

นิพนธ์ต้นฉบับ

original article

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ
โรงพยาบาลวาปีปทุม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม
Factors Associated with Mortality in Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis
Wapipatum Hospital, Mahasarakham Province

กรกฎ ภูมิศรี*
Korakot Poomsri*

บทคัดย่อ

บทนำ : วัณโรคปอดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อในเสมหะ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อและเสียชีวิตสูง การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษาและป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อในโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

วิธีวิจัย : เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) ในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ และเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในช่วง 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567 โดยทบทวนเวชระเบียนตั้งแต่ เริ่มวินิจฉัย ระหว่างการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยรักษาหายหรือเสียชีวิต วิเคราะห์ลักษณะปัจจัยระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่เสียชีวิตด้วย Fisher's Exact Test โดยนำปัจจัยที่มีค่า P-value < 0.05 มาวิเคราะห์ ด้วยสถิติ Generalized linear Model นำเสนอด้วยค่า Risk Difference

ผลการศึกษา : มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 50 คน เสียชีวิต 6 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 12 เสียชีวิตจากตัววัณโรคปอด 3 คน (ร้อยละ 50) เสียชีวิตระหว่างการรักษาในระยะเข้มข้น 4 คน (ร้อยละ 66.7) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ คือ ผลเสมหะตั้งแต่ 3 บวกขึ้นไป (Adjusted Risk Difference 22.99%, 95%CI (8.54%-37.44%))

วิจารณ์ : การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีปริมาณเชื้อในเสมหะมากสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ดังนั้นควรเพิ่มการค้นหาผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาตั้งแต่ระยะแรก และควรมีแนวทางการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ในผู้ป่วยที่มีปริมาณเชื้อวัณโรคในเสมหะมาก

คำสำคัญ : วัณโรคปอด, ปัจจัยเสี่ยง, เสียชีวิต

ABSTRACT

Background : Pulmonary tuberculosis remains a major public health concern in Thailand and globally, particularly among patients with smear-positive results, who are at higher risk of transmission and mortality. Identifying factors associated with mortality in this patient group is essential for effective treatment planning and prevention strategies.

Objective : Determined factors associated with death in smear-positive pulmonary TB patients in Wapipathum Hospital.

Methods : A retrospective cohort study was conducted in Wapipathum Hospital. Medical records of new or relapse TB patients with smear positive from 1st October 2023 to 30th September 2024 have been reviewed from date of diagnosis, during treatment until patients cured or died. Analysis of characteristics and factors in pulmonary tuberculosis patients who died and those who survived by Fisher's exact test. Risk differences were calculated by generalized linear model to determine factors associated with mortality.

Results : 50 smear positive pulmonary TB patients were enrolled, 6 cases died, mortality rate was 12%. 3 cases (50%) died of TB, 4 cases (66.7%) died in first 2 months of treatment. Factors associated with mortality was sputum smear positive 3+ (adjusted risk difference 22.99%, 95% confident interval 8.54%-37.44%)

Conclusion and Discussion : This study found patients with high grade sputum smear positive associated with mortality. Pulmonary TB screening and fast access for early treatment and closed monitoring in high grade sputum smear positive patients is necessary.

Keywords : Pulmonary Tuberculosis, Mortality, Risk Factors

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลก⁽²⁾ ได้จัดกลุ่มประเทศ ที่มีภาระวัณโรคสูงของโลก (High Burden Country Lists) ปี ค.ศ. 2016 - 2020 เป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ประเทศ ได้แก่ มีภาระวัณโรค (TB) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) สูง (โดยใช้หลักเกณฑ์ ประเทศที่มีค่าคาดประมาณอุบัติการณ์จำนวนผู้ป่วยของแต่ละประเทศสูงสุด 20 อันดับแรก และประเทศที่มีค่าคาดประมาณอัตราอุบัติการณ์สูงสุด 10 ประเทศ ซึ่งไม่จัดอยู่ในกลุ่ม 20 ประเทศแรก) โดยจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาวะวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่ม⁽²⁾

ประเทศไทยเป็น 1 ใน 30 ประเทศ ที่มีภาระโรคของวัณโรคสูง (High – Burden Country)⁽³⁾ การควบคุมวัณโรคในประเทศไทยที่ผ่านมายังไม่บรรลุเป้าหมาย อัตราการเสียชีวิตยังสูงอยู่ที่ร้อยละ 7 และอัตราการขาดยาอยู่ที่ ร้อยละ 3 จึงมีการจัดทำมาตรการสำคัญและกิจกรรมการดำเนินงาน ตามจุดเน้นวัณโรคปี 2557 - 2560 คือ คั้นให้พบ จบด้วยหาย ตายน้อยกว่า 5 และขาดยาเป็น 0 ซึ่งที่ผ่านมามีการศึกษาเพื่อหาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตเช่น เพศ อายุ อาชีพ พฤติกรรมสุขภาพเช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และโรคร่วมต่างๆ⁽³⁾

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - 2565 จังหวัดมหาสารคาม⁽⁴⁾ พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (All Form) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 1,102, 1,191, 1,182 และ 1,231 ราย อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เท่ากับร้อยละ 90.45, 91.02, 86.6 และ 91.28 ตามลำดับ โดยผลการดำเนินงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังคงพบอัตราการรักษาสำเร็จต่ำเนื่องจากผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเสียชีวิตก่อนการรักษาสำเร็จ อัตราการรักษา

สำเร็จปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2565 ร้อยละ 78.40, 81.45, 82.66, 88.41

สถานการณ์วัณโรคอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม มีอัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายทุกปี เนื่องจากมีการเสียชีวิตที่สูงโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ อัตราการรักษาสำเร็จปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2566 ร้อยละ 78.40, 81.45, 82.66, 88.41⁽⁴⁾ อัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อใน ปีงบประมาณ 2563 - 2566 ร้อยละ 78.40, 81.45, 82.66, 88.41 ซึ่งสูงกว่าภาพรวมระดับประเทศ เช่นกัน ดังนั้นการทราบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต จะสามารถนำไปสู่การวางระบบบริการที่ดีขึ้น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) ในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ และเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในช่วง 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567 โดยทบทวนเวชระเบียน ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย ระหว่างการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยรักษาหายหรือ เสียชีวิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา

1. ผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อทั้งผู้ป่วย รายใหม่และเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในช่วง 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567 และรับการรักษาต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา ที่โรงพยาบาลวาปีปทุม

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

1. มีการเปลี่ยนวินิจฉัยไม่ป่วยเป็นวัณโรคในภายหลัง
2. ขาดการติดตามรักษา

3. มีการโอนออกหรือส่งต่อไป
รักษาที่อื่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลโดยลักษณะทั่วไปของประชากร
ใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงข้อมูล จำนวน ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความแตกต่างของลักษณะ
ปัจจัยระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่เสียชีวิต
ด้วย Fisher's Exact Test โดยนำปัจจัยที่มีค่า
P-value < 0.05 มาคำนวณค่า Risk Difference
ด้วยสถิติ Generalized Linear Model

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อที่
ขึ้นทะเบียนในช่วงที่ศึกษา จำนวน 54 คน ขาดการ
ติดตามรักษา 2 คน และผลเพาะเชื้อไม่เป็นเชื้อวัณโรค
2 คน ทำให้มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด
50 คน รักษาหาย 44 คน เสียชีวิต 6 คน คิดเป็น
อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 12 ผลตรวจเสมหะพบ
เชื้อปริมาณมาก 3+ และไม่เคยป่วยด้วยวัณโรคมาก่อน
อีกทั้งพบว่าส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 65 ปี 5 คน
(ร้อยละ 83.3) น้ำหนักตัวก่อนเริ่ม การรักษาน้อยกว่า
40 กิโลกรัม 4 คน (ร้อยละ 66.7) เป็นเพศชาย 4 คน
(ร้อยละ 66.7) โรคประจำตัวที่พบ คือ เบาหวาน 2 คน

(ร้อยละ 33.3) เอตส์และปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างละ
1 คน ร้อยละ 50 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาจน
เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2 สัปดาห์ ถึง 2 เดือน
ร้อยละ 50 มีสาเหตุการเสียชีวิตมาจากความ
รุนแรงของโรคมามากกว่าภาวะระดับอ็อกเสบจาก
ยาต้านวัณโรค 1 คน และไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด
2 คน ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิต อย่างมี
นัยสำคัญในการศึกษานี้ คือ อายุ มากกว่า 65 ปี
น้ำหนักตัวก่อนเริ่มการรักษา น้อยกว่า 40
กิโลกรัม และผลตรวจเสมหะพบเชื้อปริมาณมาก
3+ (ตารางที่ 1) เมื่อคำนวณ Risk Difference
แยกแต่ละปัจจัยด้วยสถิติ Unavailable
Generalized Linear Model พบว่า ผู้ป่วยที่อายุ
มากกว่า 65 ปี มีความเสี่ยงต่อการ เสียชีวิตมากกว่า
ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 65 ปี 24.65% (95% CI
2.88%-46.42%) ผู้ที่มีน้ำหนักตัวก่อนเริ่ม
การรักษาน้อยกว่า 40 กิโลกรัมมีความเสี่ยงต่อ
การเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวก่อนเริ่มการ
รักษา มากกว่า 40 กิโลกรัมขึ้นไป 28.31% (95%
CI 4.66%-51.96%) และผู้ป่วยที่มีผลเสมหะ
ตั้งแต่ 3+ ขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต
มากกว่าผู้ป่วยที่มีผลเสมหะน้อยกว่า 3+ 23.07%
(95% CI 6.72%-39.44%)

ตารางที่ 1 ลักษณะปัจจัยของผู้ป่วยที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต

ลักษณะปัจจัย	กลุ่มผู้ป่วยเสียชีวิต (n = 6) n (%)	กลุ่มผู้ป่วย ไม่เสียชีวิต (n = 6) n (%)	P-value
เพศ			1.0
- หญิง	2 (33.3)	13 (29.5)	
- ชาย	4 (66.7)	31 (70.5)	
อายุ			0.018
- น้อยกว่า 65 ปี	1 (16.7)	31 (70.5)	
- มากกว่า 65 ปีขึ้นไป	5 (83.3)	13 (29.5)	
น้ำหนักตัวก่อนเริ่มการรักษา			0.010
- น้อยกว่า 40 กิโลกรัม	5 (83.3)	11 (25)	
- มากกว่า 40 กิโลกรัมขึ้นไป	1 (16.7)	33 (75)	
ประวัติเคยป่วยด้วยวัณโรคปอด			0.567
- เคย	0 (0)	7 (15.9)	
- ไม่เคย	6 (100)	37 (84.1)	
สถานภาพ			0.387
- คู่	5 (83.3)	7 (15.9)	
- โสด/หม้าย	1 (16.7)	37 (84.1)	
โรคร่วม			
- เบาหวาน	2 (33.3)	10 (22.7)	0.621
- AIDS	1 (16.7)	3 (6.8)	0.411
- COPD	1 (16.7)	3 (6.8)	0.411
ผลเสมหะ			
- น้อยกว่า 3+	0 (0)	24 (54.5)	
- 3+ ขึ้นไป	6 (100)	20 (45.5)	0.023

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต

ปัจจัยเสี่ยง	Risk difference	95% CI	P	Adj. risk difference	95% CI	P
อายุ						
- น้อยกว่า 65 ปี	Reference					
- มากกว่า 65 ปีขึ้นไป	24.65%	2.88%- 46.42%	0.026	13.05%	-8.08%- 4.18%	0.226
น้ำหนักตัวก่อนเริ่ม การรักษา						
- มากกว่า 40 กก. ขึ้นไป	Reference					
- น้อยกว่า 40 กก.	28.31%	4.6%- 51.96%	0.019	22.7%	-0.8%- 46.22%	0.056
ผลเสมหะ						
- น้อยกว่า 3+	Reference					
- ตั้งแต่ 3+ ขึ้นไป	23.07%	6.72%- 39.44%	0.006	22.99%	8.54%- 37.44%	0.002

เมื่อวิเคราะห์โดยปรับความแตกต่างของปัจจัยทั้ง 3 ด้วยสถิติ Multivariable Generalized Linear Model พบว่า มีเพียงผลเสมหะตั้งแต่ 3+ ขึ้นไป เท่านั้นที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตโดยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีผลเสมหะ น้อยกว่า 3+ 22.99% (95% CI 8.54% 37.44%) (ตารางที่ 2)

วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระดับผลเสมหะตั้งแต่ 3+ ขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีผลเสมหะต่ำกว่า 3+ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับหลักพยาธิสรีรวิทยาของวัณโรค โดยระดับผลเสมหะ 3+ บ่งชี้ถึงปริมาณเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ในทางเดินหายใจที่สูงมาก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค ทั้งในแง่ของการทำลายเนื้อเยื่อปอด การเกิดโพรงถูลม

(cavitation) และภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) อันเป็นกลไกที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตในที่สุด⁽²⁾ ภาวะดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีมักอยู่ในระยะโรคที่ลุกลาม มีการอักเสบรุนแรง และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นที่อาจส่งเสริมให้การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคมีโอกาสูงขึ้นไป ได้แก่ ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น การติดเชื้อเอชไอวี การมีโรคร่วม เช่น เบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง ภาวะทุพโภชนาการ การเริ่มต้นการรักษาล่าช้า และปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจที่ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความสามารถในการตอบสนองต่อการรักษา และอาจเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นเสียชีวิตได้⁽¹⁾

การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างรักษาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราการรักษาสำเร็จไม่บรรลุเป้าหมาย การศึกษานี้ พบว่ามีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 12 โดยสาเหตุการเสียชีวิตที่พบส่วนใหญ่เกิดจากตัววัณโรคปอด ร้อยละ 50 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฐานันตร์ ฐานวิเศษ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่ จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างปี 2560 - 2563 พบว่าสาเหตุเสียชีวิต มาจากวัณโรค ร้อยละ 45.5 แตกต่างจากการศึกษาเจริญศรี แซ่ตั้ง⁽⁶⁾ ที่ศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในเขตภาคเหนือตอนบนพบว่า สาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากโรคร่วมมากที่สุด ร้อยละ 33 โดยโรคร่วมที่เป็นสาเหตุสำคัญ คือ โรคเอดส์ เนื่องจากในการศึกษานี้มีผู้ป่วย ที่มีโรคเอดส์ร่วมด้วยจำนวนน้อยเพียง 4 คน (ร้อยละ 8) เป็นการตรวจพบว่าติดเชื้อเอดส์ ครั้งแรกทั้งหมด โดยมีผู้เสียชีวิต 1 คน ซึ่งมี ระดับ CD4 20 cell/mm³ แต่ไม่มีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ อีก

การศึกษานี้ พบสาเหตุการเสียชีวิตที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาต้านวัณโรคทำให้เกิดดับอักเสบ 1 คน (ร้อยละ 16.7) เป็นผู้ป่วยหญิงที่มีน้ำหนักเพียง 29 กิโลกรัม ซึ่งอาจทำให้ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับเกินขนาดได้ ร่วมกับมีหลายการศึกษาในประเทศอินเดีย⁽⁷⁾ พบว่าภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition) สัมพันธ์กับดับอักเสบจากยาต้านวัณโรคได้ 7 ผู้ป่วย 2 คน (ร้อยละ 33.3) ไม่สามารถระบุสาเหตุการเสียชีวิตเนื่องจากเสียชีวิตที่บ้าน ได้รับการรักษามากกว่า 2 เดือน คือ อยู่ในช่วงการรักษาระยะต่อเนื่องโดยผลการตรวจเสมหะที่ 2 เดือน ให้ผลลบแล้ว

ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เสียชีวิตในช่วงการรักษาระยะ เข้มข้น ร้อยละ 66.7 ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาอื่นที่พบการเสียชีวิตในช่วงการรักษาระยะเข้มข้น ร้อยละ 72.75 และ ร้อยละ 68.76 และมีการศึกษาในจังหวัดลำปาง พบว่า มีการเสียชีวิตในหนึ่งเดือน

แรกของการรักษาวัณโรคอยู่ที่ ร้อยละ 38, 39, 40 ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2540 - 2543, 2544 - 2547 และ 2548 - 2551 ตามลำดับ⁽⁸⁾

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อเมื่อแยกวิเคราะห์แต่ละปัจจัยในการศึกษานี้ คือ อายุมากกว่า 65 ปี น้ำหนักตัวก่อนเริ่มการรักษาน้อยกว่า 40 กิโลกรัม และผลตรวจเสมหะพบเชื้อ ปริมาณมาก 3+ โดยสอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดเชียงรายที่พบว่า อายุมาก การติดเชื้อเอชไอวี สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในช่วงหนึ่งเดือนแรกของการรักษา

ข้อยุติ

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีปริมาณเชื้อในเสมหะมากสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ดังนั้นควรเพิ่มการค้นหาผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาตั้งแต่ระยะแรกและควรมีแนวทางการติดตามอาการอย่าง ใกล้ชิดในผู้ป่วยที่มีปริมาณเชื้อวัณโรค ในเสมหะมาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.สมพงษ์ จันทรโรวาท ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม และขอขอบคุณคุณมลลดี น้อยศรี พยาบาลประจำคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลวาปีปทุมที่สนับสนุนให้เกิดการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Marais, B. J., Lönnroth, K., Lawn, S. D., Migliori, G. B., Mwaba, P., Glaziou, P., & Zijenah, L. (2010). Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: Integrating health services and control efforts. *The Lancet Infectious Diseases*, 10(7), 597-603.

2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2021 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2024 Jun 1]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf?sequence=1>
3. วิวรรณ มุ่งเขตกลาง, ปวีณา จังภูเขียว, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิมพงษ์. สาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษา ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2552-2553. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2559; 23(1): 22-34.
4. สำนักวัณโรค. โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program: NTIP) [อินเทอร์เน็ต], [สืบค้นเมื่อ 1 มิ.ย. 2567], สืบค้นจาก: https://ntipddc.moph.go.th/tb_report/UIForm/MainReport_DataCenter.aspx?ORG_ID=USwrUW2qaYb4W5aOtSuFw%3d%3d&USER_ID=mJPCbbH7Qutlai2q7aM3IQ%3d%3d&VIEW=SDGFoPrtRhOD2dU%2fUiz5sg%3d%3d
5. สำนักวัณโรค. โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program: NTIP) [อินเทอร์เน็ต], [สืบค้นเมื่อ 1 มิ.ย. 2567], สืบค้นจาก: https://ntipddc.moph.go.th/tb_report/UIForm/RPT_DC_TB07_A.aspx
6. ฐานันดร ฐานวิเศษ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2563; 40(1): 97-107.
7. เจริญศรี แซ่ตั้ง. ลักษณะของผู้ป่วยวัณโรคและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตระหว่างการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในภาคเหนือตอนบน ปี 2005 - 2014. วารสารควบคุมโรค 2560; 43(4): 47-436.
8. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวปฏิบัติการผสมผสานวัณโรคและเอดส์ ประเทศไทย ปี 2560. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เจ.เอส. การพิมพ์; 2560.
9. จันทร์ชนก กิตติจันโรภาส. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562; 5(3), 74-82.

นิพนธ์ต้นฉบับ

original article

การพัฒนา รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม
Development of a treatment and rehabilitation model for drug addicts through
community participation. Wapipathum District, Maha Sarakham Province

ศุภกัณฐา เทเวลา¹, ศิวพร สุทธิเภท²
Supukcha Tewela¹, Siwaporn Soodtiphet²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนา รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่มุ่งเน้นการใช้กระบวนการและกลไกของชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมได้อย่างยั่งยืน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – กันยายน 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายเข้ารับบำบัดรักษาและฟื้นฟู จำนวน 42 คน รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ 1) จัดประชาคมบูรณาการดำเนินงานร่วมกับทุกภาคส่วนในการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในชุมชน 2) ประเมินแยกกลุ่มผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดย 3) บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยด้วย Matrix Program, Motivational Interviewing, Cognitive Behavioral Therapy 4) ติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม.บัดดี๋ หลังบำบัด ครบตามเกณฑ์ 5) ฝึกทักษะอาชีพให้ความช่วยเหลือสร้างที่ยั่งยืน ดังนั้น การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลดีในการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงสามารถช่วยลดปัญหาการกลับไปเสพยา โดยชุมชนมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนและสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและ reintegrate เข้าสู่สังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนและครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วยยังช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคมและลดปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในระยะยาว

คำสำคัญ : การบำบัดรักษา, การฟื้นฟู, ผู้ป่วยยาเสพติด, การมีส่วนร่วมของชุมชน

¹⁻²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

Abstract

This participatory action research aimed to study and develop a model for drug addiction treatment and rehabilitation with community participation, focusing on the use of community processes and mechanisms to help patients recover their physical, mental, and social conditions sustainably. The research was conducted between October 2023 and September 2024. Quantitative and qualitative data were collected. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data using content analysis. The results of the research found that the target group received treatment and rehabilitation, totaling 42 people. The model for drug addiction treatment and rehabilitation with community participation was as follows: 1) Organizing an integrated community to work with all sectors to screen and find patients in the community. 2) Evaluating and separating groups of users, addicts, and addicts. 3) Treating and rehabilitating patients with Matrix Program, Motivational Interviewing, Cognitive Behavioral Therapy. 4) Follow-up home visits by VHV Buddy after completing treatment according to the criteria. 5) Training vocational skills to provide assistance to create sustainability. Therefore, drug addiction treatment and rehabilitation with community participation has a positive effect on promoting physical and mental rehabilitation of patients, as well as helping to reduce the problem of relapse. The community plays an important role in providing support and creating strong networks to enable patients to effectively adjust and reintegrate into society. In addition, the involvement of community members and families in helping patients helps strengthen society and reduce the problem of drug abuse in the long run.

Keywords : Treatment, Rehabilitation, Drug Addicts, Community Participation

บทนำ

ยาเสพติดนับเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและผลกระทบอื่นๆ ที่ตามมา ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง หรือความมั่นคงระหว่างประเทศ แม้จะมีมาตรการในการควบคุม ป้องกัน และปราบปรามยาเสพติดจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน แต่ปัญหายาเสพติดในแต่ละประเทศทั่วโลกก็ยังคงทำหาย จำนวนประชากรโลกสูงขึ้น จำนวนผู้ไชยาเสพติดก็สูงขึ้นตามไปด้วย จากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่า ในปี 2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคน จากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15 - 64 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีการใช้สารเสพติด ซึ่งเทียบได้กับจำนวน 1 ในทุกๆ 18 คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่าจำนวนผู้ไชยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึง 26% เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีอายุน้อยลงเรื่อยๆ เด็กและเยาวชนมีการไชยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่รวมถึงใช้ในปริมาณที่มากกว่าเช่นเดียวกัน⁽¹⁾

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากการขยายตัวของยาเสพติดในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ โดยพบว่ามีการเคลื่อนย้ายยาเสพติดจากแหล่งผลิตประเทศเมียนมา และนำเข้ามาผ่าน สปป.ลาว ก่อนเข้าสู่ประเทศไทย จึงทำให้ยาเสพติดแพร่กระจายในพื้นที่ชายแดนที่ติดกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวได้มากขึ้น จากปริมาณการลักลอบยาเสพติดที่พบมากขึ้น ส่งผลให้ยาเสพติดถูกส่งต่อไปพื้นที่ต่างๆ ในประเทศไทยอย่างกว้างขวางตามไปด้วย นอกจากนี้เครือข่ายสังคมออนไลน์หรือโซเชียลมีเดีย นับเป็นช่องทางสำคัญในการติดต่อซื้อขายยาเสพติด โดยเฉพาะกับการค้าปลีกซึ่งผู้ขายสามารถติดต่อผู้ซื้อได้โดยตรง

รวมถึงสามารถนัดแนะช่องทางการจัดส่งได้หลากหลายรูปแบบ นับเป็นการเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนไทยเข้าถึงยาเสพติดได้อย่างง่ายดาย จากแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2565 โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) พบว่า ในปีที่ผ่านมา มีการจับกุมคดียาเสพติดทั้งหมด 337,186 คดี โดยยาเสพติดที่แพร่หลายมากที่สุดคือยาบ้า ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 79.2 ทั้งนี้ส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากการที่ราคาของยาเสพติดชนิดดังกล่าวลดลงอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้เสพยาเข้าถึงการซื้อได้ง่าย (มากขึ้น) ซึ่งถือเป็นสถิติที่น่ากลัวและเป็นความท้าทายอย่างยิ่งต่อหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนในการร่วมมือกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด⁽²⁾

ปัจจุบันประเทศไทยมีการปรับแผนการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้สอดคล้องกับที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยปัญหายาเสพติดโลก ค.ศ. 2016 (UNGASS 2016) ด้วยการนำยุทธศาสตร์นำการแก้ไขปัญหายาเสพติด เน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยพร้อมกับการแก้ไขปัญหายาเสพติด แต่ยังคงป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอย่างเข้มงวดสำหรับแผนปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2566 ยังคงเน้นการแก้ไขปัญหายาตั้งแต่ต้นทางจนถึงปลายทาง โดยเฉพาะด้านการบำบัดรักษา คัดกรองผู้เสพยา-ผู้ติดยาเสพติด นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงและแนวโน้มในการก่อความรุนแรงหรือมีอาชญากรรมทางจิต ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด เน้นสร้างระบบบำบัดฟื้นฟูแบบ “ชุมชนเป็นฐาน” หรือ Community Based Treatment (CBTx) ที่เป็นแนวคิดการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมและชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ได้โดยไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อน⁽³⁾

สถิติผู้ป่วยยาเสพติดเข้าบำบัดรักษาแบบสมัครใจในระบบฐานข้อมูล บสต. อำเภอลำดวน จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2563 - 2566 จำนวน 218, 180, 200 และ 185 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต SMIV สีเขียว จำนวน 37 คน สีเหลือง จำนวน 26 คน สีแดง จำนวน 10 คน พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าถึงในระบบบำบัดมีแนวโน้มลดลง แต่ยังกระจายในทุกตำบล โดยกลุ่มที่ใช้ยาเสพติดมากที่สุด คือ กลุ่มวัยแรงงานอายุระหว่าง 25 - 59 ปี รองลงมาคือกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 13 - 24 ปี สาเหตุที่ใช้ยาเสพติด คือ หาได้ง่าย ช่วยให้ทำงานได้มากขึ้น อดอยาก และยังมีปัจจัยเสริม คือ ปัญหาครอบครัว ว่างาน เพื่อน และสิ่งแวดล้อม⁽⁴⁾

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว การวิจัยนี้จึงมีความสำคัญในการสร้างแนวทางที่ยั่งยืนสำหรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด และเป็นแบบอย่างให้กับชุมชนอื่นๆ ในการจัดการกับปัญหาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอลำดวน จังหวัดมหาสารคาม
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอลำดวน จังหวัดมหาสารคาม
- 3) เพื่อประเมินผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอลำดวน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning)

การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) 3) ระยะประเมินผล ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้

1) ทีมปฏิบัติการระดับตำบล ประกอบด้วย นายกองค์รปกครองส่วนท้องถิ่น รองนายกองค์รปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ปลัดอำเภอประจำตำบล ตำรวจสายตรวจประจำตำบล สาธารณสุขประจำตำบล เกษตรประจำตำบล พัฒนาชุมชนประจำตำบล บุคลากรสำนักส่งเสริมการเรียนรู้ประจำตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารสถานศึกษาในพื้นที่ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประธานสภาเด็กและเยาวชนตำบล จำนวน 20 คน

2) แกนนำชุมชน ประกอบด้วย พระ/ผู้นำทางศาสนา ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำเยาวชน แกนนำสตรี ประธานชมรมผู้สูงอายุ และองค์กรภาคี เครือข่ายต่างๆ ในชุมชน จำนวน 20 คน

3) ทีมบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด คือ บุคลากรที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งจากนายอำเภอประกอบด้วย ปลัดอำเภอ บุคลากรสาธารณสุข ตำรวจ บุคลากรองค์รปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 คน

4) กลุ่มผู้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติด คือ ผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดในชุมชน จำนวน 42 คน

5) กลุ่มครอบครัวผู้เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด คือ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดในชุมชน ครอบครัวละ 1 คน จำนวน 42 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเตรียมการ ใช้เวลา 3 เดือน (ตุลาคม - ธันวาคม 2566) ทีมบูรณาการระดับอำเภอศึกษาทบทวนข้อมูลร่วมกันวิเคราะห์และศึกษาสถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด จากข้อมูลรายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในระบบ บสต. โรงพยาบาลวาปีปทุม ทั้งระบบสมัครใจ บังคับบำบัด และศาลสั่งบำบัด ย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2562 - 2566 และนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนมาเป็นแนวทางในการพัฒนาและสรุปผลเพื่อหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กำหนดพื้นที่เป้าหมาย 2) ระยะดำเนินการ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ 2.1) การวางแผน (Planning) แต่งตั้งคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย ทีมบูรณาการระดับอำเภอ ทีมปฏิบัติการระดับตำบล ซึ่งพัฒนาจากแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ร่วมกันวางแผนกำหนดแนวทางการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ได้ปรับรูปแบบการคัดกรองเพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดอย่างรวดเร็ว 2) จัดทำคำสั่งกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของคณะกรรมการในระดับอำเภอ และระดับตำบล 2.2) การปฏิบัติการ (Action) ประชุม

คณะกรรมการและทีมบูรณาการระดับอำเภอ 2 ครั้ง ประชุมทีมปฏิบัติการระดับตำบล 3 ครั้งอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 ครั้ง จัดประชาคมทุกหมู่บ้าน ละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน(มกราคม 2567) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยยาเสพติด ในพื้นที่ต้นแบบ 1 ตำบล พัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ระยะเข้มข้น 4 ครั้ง ใน 1 เดือน 2.3) การสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามเยี่ยมเสริมพลังการปฏิบัติของ อสม. บัดดี อย่างต่อเนื่อง การสังเกต การสัมภาษณ์ สันทนาการกับทีมบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติด และประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรม และ 2.4) การสะท้อนผล (Reflection) กำกับ ติดตาม ภายหลังการบำบัดฟื้นฟู ทบทวนแนวทางและรูปแบบ ถอดบทเรียน ปรับปรุงพัฒนารูปแบบให้เหมาะสม 3) ระยะประเมินผล โดยการเยี่ยมติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดตามเกณฑ์ และประเมินผลการมีส่วนร่วมของทีมบำบัดฟื้นฟูและชุมชนในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดหลังจากนั้นสรุปและประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา 2) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ 1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ในประเด็น แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในประเด็น แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ 3) แบบบันทึกเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ที่ 29/2566

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า เยาวชนมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดและการเสพยาเสพติด โดยในปี 2563 อำเภอวาปีปทุมได้มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ “มหาสารคามเมืองปลอดภัยยาเสพติด” ตรวจปัสสาวะ จำนวน 2,255 คน พบสารเสพติดและเข้ารับการบำบัด จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 6.59 ปี 2564 ตรวจปัสสาวะ จำนวน 220 คน พบสารเสพติดและเข้ารับการบำบัด จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 53.18 ปี 2565 ตรวจปัสสาวะ จำนวน 2,676 คน พบสารเสพติดและเข้ารับการบำบัด จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 3.06 และในปี 2566 ตรวจปัสสาวะ จำนวน 2,984 ราย พบสารเสพติดและเข้ารับการบำบัด 130 คน คิดเป็นร้อยละ 4.36 ซึ่งมีแนวโน้มผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดแบบสมัครใจลดลง ซึ่งจากการศึกษาสถานการณ์และการบำบัดในรูปแบบเดิมพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดไม่สามารถเข้าถึงบริการบำบัดรักษาแบบสมัครใจในสถานพยาบาลเนื่องจากเกรงว่าจะถูกดำเนินคดี ถูกจับกุมบันทึกประวัติ และถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นผู้ต้องหาคดียาเสพติด รวมถึงรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

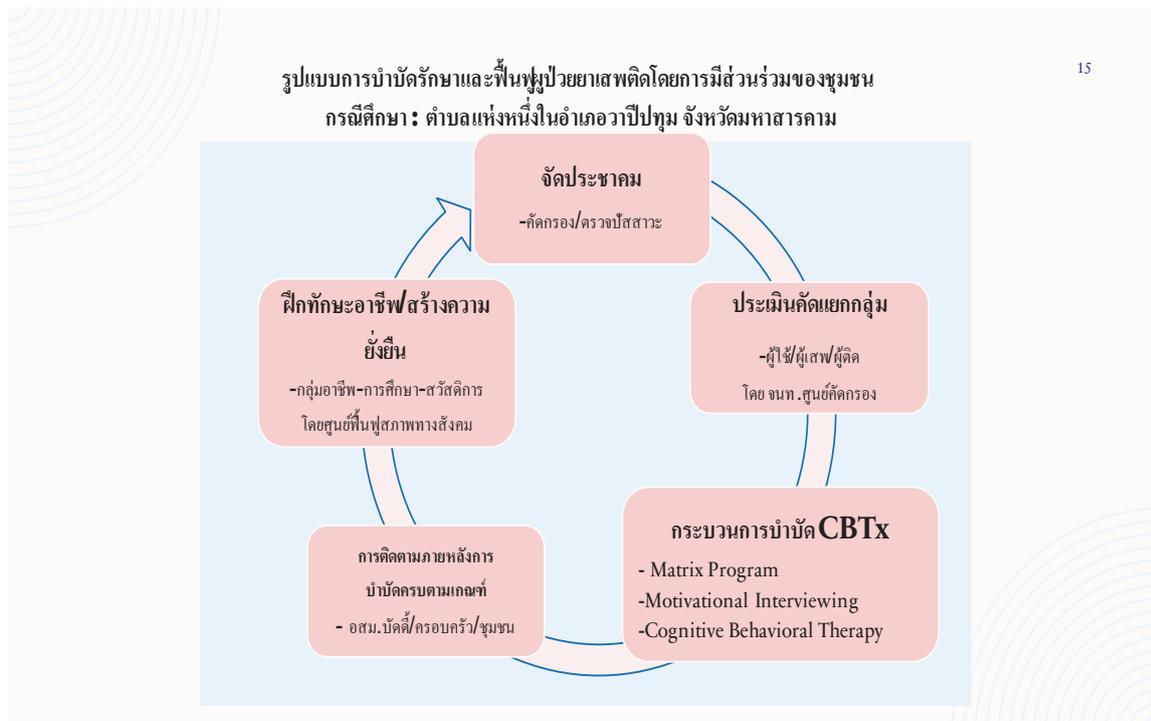
ส่วนการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนมีการดำเนินงานเฉพาะหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทโดยตรงในการแก้ไขปัญหายาเสพติดเท่านั้น ชุมชนและภาคีเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการหรือกิจกรรมดังกล่าว

จากสภาพปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมา จึงได้ประสานความร่วมมือและบูรณาการการทำงานร่วมกัน 4 ภาคส่วน ประกอบด้วย หน่วยงานปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข และผู้นำท้องถิ่น/ผู้นำท้องที่ ร่วมกันวางแผนและพัฒนาารูปแบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการจัดประชุม/ทำประชาคมในหมู่บ้าน เพื่อค้นหาปัญหายาเสพติดในชุมชนและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการประชาสัมพันธ์ เชิญชวน รณรงค์ สอดส่อง ส่งข่าว โดยทีมปฏิบัติการในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านการทำความเข้าใจกับผู้ปกครอง และคนใกล้ชิด มีการดูแลแบบเครือข่าย เชิญชวน ผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาลดการตีตรา รวมถึงการกำหนดมาตรการทางสังคม ทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดและครอบครัวสัมพันธ์ เพื่อนำรูปแบบที่ได้ไปดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

2. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา ตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ 1) การจัดประชาคม บูรณาการดำเนินงานร่วมกับทุกภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการสร้างองค์ความรู้ ประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการคัดกรอง ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดแบบสมัครใจ 2) คัดแยกกลุ่มผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด ตามแบบประเมิน V.2 ชักประวัติตามแบบ บสต. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อประเมินความรุนแรง หากพบว่าเป็นผู้ติดยาเสพติด และมีอาการทางจิตจะถูกส่งต่อเข้าบำบัดที่สถาน

พยาบาล 3) นำผู้ใช้และผู้เสพ เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment : CBTx) ซึ่งทีมบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปลัดอำเภอ เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรม ใช้หลักการบำบัดรักษาฟื้นฟู Matrix Program การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ระยะเข้มข้น 4 ครั้ง ใน 1 เดือน สร้างสัมพันธภาพ คินคนดีสู้สังคม เสริมสร้างขวัญกำลังใจผู้บำบัดกับครอบครัว 4)ติดตามการบำบัดรักษาโดย อสม.บดดี เพื่อสร้างความไว้วางใจและให้ความช่วยเหลือด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ภายหลังการบำบัดครบตามเกณฑ์ 5) ฝึกทักษะอาชีพ ให้ความช่วยเหลือเพื่อการประกอบอาชีพให้มีรายได้ สร้างความยั่งยืนไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก



3. ผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา ตำบลแห่งหนึ่ง ในอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัด จำนวน 42 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 97.6 อายุเฉลี่ย 35.24 ปี อายุต่ำสุด 13 ปี อายุสูงสุด 58 ปี อายุระหว่าง 25 - 59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 73.17 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสมากที่สุดคือ โสด ร้อยละ 64.3 อาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 40.5 และมีรายได้เฉลี่ย 3,773.81 บาท/เดือน

เมื่อประเมินคัดกรองตามแบบประเมิน v.2 พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่อาศัยอยู่กับญาติและอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 28.6 และ 26.2 ตามลำดับ มีประวัติการใช้ยาเสพติดครั้งแรกอายุต่ำสุด 11 ปี สูงสุด 54 ปี อายุเฉลี่ย 23.9 ปี ชนิดยาที่ใช้ มากที่สุด คือ ยาบ้า ร้อยละ 78.6 สาเหตุที่ทำให้ใช้ยาเสพติดมากที่สุดคือ อยากรอง ร้อยละ 23.8 และ ไม่พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดมีโรคประจำตัว หรือได้รับยารักษาโรคประจำ

ในด้านพฤติกรรมของผู้ใช้สารเสพติด ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีการใช้สารเสพติด ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเพียง 1 - 2 ครั้ง มากที่สุด ร้อยละ 31 ด้านความต้องการหรือรู้สึกอยากใช้ยาเสพติดจนทนไม่ได้ พบว่าไม่เคยมีความต้องการหรือรู้สึกอยากใช้ยาจนทนไม่ได้มากที่สุด ร้อยละ 61.9 การใช้สารเสพติดทำให้เกิดปัญหาสุขภาพครอบครัว สังคมกฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด พบว่า ไม่เคยเกิดปัญหา มากที่สุด ร้อยละ 61.9 ส่วนการใช้สารเสพติดทำให้ไม่สามารถรับผิดชอบหรือทำกิจกรรมที่เคยทำตามปกติได้ พบว่า ไม่เคยทำให้ไม่สามารถรับผิดชอบฯ มากที่สุด ร้อยละ 81 และในช่วงเวลาที่ผ่านมา ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จัก เคยว่ากล่าวตักเตือน ปรึกษาวิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 38.1 และเมื่อ

สอบถามว่าเคยพยายามลดหรือหยุดใช้สารเสพติด แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ พบว่า เคยแต่ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด ร้อยละ 45.2 พบระยะเวลาในการใช้ยาติดยาวนานที่สุดคือ 29 ปี ต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 9.81 ปี เคยเข้ารับการบำบัดในสถานพยาบาลมาแล้วมาแล้ว 1 ครั้ง ร้อยละ 26.2 และไม่เคยเข้ารับการบำบัด ร้อยละ 73.8 การคัดกรองตามแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 พบว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 76.2 ผู้ติด ร้อยละ 14.3 และผู้ใช้ ร้อยละ 9.5 ผู้มีอาการทางจิต 1 คน ส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลวาปีปทุม

สรุปผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ผู้บำบัด จำนวน 42 คน เข้ารับการบำบัดครบตามเกณฑ์ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 90.48 ไม่มีพฤติกรรมกลับไปเสพยา จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 ผู้ใช้ยาเสพติดได้รับการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้ โดยไม่ทำให้เดือดร้อน ร้อยละ 100 ผู้ใช้ยาเสพติด มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถ ลดละ เลิกยาเสพติดได้ โดยมีผลตรวจปัสสาวะเป็นลบ ติดต่อกันในระยะเข้มขัน ร้อยละ 100 และผู้เสพยาเสพติดที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการบำบัดในสถานพยาบาลยังอาศัยอยู่ในชุมชน มีโอกาสรับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถนะด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน เกิดกลุ่มอาชีพสร้างรายได้ จำนวน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มอาชีพเลี้ยงปลาในกระชัง จำนวน 1 กลุ่ม สมาชิก จำนวน 3 คน กลุ่มเพาะเห็ดนางฟ้า จำนวน 2 กลุ่ม สมาชิก จำนวน 33 คน ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ และมีการปรับทัศนคติต่อผู้เสพยาเสพติดในการดูแล ให้ความช่วยเหลือด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในทิศทางที่ดีขึ้น ร้อยละ 100 และ

ประชาชนมีความพึงพอใจต่อกระบวนการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนโดยรวมในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 90.16

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ผลการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อมูลภายหลังการบำบัด	จำนวน	ร้อยละ
1. ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (n = 42)		
ด้านการบำบัด		
- บำบัดครบตามเกณฑ์	38	90.48
ด้านพฤติกรรมกรรมการเสพ		
- ไม่มีพฤติกรรมกลับไปเสพยา	36	85.71
ด้านอาชีพ		
- เข้าร่วมกลุ่มเพาะเห็ดนางฟ้า	33	78.57
- เข้าร่วมกลุ่มเลี้ยงปลาในกะชัง	3	7.14
- ประกอบอาชีพส่วนตัว	5	11.90
- ไม่มีอาชีพ	1	2.38

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ความพึงพอใจ ของประชาชนต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ความพึงพอใจ	X	Std.
1. ความพึงพอใจต่อการบูรณาการและประชาคมหมู่บ้าน/ตำบล	4.34	0.65
2. ความพึงพอใจต่อการบูรณาการประชาสัมพันธ์ CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์”	4.31	0.66
3. ความพึงพอใจต่อการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ของผู้ดูแลช่วยเหลือ	4.31	0.63
4. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาทักษะด้านอาชีพและทักษะอื่นๆ ให้กับประชาชนเพื่อให้ห่างไกลยาเสพติดและไม่กลับไปเสพยา	4.34	0.68
5. ความพึงพอใจต่อการติดตาม ประเมินผล การให้คำปรึกษาหลังการบำบัดของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ	4.27	0.62
6. ความพึงพอใจโดยรวม	4.38	0.68

สรุปผลการถอดบทเรียนโดยการสัมภาษณ์ และ การสนทนากลุ่ม ด้วยเทคนิค AAR ได้แก่ 1). ความคาดหวังจากการดำเนินงาน ผู้เข้าร่วมวงสนทนาต้องการให้หมู่บ้านปลอดภัยปลอดยาเสพติดชุมชนสงบสุข เยาวชนไม่รวมกลุ่มมั่วสุม ครอบครัวเอาใจใส่ดูแลบุตรหลานตนเอง โดยตัวแทนกลุ่มผู้นำชุมชนกล่าวว่า “อยากให้ยาเสพติดหมดไปจากชุมชน เด็กในชุมชนจะได้เลิกยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจเข้ามามีส่วนร่วมในการปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างจริงจัง ครอบครัวอบอุ่นร่วมกันดูแลบุตรหลานช่วยกันเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและให้มีการตรวจคัดกรองหาสารเสพติดทุกเดือน” อสม.บัตตี้ กล่าวว่า “อยากให้หมู่บ้านปลอดภัยปลอดยาเสพติด มี อสม.บัตตี้ ที่มีศักยภาพเข้าไปติดตามให้การช่วยเหลือกลุ่มบำบัดอย่างต่อเนื่อง” กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน กล่าวว่า “อยากได้กระบวนการทำงานด้านยาเสพติดอย่างเป็นระบบตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ สามารถลดปัญหายาเสพติดในชุมชนได้ ลดการใช้ความรุนแรง ป้องกันนักเสพยาใหม่ ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม การดำเนินงาน ผู้ผ่านการบำบัดไม่กลับไปเสพยาซ้ำ มีอาชีพ มีรายได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดมากขึ้น ลดปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึมเศร้าฆ่าตัวตาย 2. ผลลัพธ์ตามความคาดหวัง 2.1 สิ่งที่เป็นไปตามความคาดหวัง ประชาชนในชุมชน ผู้ปกครองและคนในครอบครัวเข้าใจ ชุมชนให้ความร่วมมือในทุกขั้นตอน ผู้เสพยาเสพติดสามารถเลิกเสพยาได้หลังเข้าร่วมกิจกรรม มีพื้นที่ปลอดภัยในชุมชนไม่มีการรวมตัวมั่วสุมของเยาวชน ผู้บำบัดสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมและมีการช่วยเหลือสังคม มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ด้านร่างกาย สุขภาพ บุคลิกภาพที่ดีขึ้น อสม. และ ผู้นำชุมชนได้รับการยอมรับจากผู้บำบัดและคนในครอบครัว ตัวแทนกลุ่มผู้นำชุมชน กล่าวว่า “ผู้บำบัดและคนในครอบครัวมีความเข้าใจกัน มีความรักและ

ความอบอุ่นในครอบครัวมากขึ้น คุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีผู้เสพยาเสพติดรายใหม่ในชุมชน ทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม ไม่ตีตราผู้ป่วย ตัวแทนกลุ่มผู้บำบัด กล่าวว่า “ผู้เสพยาอมรับตัวเองและสมัครใจเข้ารับการรักษา เพราะชุมชนให้การยอมรับ ไม่ตีตรา และกระบวนการบำบัดในชุมชนทำให้สะดวก เข้าถึงง่าย สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ” 2.2) สิ่งที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ยาเสพติดหาได้ง่าย ราคาถูก ผู้เสพยาบางรายเลิกไม่ได้ยังกลับไปเสพยาซ้ำและสร้างปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน การบังคับใช้กฎหมายยังมีช่องว่าง ยังมีกลุ่มผู้มีอิทธิพลและเจ้าหน้าที่รัฐเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด บางครอบครัวยังไม่เปิดใจและไม่ให้ความสำคัญ ผู้บำบัดบางรายใช้ยาเสพติดเพื่อการทำงานทำให้เลิกได้ยาก 2.3) สิ่งที่เกิดความคาดหวัง มีผู้สมัครใจเข้าร่วมการคัดกรองและเข้ารับการรักษาจำนวนมากเกินความคาดหมาย ผู้ปกครองคนในครอบครัว และชุมชนให้ความร่วมมือ อสม.บัตตี้ติดตามเยี่ยมบ้านดูแลให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด มีครอบครัวต้นแบบในการเลิกยาเสพติดในชุมชน เกิดกลุ่มอาชีพที่สามารถสร้างรายได้และขยายผลต่อในระดับครอบครัว 3. แนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ทุกภาคส่วนมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ การเสริมสร้างให้ความร่วมมือและช่วยเหลือกันในชุมชน สร้างสัมพันธภาพในครอบครัวให้ความอบอุ่นในครอบครัว ทำให้ครอบครัว ชุมชน เข้มแข็ง ผู้ปกครองเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุตรหลานและเยาวชน เพิ่มมาตรการทางสังคม บังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มแข็ง สร้างการรับรู้และทัศนคติที่ถูกต้องแก่ประชาชนเรื่องความรู้และพิษภัยจากยาเสพติด ช่วยกันเฝ้าระวังยาเสพติดในชุมชน และตรวจค้นหาคัดกรองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

จากสถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ใน ปี 2563 - 2566 มีผู้ป่วยยาเสพติดที่สมัครใจเข้ารับการบำบัด คิดเป็นร้อยละ 6.59, 53.18, 3.06 และ 4.36 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดลดลง จากการศึกษาสถานการณ์และการบำบัดรักษาฟื้นฟูรูปแบบเดิมพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดไม่สามารถเข้าถึงบริการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลเนื่องจากยังมีความกังวลในเรื่องคดีความ กลัวถูกบันทึกประวัติ และถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นผู้ต้องหาคดียาเสพติด รวมถึงรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดเป็นแบบตั้งรับดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว ส่วนการแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นการดำเนินงานเฉพาะหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทโดยตรงในการแก้ไขปัญหายาเสพติดเท่านั้น ชุมชนและภาคีเครือข่ายยังไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการอย่างจริงจัง ดังนั้น จึงได้มีการประสานความร่วมมือและบูรณาการการทำงานร่วมกันใน 4 ภาคส่วน (4 ทหารเสือ) ซึ่งประกอบด้วย หน่วยงานปกครอง หน่วยงานตำรวจ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานท้องถิ่น และท้องที่ ร่วมกันวางแผนและพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการจัดประชุม ทำประชาคมในตำบลและหมู่บ้าน เพื่อค้นหาปัญหายาเสพติดในชุมชนและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยการประชาสัมพันธ์เชิญชวน รณรงค์ ทำความเข้าใจเพื่อนำผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ญฐพร ผลงาม⁽⁵⁾ การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการดำเนินงานส่วนใหญ่ใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจโดยหน่วยงาน ภาครัฐเป็นผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้น ควรใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนขับเคลื่อนการดำเนินงานทุกขั้นตอน เปิดโอกาสให้คนในชุมชนออกแบบวิธีการ โดยเริ่มต้นจากการร่วมคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไรเน้นความสมัคร

ผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้น ควรใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนขับเคลื่อนการดำเนินงานทุกขั้นตอน เปิดโอกาสให้คนในชุมชนออกแบบวิธีการ โดยเริ่มต้นจากการร่วมคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไรเน้นความสมัคร

รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ 1) การจัดประชาคมบูรณาการดำเนินงานร่วมกับทุกภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการค้นหาคัดกรองตรวจบัสสาวะหาสารเสพติดแบบสมัครใจ 2) ประเมินคัดกรองแยกกลุ่มผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3) นำผู้ใช้และผู้เสพ เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 4) ติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังการบำบัดครบตามเกณฑ์โดย อสม. บัดดี 5) ฝึกทักษะอาชีพ ให้ความช่วยเหลือด้านอาชีพ เพื่อสร้างความยั่งยืนไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาซ้ำอีก ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ นุชรีย์ ทองเจิม, ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์ และ ลัดดาวลัย สิทธิสาร⁽⁶⁾ การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูมีกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาและคัดกรอง 2) การบำบัดฟื้นฟู 3) การฝึกอาชีพ และ 4) การติดตามช่วยเหลือ การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ผ่านรับการบำบัดเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น และประพัทธ์ ธรรมวงศา⁽⁷⁾ การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ 1) การเตรียมครอบครัว 2) การสำรวจผลกระทบ ความคาดหวังของครอบครัวเกี่ยวกับปัญหายาเสพติดในชุมชนและแนวทางการแก้ไข 3) การให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดยา 4) การ

ให้ความรู้เรื่องวงจรการใช้ยา ปัญหาในช่วงเล็กระยะแรก 5) การให้ความรู้เรื่องการระงับอาชพิ/การศึกษา 6) การป้องกันการกลับไปเสพยา และ 7) การคืนคนดีสู่สังคม ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพยา จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชนได้อย่างแท้จริง และอรรถนกร สมเกียรติกุล⁽⁸⁾ การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพยาโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัย พบว่ารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพยาโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) วางแผนการดำเนินงาน 3) ปฏิบัติการรักษาผู้ยาเสพยา 4) ร่วมติดตามและประเมินผล และ 5) การดูแลระยะยาวหลังการรักษา

ผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพยาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ป่วยยาเสพยาที่เข้ารับการรักษา จำนวน 42 คน ส่งต่อบำบัดในสถานพยาบาล 1 คน เข้ารับการรักษาตามกระบวนการครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 90.48 และ ไม่มีพฤติกรรมกลับไปเสพยา ร้อยละ 85.71 ผู้ป่วยยาเสพยาได้รับการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้โดยไม่ทำให้เดือดร้อน และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถ ลดละ เลิกยาเสพยาได้ และผู้เสพยาเสพยาที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการบำบัดในสถานพยาบาลยังอาศัยอยู่ในชุมชนมีโอกาสรับการรักษาฟื้นฟูสมรรถนะด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน ชุมชนมีส่วนร่วมในการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพยาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ มีทัศนคติต่อผู้เสพยาเสพยาในการดูแลให้ความช่วยเหลือในทิศทางที่ดีขึ้น ประชาชนมีความพึงพอใจต่อกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพยาโดยการมีส่วนร่วมของ

ชุมชนโดยรวมในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 90.16 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ นิตยา ฤทธิ์ศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร และ ศุภลักษณ์ จันทาญ⁽⁹⁾ รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพยาโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง : กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัย พบว่า การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพยาโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ชุมชนต้องมีความพร้อมในการเข้าร่วมกระบวนการทุกขั้นตอน ชุมชนเป็นเจ้าของสามารถตรวจสอบได้ เป็นวิธีการบำบัดที่แทรกแซง ชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่าการรักษาอื่นๆ ได้รูปแบบของการบำบัดรักษาที่ตรงกับความต้องการของชุมชนและ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายอำเภอวาปีปทุม ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรวาปีปทุม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสีทองกลาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทองหลาง ส่วนราชการทุกหน่วยงาน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก ในการดำเนินงานวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาเสพยาของอำเภอวาปีปทุม ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/สารเสพยาที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2564.

2. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี; 2567.
3. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and x.. (CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). นนทบุรี ; 2567.
4. โรงพยาบาลวาปีปทุม. รายผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการรักษาแบบสมัครใจในระบบฐานข้อมูลบสต. อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2563 – 2566. รายงานประจำปี. โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม.
5. ณัฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม 2564; 1: 49-71.
6. นุชรีย์ ทองเจิม, อีรวัดน์ สุกุลมานนท์ และ ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ 2566; 13: 17-30.
7. ประพัทธ์ ธรรมวงศา. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2567; 6: 1-14.
8. อรรถจกร สมเกียรติกุล. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด 2566; 1: 28-40.
9. นิตยา ฤทธิศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร และ ศุภลักษณ์ จันทาญ. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง : กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2565; 19: 50-63.