน 39 คน และเลิกได้ 37 คน (94.87%) กลับไปเสพยา 2 คน (3.12%) ซึ่งเป็นการศึกษาในบางพื้นที่ แต่ยังไม่มีการศึกษาในระดับจังหวัดศรีสะเกษ

ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงสนใจศึกษาการพัฒนากระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ป้องกันการกลับไปเสพยา ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด สอดคล้องตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล ว่าด้วยการป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ที่กำหนดทิศทางการขับเคลื่อนงานโดยบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนตลอดไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จังหวัดศรีสะเกษ
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ
- 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ

สมมุติฐานการวิจัย

- 1) สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเสพติด มีผลต่อการกำหนดและพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ
- 2) รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้น ส่งผลต่อประสิทธิผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1) ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา การบริหารจัดการ การประสานงาน ปัญหาอุปสรรค/แนวทางการแก้ไข สุ่มตัวอย่างแบบ ไม่ทราบความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปราม จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 92 คน ผ่านการพัฒนาคุณภาพหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) ของเนื้อหาเท่ากับ 0.92 นำมาวิเคราะห์ร่างรูปแบบในระยะที่ 2

2) ระยะที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบความตรงภายในรูปแบบ โดยให้การสนทนากลุ่มของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 25 ท่าน

ประกอบด้วย จิตแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ แพทย์โรงพยาบาลมินิธัญญารักษ์ และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความตรงภายนอก รูปแบบ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดทฤษฎีของเคมมิสและแม็กแทกการ์ด (Kemmis & Mc Taggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (P-Plan) 2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (A-Action) 3) การติดตามสังเกตการณ์ (O- Observer) และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (R-Reflex) มีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ทราบความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งประกอบไปด้วยจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่มารับบริการในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 22 แห่ง ในระหว่างเดือนตุลาคม 2567- มีนาคม 2568 จำนวน 1,066 คน

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) จากการประชุม และแบบสอบถามข้อมูลสถานการณ์สภาพปัญหา การบริหารจัดการ การประสานงาน และปัญหาอุปสรรค/แนวทางการแก้ไข นำมารวบรวมจัดหมวดหมู่โดยการวิเคราะห์โครงสร้างและเนื้อหา (Content analysis) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน (Working Model) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดเพื่อ “คืนคนสู่สังคมอย่างปลอดภัย” ของกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) แล้วนำมาใช้เพื่อพัฒนารูปแบบตามแนวคิดทฤษฎีของเคมมิสและแม็กแทกการ์ด (Kemmis & Mc Taggart,

1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน รายละเอียดแสดง
ในภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลสถานการณ์/สภาพ
ปัญหาสุขภาพจิต การบริหารจัดการ การประสานงาน
และปัญหาอุปสรรค/แนวทางแก้ไข ที่ผ่านการพัฒนา
คุณภาพหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)
จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยการวิเคราะห์คำนวณ
ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective
Congruence: IOC) จากค่าความสอดคล้องที่ยอมรับได้
ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)
ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา 0.92

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกระบบข้อมูลการบำบัดรักษา
และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.1-5) และ
แบบรายงานตามตัวชี้วัดการบำบัดรักษาและฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (Treatment & Rehabilitation)
กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีรายละเอียดเครื่องมือ ดังนี้

1) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติด
เพื่อรับการบำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข (บค.กสธ.) V2
(สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2559) แบ่งเป็น 3 ระดับ

ดังนี้ ผู้ใช้ยาเสพติด (2-3 คะแนน) ผู้เสพยาเสพติด
(4-26 คะแนน) และผู้ติดยาเสพติด (27 คะแนน ขึ้นไป)

2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt
Aggressive Scale: OAS) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน นิยมใช้อย่าง
แพร่หลาย ได้รับการทดสอบพบว่ามีความเที่ยงตรง
(validity) = 0.82 และความเชื่อมั่น (Reliability) = 0.78
โดยแบ่งเป็น 3 พฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว
รุนแรงต่อตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้ง
คำพูดและการแสดงออก และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
ต่อทรัพย์สิน ซึ่งรายละเอียดค่าคะแนนแบ่งตามระดับ
ความรุนแรง ดังนี้ กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1
คะแนน เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน และฉุกเฉิน
(Emergency) OAS = 3 คะแนน

3) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ
ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือที่มี
มาตรฐานนิยมใช้อย่างแพร่หลาย ได้รับการทดสอบ
พบว่ามีค่าความเที่ยงตรง (validity) = 0.65 และความ
เชื่อมั่น (Reliability) = 0.84 ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน
ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ
ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีข้อคำถามถึง
ประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
26 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต ดังนี้
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26-60 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง
(61-95 คะแนน) และคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน)

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive
Statistics) แจกแจงความถี่ ร้อยละ การวิเคราะห์เนื้อหา
(Content analysis) ในการอธิบายผลการศึกษา ความ
เหมาะสมของเนื้อหาเชิงโครงสร้างของรูปแบบ ประโยชน์
ของการนำไปใช้จริง ได้จากการสนทนากลุ่ม และสถิติ
t-test แบบกลุ่มตัวอย่างไม่อิสระ (Dependent t-test
หรือ Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ (P<0.05)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-171 ตั้งแต่วันที่ 25 กันยายน 2567 – 24 กันยายน 2568 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตน และประโยชน์ที่ได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย มีการเซ็นใบยินยอมตามความสมัครใจเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการประเมินของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใดทั้งในปัจจุบันและในอนาคตจะนำเสนอเป็นภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์ยาเสพติด

1) ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้เป็นคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จำนวน 92 คน ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) แจกแจงความถี่ ร้อยละ พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง (58.7% ต่อ 41.3%) ส่วนใหญ่อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 41.3 รองลงมาอายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.5 จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 66.3 และปริญญาโท ร้อยละ 33.7 ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านยาเสพติด 6-10 ปี ร้อยละ 33.7 และรองลงมา 16-20 ปี ร้อยละ 20.7

2) วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

วิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมศูนย์คณะกรรมการอำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ตอบแบบสอบถามข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ยาเสพติด

ในพื้นที่มีความรุนแรง มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นร้อยละ 22.8 และทำลายทรัพย์สิน ร้อยละ 77.2 การบริหารจัดการ (คน เงิน ของ) ไม่เพียงพอ ร้อยละ 98.9 การติดต่อประสานงานส่วนใหญ่เป็นแบบทางการร้อยละ 73.9 รองลงมาเป็นแบบไม่เป็นทางการ ร้อยละ 26.1 ปัญหาอุปสรรค พบว่า บุคลากรไม่เพียงพอ ร้อยละ 56.5 งบประมาณไม่เพียงพอ ร้อยละ 29.3 สถานที่บำบัดรักษาไม่เพียงพอ ร้อยละ 5.4 ขาดการประสานงานข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 2.2 เจ้าหน้าที่ขาดทักษะและองค์ความรู้ ร้อยละ 2.2 และการติดตามไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 3.3

การวิจัยระยะที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ

1. วิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) จากการประชุม และแบบสอบถามข้อมูลสถานการณ์ สภาพปัญหา การประสานงาน การบริหารจัดการ และปัญหาอุปสรรค/แนวทางการแก้ไข ได้องค์ประกอบของรูปแบบการดำเนินงาน (Working Model) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ (SSK Model: Situation, Safe, knowledge) รายละเอียดดังนี้

1.1 ระยะก่อนเข้ารับการรักษา (Pre Hospital Care) ขับเคลื่อนกลไกการทำงานเชิงรุกแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการติดตามสถานการณ์ยาเสพติด (Situation Monitoring and Integrated) การใช้สื่อประชาสัมพันธ์สร้างความรอบรู้ด้านยาเสพติด (Drug literacy) ทักษะชีวิต และสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ มีการค้นหาคัดกรองผู้ติดยาและสารเสพติดในชุมชน บูรณาการร่วมกับด่านชุมชนปากหวาน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการให้การดูแลช่วยเหลือ จัดทำทะเบียน

รายบุคคล มีการซ่อมแผนเผชิญเหตุการณและแจ้งเหตุด่วนฉุกเฉิน 191 หรือ 1669 พร้อมทั้งดูแลเฝ้าระวังโดยใช้ 5 สัญญาณเตือน ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจก่อความรุนแรงในชุมชน

1.2 ระยะเข้ารับการรักษา (In Hospital Care)

การบำบัดรักษาที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย (Safe) ตามแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน (Patient journey) (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) โดยมีการคัดกรองในศูนย์คัดกรองยาเสพติด จำนวน 254 แห่ง ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ประเมินการติดยาเสพติด (V2) เพื่อส่งต่อสถานพยาบาล 22 แห่ง และโรงพยาบาลมินิธัญญารักษ์ จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ มินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลศรีรัตน มินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลปรางค์กู่ มินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลเมืองจันทร์ และมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน การบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน “CBTx ชุมชนล้อมรั้ว” 22 อำเภอ 64 หมู่บ้าน พร้อมทั้งส่งต่อฟื้นฟูในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระยะยาว 120 วัน จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ หน่วยพัฒนาการเคลื่อนที่ 53 และกองร้อยอาสาสมัครรักษาดินแดนจังหวัดศรีสะเกษ พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลติดตามก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชน

1.3 ระยะหลังเข้ารับการรักษา (Post Hospital Care)

ขับเคลื่อนกลไกการทำงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการดูแลเฝ้าระวัง ติดตามต่อเนื่อง 1 ปี พร้อมทั้งส่งต่อศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมแบบพักคอยนำร่อง 9 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองศรีสะเกษ กันทรารมย์ ราษีไศล อุทุมพรพิสัย

ขุนันท์ ขุนหาญ ภูสิงห์ น้ำเกลี้ยง และอำเภอบงญอลักษ์ คู่มือช่วยเหลือให้ความรู้ (Knowledge) พัฒนาทักษะและการฝึกอาชีพ การศึกษา ที่อยู่อาศัย และทุนประกอบอาชีพ เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา ลดอันตรายจากการใช้ยา และสารเสพติด พัฒนาคุณภาพชีวิต คืบคนดีสู่สังคม สอดคล้องกับการศึกษาของเซลล์า เพบริต้า ปูเตอร์ริ ยูโทโม และคณะ (Shella et al., 2024) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการปฏิบัติการฟื้นฟูแบบองค์รวม ซึ่งพบว่า พัฒนารูปแบบการฟื้นฟูแบบองค์รวม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดดีขึ้นรายละเอียดดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ

2. การดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของเคมมิสและแม็คแท็กการ์ด (Kemmis & Mc Taggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนรายละเอียดดังนี้

วงรอบที่ 1 เดือนตุลาคม 2567 - ธันวาคม 2567

1) การวางแผนปฏิบัติงาน (P1: Plan) นำรูปแบบการดำเนินงาน (Working Model) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ (SSK Model) นำเสนอต่อคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษ

เกษ เพื่อกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน
ครอบคลุมทั้งจังหวัด

2) การดำเนินงาน (A1: Action) ขับเคลื่อนโดย
ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด
ศรีสะเกษ บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่
เจ้าหน้าที่ปกครอง ตำรวจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน (อ.ส.ม.) และประชาชนในพื้นที่ ตั้งแต่ระยะก่อน
เข้ารับการรักษา (Pre Hospital Care) ดำเนินการทำงาน
เชิงรุก ค้นหา คัดกรอง ดูแลเฝ้าระวัง ส่งต่อ ติดตาม
สถานการณ์ยาเสพติด จัดทำทะเบียนรายบุคคล
ประชาสัมพันธ์สื่อสร้างความรอบรู้ด้านยาเสพติด
(Drug literacy) ผ่านวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย
จังหวัดศรีสะเกษ และหอกระจายข่าวในหมู่บ้านชุมชน
ทุกแห่ง เสริมสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจโดยการ
ดำเนินงานโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
TO BE NUMBER ONE พร้อมทั้งมีการซ่อมแผนเผชิญ
เหตุการณ์และแจ้งเหตุด่วนฉุกเฉิน 191 หรือ 1669
ครอบคลุมทุกอำเภอ ระยะเข้ารับการรักษา (In Hospital
Care) ตามแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ
อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน (Patient journey) (กระทรวง
สาธารณสุข, 2568) คัดกรองในศูนย์คัดกรองยาเสพติด
จำนวน 254 แห่ง ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
(Overt Aggression Scale: OAS) ประเมินการติดยาเสพติด
(V2) เพื่อส่งต่อสถานพยาบาล 22 แห่ง และโรงพยาบาล
มินิธัญญารักษ์ จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ มินิธัญญารักษ์
โรงพยาบาลศรีรัตนะ มินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลปรางค์กู่
มินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลเมืองจันทร์ และมินิธัญญารักษ์
โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟู
สมรรถภาพอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน การบำบัดโดยการ
มีส่วนร่วมของชุมชน “CBTx ชุมชนล้อมรั้ว” 22 อำเภอ
64 หมู่บ้าน พร้อมทั้งส่งต่อฟื้นฟูในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้

ติดยาเสพติดระยะยาว 120 วัน จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ หน่วย
พัฒนาการเคลื่อนที่ 53 และกองร้อยอาสารักษาดินแดน
จังหวัดศรีสะเกษ และระยะหลังเข้ารับการรักษา (Post
Hospital Care) ส่งต่อศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมแบบ
พักคอยนาร่อง 9 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองศรีสะเกษ
กันทรารมย์ ราษีไศล อุทุมพรพิสัย ขุขันธ์ ขุนหาญ ภู
สิงห์ น้ำเกลี้ยง และอำเภอเบญจลักษ์ ดูแลช่วยเหลือให้การ
ฝึกอาชีพ การศึกษา ที่อยู่อาศัย และทุนประกอบอาชีพ
เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาฯ ลดอันตรายจากการใช้ยา
และสารเสพติด พัฒนาคุณภาพชีวิต คืนคนดีสู่สังคม

3) การติดตาม (O1: Observation) ลงพื้นที่
ติดตาม สังเกตการณ์การดำเนินงานตามรูปแบบร่วมกับ
ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการประชุมโต๊ะข่าวยาเสพติด
และการประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกัน
และปราบปรามยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษทุกเดือน
เพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความ
มั่นใจในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งประสานเชื่อมโยง
ข้อมูลข่าวสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็น
ระบบ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาหรืออุบัติการณ์
ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

4) การสะท้อนกลับ (R1: Reflection)
รวบรวมข้อมูล แนวทาง สรุปผลการดำเนินงาน รวมทั้ง
ปัญหาอุปสรรคมาวิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนา
สะท้อนผลการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย
พร้อมทั้งนำเสนอต่อการประชุมคณะกรรมการ
ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อร่วมวางแผนการดำเนินงานต่อไป

ผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า
ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมยังไม่มี การดำเนินงาน
อย่างเป็นรูปธรรม มีเพียงศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมแบบพัก
คอยนาร่อง 1 แห่ง ที่มีการดำเนินงานรับผู้ป่วยที่มีปัญหา
ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดูแลและฟื้นฟูเมื่อเทียบ
กับผู้เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติด
ยาเสพติด จำนวน 1,066 คน และมีพฤติกรรมก้าวร้าว
รุนแรง จำนวน 348 คน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

วงรอบที่ 2 เดือนมกราคม 2568 - มีนาคม 2568

1) การวางแผนปฏิบัติงาน (P2: Plan) สรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานตามรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ (SSK Model) เสนอต่อคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2) การดำเนินงาน (A2: Action) ดำเนินงานขับเคลื่อนตามแนวทางจากมติที่ประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษ จัดทำโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณเพื่อบูรณาการดำเนินงานโครงการเพิ่มเติมนำร่อง 9 แห่ง ได้แก่ อำเภอเมืองศรีสะเกษ กันทรามย์ ราชสีห์ อุทุมพรพิสัย ขุขันธ์ ขุนหาญ ภูสิงห์ น้ำเกลี้ยง และอำเภอเบญจลักษ์

- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมแบบพักคอยนำร่อง 9 คนอบรมหลักสูตร FAST MODEL 10 วัน ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

- ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมแบบพักคอยนำร่องเพิ่มเติม 8 แห่ง เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหายุงยากซับซ้อนซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

- ประสานเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสาร กำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

3) การติดตาม (O2: Observation) ลงพื้นที่ติดตาม สังเกตการณ์การดำเนินงานตามรูปแบบร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการประชุมโต๊ะข่าวยาเสพติด และการประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษทุกเดือน

เพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

4) การสะท้อนกลับ (R2: Reflection) สรุปถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะ มาวิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนาในรอบที่ 2 สะท้อนผลการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย พร้อมทั้งนำเสนอต่อประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษ ถึงรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวมทั้งประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีการกำกับติดตามในเชิงปริมาณต่ออัตราการหยุดเสพยาเสพติด (Early Remission Rate) รวมทั้งประเมินคุณภาพชีวิตหลังเข้ารับการรักษา 3 เดือน

ผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

พบผู้เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จำนวน 1,066 คน มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจำนวน 348 คน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งได้รับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ทั้ง 4 แห่ง และส่งต่อศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมแบบพักคอยนำร่อง 9 แห่ง ส่งผลให้อัตราการหยุดเสพยาเสพติด (Early Remission Rate) ร้อยละ 67.53 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตหลังติดตาม 3 เดือน ($\bar{x} = 80.43$, $SD = 3.71$) สูงกว่าหลังบำบัดครบ ($\bar{x} = 61.44$, $SD = 1.88$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 37.40$, $p < 0.001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

3. วิเคราะห์ข้อมูลระดับค่าคะแนนการใช้ยาและสารเสพติด (V2) และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale: OAS) ของผู้เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ

ตารางที่ 1. แสดงข้อมูลจำนวนร้อยละของผู้รับการบำบัดจำแนกตามระดับค่าคะแนนของการใช้ยาและสารเสพติด (V2) และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale: OAS) (n=1,066)

ระดับคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใช้ยาและสารเสพติด (V2)		
- ผู้ใช้ยาเสพติด (2-คะแนน)	18	1.69
- ผู้เสพยาเสพติด (4-26 คะแนน)	491	46.06
- ผู้ติดยาเสพติด (27คะแนน ขึ้นไป)	557	52.25
พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale: OAS)		
- ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (0 คะแนน)	718	67.35
- มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency = 1 คะแนน)	13	1.22
- มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเร่งด่วน (Urgency = 2 คะแนน)	170	15.95
- มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงฉุกเฉิน (Emergency = 3 คะแนน)	165	15.48

จากตารางที่ 1. การใช้ยาและสารเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1,066 คน เมื่อพิจารณาตามระดับค่าคะแนนการใช้ยาและสารเสพติด (V2) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 52.25 รองลงมาเป็นผู้เสพยาเสพติด ร้อยละ 46.06 และผู้ใช้ยาเสพติด ร้อยละ 1.69 และระดับค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale: OAS) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (ผู้ป่วย สีเขียว) ร้อยละ 67.35 รองลงมา มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเร่งด่วน (Urgency) (ผู้ป่วยสีส้ม) ร้อยละ 15.95 ตามด้วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงฉุกเฉิน (Emergency) (ผู้ป่วยสีแดง) ร้อยละ 15.48 และมีพฤติกรรมก้าวร้าว

รุนแรงกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) (ผู้ป่วยสีเหลือง) ร้อยละ 1.22

4. วิเคราะห์ข้อมูลจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดตามรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ
ตารางที่ 2. แสดงข้อมูลจำนวนร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดจำแนกตามรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (n=1,066)

ระดับคะแนน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
- บำบัดครบตามรูปแบบ	853	80.02
- บำบัดไม่ครบตามรูปแบบ	213	19.98

จากตารางที่ 2. จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดครบตามรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 853 คน คิดเป็นร้อยละ 80.02 และไม่ครบตามรูปแบบการบำบัดรักษา จำนวน 213 คน คิดเป็นร้อยละ 19.98

5. วิเคราะห์ข้อมูลอัตราการหยุดเสพยาเสพติด (Early Remission Rate) ของผู้เข้ารับการบำบัดตามรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ

ตารางที่ 3. แสดงข้อมูลจำนวนร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดจำแนกอัตราการหยุดเสพยาเสพติด (Early Remission Rate) (n=853)

ระดับคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- หยุดเสพยาเสพติด	576	67.53
- กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ	277	32.47

จากตารางที่ 3. อัตราการหยุดเสพยาเสพติด (Early Remission Rate) จำนวน 853 คน พบผู้เข้ารับการบำบัดครบตามรูปแบบการบำบัดรักษาหยุดเสพยาเสพติด จำนวน 576 คน คิดเป็นร้อยละ 67.53 และ

พบผู้เข้ารับการบำบัดกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ จำนวน 277 คน คิดเป็นร้อยละ 32.47

6. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เข้ารับการบำบัดครบตามรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ และได้รับการติดตามหลังบำบัด 3 เดือน

ตารางที่ 4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เข้ารับการบำบัดครบตามรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและหลังการติดตาม 3 เดือน (n=853)

ระยะเวลา การบำบัด	คะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิต		df	t	p- value
	กลุ่มทดลอง (n=853)				
	$\bar{x}$	SD			
-หลังบำบัด ครบ	61.44	16.37	852	37.40	<0.001
- ติดตาม 3 เดือน	80.43	2.26			

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เข้ารับการบำบัดครบตามรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ และได้รับการติดตาม 3 เดือน ($\bar{X} = 80.43$, $SD = 3.71$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังบำบัดครบ ($\bar{X} = 61.44$, $SD = 1.88$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 37.40$, $p < 0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ รายละเอียดดังนี้

1) สมมติฐานการวิจัยที่ 1 สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเสพยาเสพติด มีผลต่อการกำหนดและพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ยาเสพติดมีการแพร่ระบาดรุนแรง ผู้ติดยาเสพติดมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นร้อยละ 22.8 และทำลายทรัพย์สิน ร้อยละ 77.2 การบริหารจัดการบุคลากร งบประมาณ และสถานที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 98.9 การติดต่อประสานงานส่วนใหญ่เป็นแบบทางการ ร้อยละ 73.9 ปัญหาอุปสรรคบุคลากรไม่เพียงพอ ร้อยละ 56.5 งบประมาณไม่เพียงพอ ร้อยละ 29.3 สถานที่บำบัดรักษาไม่เพียงพอ ร้อยละ 5.4 การติดตามไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 3.3 การเชื่อมโยงข้อมูลที่ไม่เป็นระบบ และบุคลากรยังขาดทักษะและองค์ความรู้เพียงพอ ร้อยละ 2.2 นำมาวิเคราะห์โครงสร้างและเนื้อหา (Content analysis) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน (Working Model) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชญานี คำเหลือ และพงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์ (2566) และการศึกษาของอาภรณ์ ภูมิ (2567) พบว่า การนำข้อมูลสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเสพยาเสพติดมาวิเคราะห์โครงสร้างและเนื้อหา (Content analysis) สามารถใช้ประโยชน์ในการวางแผนการบริหารจัดการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาที่พบเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2) สมมติฐานการวิจัยที่ 2 รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้น ส่งผลต่อประสิทธิผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่ดีในการจัดระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยพบว่าจำนวนผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในมินิธัญญารักษ์ เป็นอันดับที่ 1 ประเทศ ด้านผลลัพธ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา

ยาเสพติด พบผู้ติดยาเสพติดสมัครใจบำบัด จำนวน 1,066 คน เมื่อพิจารณาตามระดับค่าคะแนนการใช้ยาและสารเสพติด (V2) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 52.25 รองลงมา เป็นผู้เสพยาเสพติด ร้อยละ 46.06 และผู้ใช้ยาเสพติด ร้อยละ 1.69 และระดับค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale: OAS) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (ผู้ป่วยสีเขียว) ร้อยละ 67.35 รองลงมา มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เร่งด่วน (Urgency) (ผู้ป่วยสีส้ม) ร้อยละ 15.95 มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงฉุกเฉิน (Emergency) (ผู้ป่วยสีแดง) ร้อยละ 15.48 และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) (ผู้ป่วยสีเหลือง) ร้อยละ 1.22 บำบัดครบตามรูปแบบการบำบัดรักษา ร้อยละ 80.02 และไม่ครบตามตามรูปแบบการบำบัดรักษา ร้อยละ 19.98 อัตราการหยุดเสพยาเสพติด (Early Remission Rate) ร้อยละ 67.53 อัตราการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ร้อยละ 32.47 และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังติดตาม 3 เดือน ($\bar{X} = 80.43, SD = 3.71$) สูงกว่าหลังบำบัด ($\bar{X} = 61.44, SD = 1.88$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 37.40, p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของเซลล่า เพบริต้า ปูเตอร์รี ยูโทโม และคณะ (Shella et al., 2024) ซึ่งพบว่า การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบองค์รวม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาที่พบเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

จึงกล่าวได้ว่า สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเสพติด มีผลต่อการกำหนดและพัฒนา รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้น ส่งผลต่อประสิทธิผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษ ทำให้อัตราการหยุดเสพยาเสพติด (Early Remission Rate) ร้อยละ 71.38 และพบว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็น

รูปแบบที่ดีในการจัดระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จำนวนข้อร้องเรียนด้านยาเสพติด ในปี 2567 จำนวน 69 ราย ลดลงในปี 2568 จำนวน 23 ราย (ข้อมูล ณ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๘) โดยพบว่า จำนวนผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลมิตินิธินุรักษ์รวมทั้ง 4 แห่ง เป็นอันดับที่ 1 ของประเทศในปี 2567-2568

สรุปผลการศึกษา

สิ่งที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถสรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียด ดังนี้

1) ทราบสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจังหวัดศรีสะเกษ ทำให้สามารถบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) เกิดรูปแบบการดำเนินงาน (Working Model) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ ที่เป็นรูปแบบใหม่ ผ่านการนำไปใช้จริงในพื้นที่ ตามรูปแบบการวิจัยและพัฒนามีการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด

3) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน พร้อมทั้งเป็นต้นแบบขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมจังหวัดศรีสะเกษ และจังหวัดใกล้เคียง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงถึงประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการจังหวัดศรีสะเกษ สามารถนำผลการศึกษาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ครอบคลุมทั้งจังหวัดศรีสะเกษ

2) ควรนำผลการศึกษานี้ไปประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือศูนย์ฝึกอาชีพอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ในการส่งเสริมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัด
ศรีสะเกษ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาในครั้งนี้แสดงถึงสถานการณ์และรูปแบบ
การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบ
บูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ รวมทั้งประสิทธิผลการ
ดำเนินงานตามรูปแบบ จึงควรนำข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

ไปสร้างนวัตกรรมหรือสร้างโปรแกรมดำเนินการ
บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และ
สามารถนำรูปแบบไปปรับใช้ตามบริบทในพื้นที่ พร้อมทั้ง
ขยายไปยังจังหวัดอื่นๆ

2) ควรมีการศึกษาติดตามและประเมินผลผู้เข้ารับ
การบำบัดตามรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หลังบำบัดครบ 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2567). คู่มือแนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรงการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ฉบับปรับปรุง.
https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/wpnrvtv5buow00088.pdf.
- กรมการแพทย์. (2567). “มินิธัญญารักษ์” ทางเลือกการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด.
<https://www.gcc.go.th/?p=118803>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). คู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวล
กฎหมายยาเสพติด [ฉบับปรับปรุง].
- บำรุง วงษ์นิ่ม, แสงเดือน ตีผิว, และสุพล สุพวง. (2567). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมี
ส่วนร่วมและไร้รอยต่อตัวแบบลพบุรี: กรณีศึกษาอำเภอโคกสำโรง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน,
10(1), 223-233.
- บุญมิตร จันทรแดง. (2560). บทวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเสพติดในปัจจุบัน. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 4(2), 37-56.
- ปรัชญาณี คำเหลือ, และพงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์. (2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลางโดยชุมชนมีส่วนร่วมอำเภอศรีรัตนะ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ,
2(3), 115-129.
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care).
- สำนักงาน ปปส. (2567). นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด.
[http://www.Oncb.go.th/Home/
PublishingImages/Pages/ONCB_PLAN/Policyactionplan/นโยบายและแผนระดับชาติ%2066-70.pdf](http://www.Oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ONCB_PLAN/Policyactionplan/นโยบายและแผนระดับชาติ%2066-70.pdf).
- สถาบันงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). แนวทางการดำเนินงานยาเสพติด. (พิมพ์ครั้งที่ 1).
บริษัท นอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด.
- สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ระบบข้อมูลการ
บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.).

<https://antidrug.moph.go.th/>

อารณ์ ภูมิ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการจังหวัดมหาสารคาม.

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8(16), 70-85.

อารยา ผ่องแผ้ว, และสุภัชเชม สมสินกุล. (2567). การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มี
ปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนครราชสีมา*, 10(1), 134-153.

Antasari, E., Marliani, S. N., Lestari, S., Sari, N., Haryanti, S., & Swandari, P. Research on *on drugs
abuse*: Ministry of Health Republic of Indonesia.

BNN Rehabilitation Deputy. (2022). *Technical guidelines for outpatient rehabilitation for drugs
abusers*: Deputy for Rehabilitation of the National Narcotics Agency

Kemmis, S., & Mc Taggart. (1988). Participatory Action Research: *Communicative Action and Public
Sphere*. In DENZIN, Norman K. and Lincoln, Yvona S.,Z (eds.). The SAGE Handbook of
Qualitative Research. 3rd ed. London: SAGE Publications.

Office of Narcotics Control Board. (2020).

[https://www.oncb.go.th/EN_ONCB/Documents/Thailand%20Narcotics%20Control%
20Annual%20Report%202020.pdf](https://www.oncb.go.th/EN_ONCB/Documents/Thailand%20Narcotics%20Control%
20Annual%20Report%202020.pdf).

Paplo, K., & et al. (2025). *Improving the Quality of Life During Recovery-Oriented Treatment in
Therapeutic Communities for Addiction in Brazil*. International Handbooks of Quality-of
Life. Pp 409-419.

Rawson, RA. (2013). Current research on the epidemiology, medical and psychiatric effects, and
treatment of methamphetamine use: *Journal of food and Drug Analysis*, 21(4), 77-81.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4158843/>.

Shella, F. P. U., Inggiane, P. D., Nordianna, S. & Desta, R. P., (2024). Holistic Rehabilitation in Action: A
Data-Driven Analysis of the Impact on Quality of Life among Individual with Psychoactive
Substance Abuse: *Journal of Holistic Nursing American Holistic Nurses Association*, 42(2S), 135-143.
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/08980101241237903>.

UNODC. World drug report. (2021). *In Research and Trend Analysis Branch*.
<https://doi.org/10.21428/cb6ab371.e39c4e60>.