

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ประสิทธิผลและความคุ้มค่าของรูปแบบการบำบัดผู้ป่วย ยาเสพติดที่ไม่มีอาการร่วมทางจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 2

ชลอวัฒน์ อินปา พ.บ., อ.ว. (เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน)*

มัชฌิมา สอนलय วท.ม. **

ปรีชวิษฐ์ พรหมจักร ปร.ด.***

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

** สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

*** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

ติดต่อผู้เขียน: มัชฌิมา สอนलय Email: machima.sorn@gmail.com

วันรับ:	4 ธ.ค. 2568
วันแก้ไข:	23 ธ.ค. 2568
วันตอบรับ:	13 ม.ค. 2569

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based treatment: CBTx) ของเขตสุขภาพที่ 2 รวมถึงปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และความต้องการพัฒนา นำไปสู่การพัฒนาโมเดลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกลุ่มสีเขียวโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx-PLUS R2) ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และมีความยั่งยืน และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการขยายผลในอนาคต กระบวนการวิจัยประกอบด้วยจากการทบทวนมาตรฐานและเอกสารการดำเนินงาน CBTx ของกระทรวงสาธารณสุข การถอดบทเรียนบทบาทชุมชนและระบบบริการโดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสนทนากลุ่ม และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม/แบบประเมินที่สะท้อนสภาพการดำเนินงานและศักยภาพของภาคีในพื้นที่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานก่อนและหลังการพัฒนาโมเดล ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงาน CBTx ในเขตสุขภาพที่ 2 มีการขับเคลื่อนเชิงชุมชนที่เข้มแข็งและสอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานของกระทรวงในหลายมิติ อย่างไรก็ตาม พบข้อจำกัดสำคัญด้านสมรรถนะของกำลังคน และความไม่เป็นเอกภาพของระบบข้อมูล ส่งผลให้คุณภาพการติดตามหลังบำบัดมีความแปรผันระหว่างพื้นที่ จึงได้พัฒนาโมเดล CBTx-PLUS R2 ที่เน้นการเสริมศักยภาพชุมชนให้ดูแลผู้ป่วยสีเขียวได้เต็มรูปแบบในพื้นที่ ลดการพึ่งพาบริการแบบผู้ป่วยนอก พร้อมบูรณาการระบบข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันล้อมรั้ง และการอบรมผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเพิ่มขีดความสามารถด้านการติดตาม เฝ้าระวัง และสนับสนุนการหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่อง ข้อค้นพบชี้ว่า การยกระดับ CBTx สู่ CBTx-PLUS R2 มีความเป็นไปได้เชิงระบบและเชิงปฏิบัติการในบริบทเขต โดยโมเดลดังกล่าวตอบโจทย์ความจำเป็นในการเพิ่มความต่อเนื่องการบำบัดในชุมชน ลดความเสี่ยงการกลับไปเสพยา ทั้งนี้หลังการพัฒนา คะแนนรวมความรู้และสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รวมถึงโมเดลดังกล่าวมีศักยภาพในการยกระดับความคุ้มค่าคุ้มทุนของบริการด้วยการใช้ทรัพยากรชุมชนเป็นฐานทดแทนการพึ่งพาระบบผู้ป่วยนอก ข้อเสนอเชิงนโยบายจึงมุ่งให้เกิดการสนับสนุนทรัพยากรและกำลังคน การพัฒนาสมรรถนะภาคีชุมชนอย่างต่อเนื่อง และการจัดระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงหน่วยบริการชุมชนอย่างเป็นเอกภาพ เพื่อใช้เป็นต้นแบบการขับเคลื่อนและขยายผลในระดับเขตและระดับประเทศต่อไป

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ; ความคุ้มค่า; ผู้ป่วยยาเสพติด; อาการร่วมทางจิตเวช; การบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน; การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาเสพติดจากรายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย พ.ศ. 2567 พบว่าประชากรไทยอายุ 12-65 ปี ที่เคยมีประสบการณ์ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงชีวิต ประมาณ 3.7 ล้านคน หรือคิดเป็น 75.74 ต่อประชากร 1,000 คน ขณะเดียวกัน รายงานว่าเคยใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งครั้งภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่ควรเฝ้าระวัง ประมาณ 1.9 ล้านคน หรือคิดเป็น 38.94 ต่อประชากร 1,000 คน⁽¹⁾ ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการใช้สารเสพติดมีได้จำกัดอยู่เพียงกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ แต่แทรกซึมอยู่ในประชากรวัยทำงานและวัยรุ่น ซึ่งอาจนำไปสู่ผลกระทบระยะยาวทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของครัวเรือนและชุมชน

ข้อมูลระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) ณ วันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2568⁽²⁾ พบว่า ในช่วง 3 ปีงบประมาณที่ผ่านมา จำนวนผู้รับการบำบัดรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้รับการบำบัดทั้งสิ้น 114,462 ราย ในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 196,741 ราย ในปี พ.ศ. 2566 และสูงถึง 215,164 ราย ในปี พ.ศ. 2567 ผลการรายงานดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชและความเสี่ยงต่อความรุนแรง ซึ่งอิงจากเกณฑ์การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และพบว่า ไม่มีอาการร่วมทางจิตเวช (No psychiatric comorbidity: OAS = 0) ซึ่งจัดเป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ มีความชุกสูงที่สุดอย่างต่อเนื่องในทุกปี โดยมีจำนวน 100,113 ราย ในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 173,689 ราย ในปี พ.ศ. 2566 และอยู่ในระดับใกล้เคียงกันที่ 173,790 ราย ในปี พ.ศ. 2567 โดยเฉลี่ยในช่วง 3 ปี ผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวคิดเป็น ร้อยละ 85.5 ของผู้รับการบำบัดทั้งหมด นอกจากนี้สถิติการรับการบำบัดรักษาในระดับประเทศได้สะท้อนว่าผู้ป่วยกลุ่ม

สีเขียวเป็นสัดส่วนหลักของผู้ที่เข้าสู่ระบบบำบัด โดยเฉพาะในรูปแบบการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (outpatient department: OPD) และการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based treatment: CBTx) แต่เมื่อวิเคราะห์เชิงพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 2 พบแนวโน้มของผู้ป่วยยาเสพติดในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวเป็นกลุ่มที่เข้าสู่ระบบบำบัดในสัดส่วนสูงที่สุดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉลี่ยในช่วง 3 ปี ผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวมีสัดส่วน ประมาณร้อยละ 89.1 ของผู้รับการบำบัดทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 2⁽²⁾ นอกจากนี้ เขตสุขภาพที่ 2 ยังเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงเชิงภูมิรัฐศาสตร์ที่สำคัญ โดยเฉพาะจังหวัดตากซึ่งมีพื้นที่ชายแดนติดกับประเทศเมียนมา และถูกระบุว่าเป็นหนึ่งในเส้นทางหลักของการลักลอบลำเลียงยาเสพติดเข้าสู่ประเทศไทย⁽⁴⁾ นอกจากนี้ จังหวัดตากยังถูกกำหนดให้เป็น “พื้นที่เร่งด่วน” ตามมาตรา 5(10) ของประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564⁽⁵⁾ เนื่องจากมีความเปราะบางต่อการลักลอบนำเข้าสู่ที่ตั้งต้นและเคมีภัณฑ์ที่ใช้ในการผลิตยาเสพติด ทั้งนี้ศึกษาที่ผ่านมาพบว่า CBTx ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความเครียด มีอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์สูง และอัตราการหยุดเสพต่อเนื่อง 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 80⁽⁶⁾ มีแนวโน้มใช้ทรัพยากรน้อยกว่า และสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายสาธารณะ (public spending)⁽⁷⁾ รวมถึงการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงาน CBTx ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดได้รับการบำบัดทุกรายได้รับการรักษา ไม่กลับไปเสพซ้ำและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับดีเพิ่มขึ้น⁽⁸⁾ นอกจากนี้ การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยรูปแบบ CBTx มีผลทำให้การเสพแอมเฟตามีนลดลง⁽⁹⁾ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวที่เน้นการเสริมศักยภาพของชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขข้อจำกัดของระบบการบำบัดรักษาในปัจจุบัน ทั้งในด้านประสิทธิภาพ การใช้ทรัพยากร และความต่อเนื่องของการฟื้นฟูผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มสีเขียวในเขตสุขภาพที่ 2 โดยยกระดับศักยภาพของชุมชน

ให้สามารถดำเนินกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูได้อย่างครบวงจร สอดคล้องกับบริบทพื้นที่จริง เพื่อลดการพึ่งพาระบบผู้ป่วยนอก เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกชุมชน และนำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิผลและยั่งยืนในระยะยาว โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์รูปแบบการดำเนินงาน CBTx ในปัจจุบันของเขตสุขภาพที่ 2 รวมถึงปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และความต้องการพัฒนาในการดำเนินงานระดับชุมชน นำไปสู่การพัฒนาโมเดลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มสีเขียวโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx-PLUS R2) ในเขตสุขภาพที่ 2 ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และมีความยั่งยืน และวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุนของการจัดบริการในมิติทรัพยากรและต้นทุนต่อผลลัพธ์ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายและการขยายผลในอนาคต รวมถึงจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางการขับเคลื่อนโมเดล CBTx-PLUS R2 ในเขตสุขภาพที่ 2 สำหรับการนำไปใช้และขยายผล

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น โดยได้รับการอนุมัติเลขที่ NREC 0098/2568 ณ วันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การถอดบทเรียน ดำเนินการใน 10 จังหวัด ได้แก่ น่าน สงขลา กระบี่ สุราษฎร์ธานี เพชรบูรณ์ สุพรรณบุรี ยโสธร อำนาจเจริญ เชียงใหม่ และระยอง
2. การเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม/แบบประเมิน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง 135 คน ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน บุคลากรฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดด้วยแนวทาง CBTx ใน

5 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ สุโขทัย ตาก ราชบุรี เพชรบูรณ์ และอุตรดิตถ์

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเลือก

1. เป็นผู้มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน CBTx ในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ปี
2. เป็นผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
3. เป็นผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มสีเขียวที่เข้ารับการบำบัดในระบบ CBTx และ/หรือญาติผู้ป่วย
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนตามขั้นตอนการวิจัย และผู้ที่ปฏิเสธหรือถอนความยินยอมระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณให้สอดคล้องกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการพัฒนาโมเดล โดยประกอบด้วยแบบบทวนเอกสารและแบบสกัดข้อมูลจากคู่มือแนวทางการดำเนินงาน CBTx ที่จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁰⁻¹⁴⁾ แบบสอบถามสถานการณ์/ศักยภาพการดำเนินงาน CBTx แนวคำถามสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง และแบบประเมินความรู้และศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้าน CBTx ซึ่งดำเนินการประเมิน ก่อนและหลังการนำโมเดลไปใช้ (แบบประเมินตนเอง Likert scale 5 ระดับ)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุม และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นประเมินความตรงเชิงเนื้อหา และคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) รายข้อ เพื่อนำผลไปปรับแก้เครื่องมือให้สมบูรณ์ก่อนเก็บข้อมูล การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดำเนินการโดยคำนวณค่า

สัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha พบว่า มีค่ามากกว่า 0.70 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือวิจัยมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีและสามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ระยะ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดังนี้

ระยะที่ 1 (1 สัปดาห์) วางแผนและพัฒนาโมเดล ผู้วิจัยถอดบทเรียน CBTx จากแนวทางมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขและพื้นที่นำร่อง 10 พื้นที่ ร่วมกับการสนทนากลุ่มและการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามก่อนพัฒนา ในพื้นที่ตัวอย่างเขตสุขภาพที่ 2 เพื่อนำข้อมูลมาสังเคราะห์และออกแบบโมเดล

ระยะที่ 2 (3 สัปดาห์) ดำเนินการใช้โมเดล CBTx Plus ไปใช้ในพื้นที่ตัวอย่างเขตสุขภาพที่ 2 ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตามแผนที่พัฒนาขึ้น พร้อมกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 (3.5 สัปดาห์) สังเกตและติดตามผลระหว่างดำเนินงาน (Observe) โดยเก็บข้อมูลเชิงผลลัพธ์ระหว่างดำเนินงาน ได้แก่ ผลการหยุดเสพยาต่อเนื่อง (remission) และอัตราการคงอยู่ในโปรแกรม (retention) จากระบบ บสต. ควบคู่กับการประเมินความรู้/สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานหลังการอบรม CBTx และการสนทนากลุ่มติดตามระหว่างดำเนินงาน เพื่อสะท้อนประสบการณ์จริง ปัจจัยหนุนเสริม ปัญหาอุปสรรค และประเด็นที่ต้องปรับปรุงของโมเดล

ระยะที่ 4 (1 สัปดาห์) การสะท้อนผลและประเมินหลังใช้โมเดล (Reflect) โดยสังเคราะห์ผลเชิงเปรียบเทียบ จากข้อค้นพบระยะที่ 3 เพื่อปรับแก้และยกระดับโมเดล CBTx Plus R2 ให้เหมาะสมต่อบริบทเขตสุขภาพที่ 2 ก่อนจัดทำเป็น โมเดลฉบับสมบูรณ์สำหรับการขยายผล พร้อมข้อเสนอเชิงนโยบาย/เชิงปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยง-

เบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายระดับคะแนนประเมินความรู้/ศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดก่อนและหลังการนำโมเดลไปใช้

2) สถิติเชิงอนุมาน แบบประเมินความรู้/ศักยภาพผู้ปฏิบัติงานฯ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเชิงผลลัพธ์ของเครื่องมือโดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการนำโมเดลไปใช้ ด้วยสถิติ paired sample t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนแบบประเมินรายบุคคล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

1. ระยะที่ 1 การวางแผนและพัฒนาโมเดล

1.1 ผลการทบทวนมาตรฐานการดำเนินงาน CBTx ของกระทรวงสาธารณสุขและการถอดบทเรียนจากพื้นที่นำร่อง 10 พื้นที่นำร่อง พบว่า แนวทางการดำเนินงาน CBTx ของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดกรอบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเป็นกระบวนการดูแลแบบต่อเนื่องและครอบคลุม ตั้งแต่การค้นหาและคัดกรอง การจัดการบริการบำบัดฟื้นฟูเชิงจิตสังคมในชุมชน การสนับสนุนด้วยครอบครัวและเครือข่ายสังคม การส่งต่อกรณีเกินศักยภาพพื้นที่ ไปจนถึงการติดตามหลังการบำบัด^(11,14) ทั้งนี้เน้นบทบาทร่วมของชุมชนและภาคีพื้นที่ ได้แก่ ตำรวจ ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมส่วนตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น⁽¹⁵⁾ เพื่อมุ่งลดการกลับไปใช้ซ้ำและเสริมการคืนคนสู่สังคมอย่างยั่งยืน

การสังเคราะห์บทเรียนจากพื้นที่นำร่อง 10 แห่ง พบว่า ความสำเร็จของ CBTx เกิดจากการที่ชุมชนมีความเป็นเจ้าของและมีฉันทามติร่วมต่อปัญหา ผ่านกลไกประชาคมและกติกาสังคมที่เข้มแข็ง โดยยึดหลักไม่ตีตราและคุ้มครองความลับ ทำให้ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการบำบัดอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูดำเนินในบริบทชีวิตจริงโดยใช้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ พร้อมเชื่อมต่อการส่งต่อทางการแพทย์เมื่อจำเป็น และมีมาตรการเสริมอาชีพหรือบทบาททางสังคมหลังบำบัด ซึ่งช่วยลดการเสพยา

ซ้ำในระยะยาว

การทบทวนข้อมูลมาตรฐานและหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านความคุ้มค่าคุ้มทุนชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มสี่เหลี่ยมมีประสิทธิผลและความคุ้มค่าแตกต่างกันตามระดับการลงทุนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยข้อมูลจากระบบ บสต. ปี 2568 ที่นำมาวิเคราะห์เชิงต้นทุน-ประสิทธิผลเปรียบเทียบ 3 รูปแบบ พบว่า CBTx มีต้นทุนต่อรายต่ำกว่าอย่างชัดเจน (ประมาณ 2,200 บาท/ราย) เมื่อเทียบกับ OPD (ประมาณ 4,500 บาท/ราย) ขณะที่ผลลัพธ์ด้านการคงอยู่ในโปรแกรมและการหยุดเสพต่อเนื่องอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน (retention ร้อยละ 78.24 และ remission ร้อยละ 72.31 สำหรับ CBTx เทียบกับ retention ร้อยละ 77.53 และ remission ร้อยละ 73.89 สำหรับ OPD) สะท้อนว่า CBTx สามารถให้ผลลัพธ์เชิงสุขภาพที่ไม่ด้อยกว่าในต้นทุนที่ต่ำกว่า อย่างไรก็ตาม รูปแบบบูรณาการ CBTx ร่วมกับ OPD ให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดทั้งด้าน retention (ร้อยละ 87.98) และ remission (ร้อยละ 84.28)⁽²⁾ จึงถูกประเมินว่ามีความคุ้มค่าคุ้มทุนสูงสุดในเชิงระบบภายใต้บริบทการจัดการบริการของประเทศ หลักฐานดังกล่าวสนับสนุนแนวทางกระทรวงที่ให้ความสำคัญกับ CBTx เป็นกลไกหลักในชุมชน และชี้ให้เห็นศักยภาพของการยกระดับ CBTx ให้เข้มแข็งขึ้นเพื่อเพิ่มผลลัพธ์และความคุ้มค่าในระยะยาว โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ผู้ป่วยกลุ่มสี่เหลี่ยมมีสัดส่วนสูงอย่างต่อเนื่อง

1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากกรณีศึกษา

ผลการสนทนากลุ่มพบว่า CBTx ดำเนินงานเป็นกระบวนการเชิงระบบที่ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การเตรียมการ ค้นหา-คัดกรอง บำบัดฟื้นฟูรายสัปดาห์ และติดตามหลังจบโปรแกรม โดยจุดแข็งสำคัญ ได้แก่ ภาวะผู้นำพื้นที่ เครือข่ายภาคีแบบบูรณาการ การมีส่วนร่วมของครอบครัว/ชุมชน ระบบติดตามผู้ป่วย และบทบาทนักจัดการรายกรณี อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดด้านกำลังคนและทักษะเฉพาะ ภาระงานสูง ปัญหาขาดนัด/เสพซ้ำและโรคร่วมทางจิตเวช ข้อจำกัดงบประมาณ และความไม่

ชัดเจนของมาตรการจัดการผู้ขาดนัด จึงมีข้อเสนอให้ยก ระดับสมรรถนะทีมชุมชน พัฒนาระบบข้อมูล) และเสริมทรัพยากรเชิงระบบเพื่อรองรับการพัฒนาเป็น CBTx-PLUS อย่างยั่งยืน

1.3 ผลการประเมินสถานการณ์และศักยภาพการดำเนินงาน CBTx ในพื้นที่ศึกษา

ศักยภาพการดำเนินงาน CBTx ของพื้นที่ศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก โดยเด่นด้านการขับเคลื่อนกระบวนการงานในชุมชนตามแนวทางกระทรวงอย่างต่อเนื่อง และมีเครือข่ายชุมชน/อสม. มีบทบาทในการค้นหา คัดกรอง จัดกิจกรรมบำบัดกลุ่ม และติดตามผู้ป่วยกลุ่มสี่เหลี่ยม อย่างไรก็ตาม ความพร้อมด้านทรัพยากรสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลางและแตกต่างกัน โดยพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านกำลังคน ภาระงาน งบประมาณ และระบบข้อมูลที่ไม่เป็นเอกภาพ ส่งผลให้การติดตามผู้ป่วยในบางพื้นที่ทำได้เพียงระดับปานกลาง ทั้งนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามมีความต้องการพัฒนาในระดับมาก โดยเสนอการยกระดับสู่ CBTx-PLUS ผ่านการเพิ่มสมรรถนะผู้นำชุมชน/อสม. พัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงชุมชนกับหน่วยบริการ และเสริมกลไกฟื้นฟูด้านสังคมและอาชีพ เพื่อคงผลการบำบัดและลดการเสพซ้ำอย่างยั่งยืน

2. ระยะที่ 2 การดำเนินการนำโมเดลไปใช้

พื้นที่ศึกษาสามารถนำโมเดล CBTx Plus ไปสู่การปฏิบัติจริงผ่านการเสริมสมรรถนะภาคีเครือข่ายและชุมชน รวมถึงการยกระดับระบบข้อมูลสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มสี่เหลี่ยม โดยจัดอบรมผู้นำชุมชน อสม. และภาคีที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมแนวคิด CBTx Plus การจัดการรายกรณี การเฝ้าระวังการเสพซ้ำ และการสื่อสารเชิงสนับสนุน พร้อมการฝึกปฏิบัติในบริบทพื้นที่

นอกจากนี้มีการนำระบบแอปพลิเคชันล้อมรั้ง มาใช้เป็นเครื่องมือหลักในการจัดการข้อมูลเพื่อสนับสนุนการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยได้จัดการสอนการใช้งานแอปพลิเคชันแก่ผู้นำชุมชนและอสม. ตั้งแต่ขั้นตอนลงทะเบียนผู้ป่วย การบันทึกผลการเยี่ยมบ้าน/ติดตามอาการ การรายงานพฤติกรรมเสี่ยง

หรือสัญญาณเตือนการกลับไปเสพซ้ำ ไปจนถึงการส่งต่อข้อมูลระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการสุขภาพ การบูรณาการดังกล่าวช่วยให้การเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวมีความต่อเนื่อง ตรวจสอบได้ และลดความซ้ำซ้อนของข้อมูลระหว่างภาคี ส่งผลให้การดำเนินงาน CBTx Plus ในระยะทดลองใช้มีความเป็นไปได้เชิงปฏิบัติและสอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 อย่างชัดเจน

3. ระยะที่ 3 การสังเกตและติดตามผลระหว่างดำเนินงาน

3.1 ผลการติดตามการหยุดเสพต่อเนื่อง และอัตราการคงอยู่ในกระบวนการบำบัด ระหว่างการดำเนินงานโมเดล พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการคงอยู่ในกระบวนการบำบัดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80.05) สะท้อนศักยภาพของระบบดูแลแบบชุมชนเป็นฐานในการคงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน อัตราการหยุดเสพต่อเนื่องอยู่ที่ร้อยละ 62.00 แสดงผลเชิงบวกของโมเดลต่อการลดและยุติการใช้สารเสพติดในกลุ่มเป้าหมายระหว่างการติดตาม

3.2 ผลการประเมินการดำเนินงานและศักยภาพของโมเดลจากแบบสอบถาม

พบว่า การเปลี่ยนแปลงด้านกลไกและความพร้อมเชิงระบบหลังใช้โมเดลอยู่ในระดับมาก สะท้อนว่าพื้นที่สามารถจัดโครงสร้างทีม บทบาทภาคี และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการกับชุมชนได้ชัดเจนขึ้น ขณะที่ผลการดำเนินงาน CBTx-PLUS อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมบำบัดและติดตามผู้ป่วยสีเขียวในชุมชนที่ดำเนินได้ต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนงาน ส่วนระดับความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยสีเขียวอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ครอบคลุมบทบาทผู้นำชุมชน/อสม. และครอบครัวในงานเฝ้าระวัง ติดตาม รายงาน และสนับสนุนการคงภาวะหยุดเสพ

3.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนา

กลุ่มภายหลังการนำโมเดล CBTx-PLUS R2 ไปใช้ สามารถสังเคราะห์ได้เป็น 5 ประเด็นหลักดังนี้

3.3.1 ผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังนำโมเดลไปใช้ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าโมเดลช่วยยกระดับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวให้เป็นระบบมากขึ้น ทั้งการค้นหา คัดกรองเชิงรุก การจัดกลุ่มบำบัด และการติดตามแบบรายกรณี ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอขึ้น ครอบครัวมีส่วนร่วมมากขึ้น และชุมชนลดการตีตรา นอกจากนี้ ระบบข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันช่วยเพิ่มความเร็วในการสื่อสารและมีข้อมูลกลางสำหรับติดตามต่อเนื่อง ทำให้การเฝ้าระวังเสพซ้ำและการช่วยเหลือเฉพาะบุคคลมีประสิทธิภาพขึ้น

3.3.2 ความเหมาะสมและความเป็นไปได้เชิงปฏิบัติของโมเดลในบริบทพื้นที่โดยรวมผู้เข้าร่วมเห็นว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับบริบทเขตสุขภาพที่ 2 เนื่องจากใช้ทรัพยากรชุมชนเดิม (ผู้นำชุมชน อสม. ฝ่ายปกครอง และครอบครัว) เป็นแกนหลัก จึงสามารถดำเนินงานได้จริงในชีวิตประจำวัน ไม่เพิ่มภาระผู้ป่วยให้ต้องเดินทางมารับบริการผู้ป่วยนอกบ่อยครั้ง และการอบรมผู้นำชุมชนแบบสั้นผ่าน e-learning ช่วยให้แกนนำเข้าใจบทบาทและทักษะจำเป็นได้รวดเร็ว ขณะที่การใช้แอปพลิเคชันช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ในการจัดการรายกรณี หากได้รับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์และการฝึกใช้อย่างต่อเนื่อง

3.3.3 ปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ (1) ภาวะผู้นำและการสนับสนุนจากผู้บริหารในระดับพื้นที่ที่ผลักดันการทำงานร่วมกันอย่างจริงจัง (2) กลไกเครือข่ายภาคีที่ชัดเจนและสื่อสารสม่ำเสมอ (3) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่เข้มแข็ง ส่งผลต่อแรงจูงใจและการคงอยู่ในกระบวนการบำบัด (4) การมีระบบข้อมูลกลางช่วยลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มความต่อเนื่องการติดตาม ทั้งนี้ อุปสรรคสำคัญคือข้อจำกัดด้านกำลังคนและภาระงาน ทำให้บางพื้นที่ติดตามได้ไม่ครบตามแผน ความไม่เพียงพอของทรัพยากร/งบประมาณ ที่สนับสนุนกิจกรรมฟื้นฟู

3.3.4 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงโมเดล (1)

กำหนดบทบาทผู้จัดการรายกรณีในทีมชุมชนให้ชัดเจน พร้อมระบบที่เลี้ยงจากหน่วยบริการ (2) พัฒนาศักยภาพ ผู้นำชุมชน/อสม. ต่อเนื่อง เช่น ทักษะการสัมภาษณ์เชิง สร้างแรงบันดาลใจ (Motivational Interviewing: MI) การประเมินสัญญาณเสพยา และการจัดการปัญหาจิต- สังคม และ (3) ปรับปรุงแอปพลิเคชันให้ใช้งานง่ายขึ้น รองรับการบันทึกภาคสนาม ระบบแจ้งเตือนนัด และการ เชื่อมข้อมูลแบบ real time เพื่อลดภาระเอกสารและเพิ่ม คุณภาพข้อมูลกลาง

3.3.5 แนวทางการขยายผลในอนาคต ผู้ให้ข้อมูลเห็น ว่าโมเดลมีศักยภาพในการขยายผลเชิงระบบ หากได้รับการ สนับสนุนระดับเขตและจังหวัด โดยควรเริ่มจากการ สร้างพื้นที่ต้นแบบ ใช้การอบรมแบบ e-learning เป็น มาตรฐานร่วม จัดระบบพี่เลี้ยงระดับเขต และพัฒนาระบบ รายงานข้อมูลร่วมทุกภาคี ทั้งนี้ควรเพิ่มทรัพยากรด้าน บุคลากร งบประมาณกิจกรรมฟื้นฟู และกลไกสนับสนุน อาชีพ เพื่อคงผลการบำบัดและลดการเสพยาอย่างยั่งยืน

3.4 ผลการประเมินระดับความรู้และสมรรถนะของ ผู้ปฏิบัติงานด้าน CBTx ก่อน-หลังการพัฒนาโมเดล

(n=30) พบว่า หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ คะแนน เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกองค์ประกอบ ที่ประเมิน ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับบทบาทชุมชนในการดูแลผู้ ใช้ การประเมินสัญญาณเสพยา (relapse signs) การ จัดทำและรายงานข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันล้อมรัักษ์ และการ ใช้แบบฟอร์ม/ระบบในการดำเนินงาน ซึ่งสะท้อนการยก ระดับทักษะเชิงปฏิบัติการและความพร้อมในการทำงาน เชิงกรณีในชุมชนได้ชัดเจน แม้บางประเด็นด้านช่องทาง ส่งต่อ มีคะแนนเฉลี่ยลดลงหลังการพัฒนา แต่ยังคง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สะท้อนถึงการปรับความ เข้าใจให้สอดคล้องกับแนวทางการส่งต่อที่ถูกต้องตาม ระบบมากขึ้น โดยภาพรวมคะแนนรวม (เต็ม 20 คะแนน) เพิ่มขึ้นจาก 8.4 ± 2.2 เป็น 16.7 ± 1.3 แสดงให้เห็นว่าโมเดล CBTx-PLUS R2 สามารถเสริมสร้างความรู้และ สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็น ฐานสำคัญต่อการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงใน ชุมชนอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินระดับความรู้และสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานด้าน CBTx ก่อน-หลังการพัฒนาโมเดล (n=30)

รายการ		Mean±SD	p-value
บทบาทชุมชนในการดูแลผู้ช้ยา	ก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ	9.3±2.1	<0.001*
	หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ	16.8±1.4	
แนวทางติดตามหลังบำบัด 30 วัน 60 วัน 90 วัน	ก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ	8.7±2.5	<0.001*
	หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ	16.2±1.5	
การประเมินสัญญาณเตือน (Relapse signs)	ก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ	7.5±2.8	<0.001*
	หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ	15.7±1.8	
วิธีรายงานผ่านแอปพลิเคชัน (ล้อมรัักษ์)	ก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ	6.1±2.3	<0.001*
	หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ	16.0±1.6	
วิธีใช้แบบฟอร์มประเมินอาการ	ก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ	7.0±2.4	<0.001*
	หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ	16.0±1.6	
ช่องทางส่งต่อเร่งด่วน (รพ.สต./อำเภอ)	ก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ	8.9±1.8	<0.001*
	หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ	7.3±1.3	
คะแนนรวม (20 คะแนน)	ก่อนได้รับการพัฒนาศักยภาพ	8.4±2.2	<0.001*
	หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ	16.7±1.3	

p<0.05*

4. ระยะที่ 4 การสะท้อนผลและประเมินหลังใช้โมเดล ผลการสะท้อนร่วมกับภาคีทำให้โมเดล CBTx-PLUS R2 ได้รับการปรับปรุงในประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) การทำให้บทบาท case manager และเครือข่ายชุมชนมีความชัดเจนและต่อเนื่องมากขึ้น (2) การยกระดับกระบวนการติดตามผู้ป่วยสีเขียวด้วยระบบข้อมูล ผ่านแอปพลิเคชัน ล้อมรั้วให้เชื่อมโยงการรายงาน-เฝ้าระวัง-ส่งต่อได้เป็นมาตรฐานเดียวกัน (3) การเสริมศักยภาพผู้นำชุมชน/ อสม. ด้วยชุดการอบรม e-learning และการนิเทศติดตาม เป็นระยะ (4) การกำหนดกลไกสนับสนุนหลังบำบัดด้าน สังคม อาชีพเพื่อคงผลการหยุดเสพในระยะยาว ภายหลัง การปรับปรุงดังกล่าว โมเดลมีความครบถ้วนเชิง โครงสร้าง-กระบวนการ-ระบบข้อมูล และมีความพร้อม เชิงปฏิบัติการสำหรับการขยายผลในระดับเขตและระดับ ประเทศต่อไป

วิจารณ์

ระยะที่ 1 การวางแผนและพัฒนาโมเดล (Plan/ Model Development)

ผลการทบทวนมาตรฐานกระทรวงและการถอดบทเรียนระดับประเทศสะท้อนว่า CBTx ถูกออกแบบ เป็นระบบการดูแลต่อเนื่องที่ “ชุมชนเป็นฐาน” ครอบคลุม ตั้งแต่การค้นหา-คัดกรอง การจัดกิจกรรมบำบัด เชิงจิตสังคมในพื้นที่จริง การหนุนเสริมด้วยครอบครัว/ เครือข่ายสังคม การส่งต่อกรณีเกินศักยภาพ และการ ติดตามหลังบำบัดอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบ แนวทาง CBTx ระดับสากลของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) ที่เน้นการ บูรณาการภาคีในพื้นที่และการลดอคติ/การตีตราเพื่อ เพิ่มความสมัครใจเข้าสู่การบำบัดและคงผลการรักษาใน ระยะยาว⁽¹⁶⁾

ในส่วนการวิเคราะห์สถานการณ์จากการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามก่อนพัฒนา พบว่า ศักยภาพ CBTx ของเขตสุขภาพที่ 2 อยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก

โดยมีความเข้มแข็งด้านกระบวนการชุมชนและเครือข่าย อสม. แต่ยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร บุคลากร และระบบ ข้อมูลที่ไม่เป็นเอกภาพ ส่งผลให้การติดตามรายกรณี และ ความต่อเนื่องหลังบำบัดมีความแปรผันระหว่างพื้นที่ ประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับงานทบทวนวรรณกรรมที่ชี้ ว่า “ความพร้อมเชิงระบบและข้อมูล” เป็นตัวกำหนด คุณภาพการดำเนินงานของการบำบัดในชุมชนและความ สม่าเสมอของผลลัพธ์ระหว่างพื้นที่⁽¹⁷⁾

ในมิติความคุ้มค่าคุ้มทุน หลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนว่า CBTx เป็นบริการที่คุ้มค่า เพราะลดต้นทุน การรักษาและภาระระบบบริการได้ และยังคงผลลัพธ์ สุขภาพใกล้เคียงกับการรักษาในสถานพยาบาล⁽¹⁶⁾ ข้อค้นพบดังกล่าวจึงสนับสนุนการยกระดับ CBTx ไปสู่ CBTx-PLUS โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ผู้ป่วยสีเขียวมีสัดส่วน สูง

ระยะที่ 2 การดำเนินการนำโมเดลไปใช้ (Act/ Model Implementation)

ผลการวิจัยชี้ว่า การนำ CBTx-PLUS R2 ไปสู่การ ปฏิบัติจริงมีจุดเด่นที่การเสริมศักยภาพผู้นำชุมชน/ อสม. ผ่านการอบรมและ e-learning แบบสั้น รวมถึงการ ฝึกทักษะติดตามดูแลผู้ป่วยสีเขียวในบริบทจริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพกำลัง คนในชุมชน (capacity building for community work- force) ที่ระบุว่าการพัฒนาทักษะผู้ปฏิบัติงานระดับชุมชน ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการทำงานเชิงกรณี ลดการหลุด จากโปรแกรม และทำให้การบำบัดฝังตัวอยู่ในวิถีชุมชน ได้จริง⁽¹⁵⁾

ขณะเดียวกัน การประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันล้อมรั้ว เป็นระบบสนับสนุนการรายงานและติดตามแบบเรียลไทม์ (real-time) ช่วยลดความซ้ำซ้อนของข้อมูลและยกระดับ ความต่อเนื่องของการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิง ระบบที่ชี้ว่าการมีระบบสารสนเทศร่วม (shared informa- tion platform)⁽¹⁵⁾ ในบริการชุมชนทำให้การประสานงาน ระหว่างภาคีดีขึ้นและหนุนการตัดสินใจเชิงคลินิก/สังคม ได้แม่นยำขึ้น

ระยะที่ 3 การสังเกตและติดตามผลระหว่างดำเนินงาน (Observe/Monitoring)

ตัวชี้วัดระหว่างดำเนินงานพบ retention ร้อยละ 80.05 และ remission ร้อยละ 62.00 สะท้อนว่าโมเดลสามารถรักษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยได้ในระดับสูง และก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมเชิงบวกในช่วงติดตามผล ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงระบบที่รายงานว่า โปรแกรมบำบัดในชุมชนมักให้ผลด้าน retention ดีเมื่อมีการติดตามใกล้ชิดและมีแรงหนุนจากครอบครัว/ชุมชน และผล remission จะยิ่งดีขึ้นเมื่อมีกลไก after care และการป้องกันเสพยาในช่วงเสี่ยง⁽¹⁶⁾ และงานวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้รูปแบบ CBTx ในจังหวัดร้อยเอ็ดที่พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยรูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรั้ว” หลังดำเนินการ 1 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเสพยาแอมเฟตามีนลดลง ร้อยละ 123.66⁽⁹⁾ นอกจากนี้งานวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุดรธานี โดยมีการเตรียมครอบครัว การสำรวจผลกระทบความคาดหวังของครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาเสพติดในชุมชนและแนวทางการแก้ไข การให้ความรู้เรื่องโรคสมองตติยา การให้ความรู้เรื่องวงจรการช้ำยา ปัญหาในช่วงเล็กระยะแรก การให้ความรู้เรื่องการประกอบอาชีพ/การศึกษา การป้องกันการกลับไปเสพยา และการคืนคนดีสู่สังคม ผลการพัฒนาแบบพบปะ ประชาชนไม่มีพฤติกรรมกลับไปเสพยาร้อยละ 95.2⁽¹⁸⁾

นอกจากนี้ ผลแบบสอบถามหลังใช้โมเดลที่อยู่ในระดับมากในมิติกลไกเชิงระบบ ผลการดำเนินงาน และความเข้มแข็งของชุมชนชี้ว่า CBTx-PLUS R2 เพิ่มขีดความสามารถของชุมชน และทำให้โครงสร้างการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการกับภาคีท้องถิ่นมีความชัดเจนมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า การมีโครงสร้างภาคีและบทบาทผู้จัดการรายกรณีชัดเจนเป็นเงื่อนไข

สำคัญต่อผลลัพธ์ของ CBTx⁽¹⁵⁾ และการศึกษาพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดระยอง พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานทุกขั้นตอน ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการและลดปัญหาการกลับไปเสพยาของผู้ป่วยยาเสพติด ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักจนเกิดความมุ่งมั่นในการดำเนินงานตามบริบทของชุมชน⁽¹⁹⁾

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลและประเมินหลังใช้โมเดล (Reflect/Post-Implementation Evaluation)

การนำผลจากระยะติดตามมาปรับปรุงโมเดล ทำให้ CBTx-PLUS R2 มีความสมบูรณ์เชิงโครงสร้าง กระบวนการ และระบบข้อมูลมากขึ้น โดยเฉพาะ (1) การทำให้บทบาท case manager ชุมชนชัดเจนและมีระบบพี่เลี้ยงวิชาการ (2) การยกระดับข้อมูลให้ใช้เป็นมาตรฐานร่วมของภาคี และ (3) การเติมกลไกฟื้นฟูทางสังคม/อาชีพเพื่อคงผลลัพธ์ระยะยาว ลักษณะการปรับโมเดลจากหลักฐานจริงและเสียงสะท้อนผู้ปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการวิจัยและพัฒนาที่มุ่งพัฒนาโมเดลผ่านการทดลองใช้และการปรับปรุงซ้ำอย่างเป็นระบบ เพื่อให้โมเดลมีความพร้อมสำหรับการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง และสามารถขยายผลได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทพื้นที่ที่หลากหลาย⁽¹⁸⁾

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ความแตกต่างของบริบทพื้นที่และระดับความพร้อมของระบบบริการในแต่ละจังหวัด ซึ่งอาจมีผลต่อรูปแบบการดำเนินงานและผลลัพธ์ของโมเดล นอกจากนี้ การดำเนินงานอยู่ภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร ทำให้การติดตามผลเป็นระยะสั้น และอาจยังไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ในระยะยาวได้อย่างครบถ้วน อีกทั้งการประเมินผลลัพธ์มุ่งเน้นมุมมองของผู้ปฏิบัติงานเป็นหลัก จึงอาจยังไม่ครอบคลุมมิติผลลัพธ์จากมุมมองของผู้รับบริการและชุมชนทั้งหมด

ข้อเสนอแนะการศึกษาในอนาคต

1. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่หรือเขตสุขภาพที่มีบริบทและทรัพยากรแตกต่างกัน เพื่อประเมินความสามารถในการปรับใช้โมเดล CBTx ในระดับนโยบายและระดับประเทศ

2. การศึกษาในอนาคตควรต่อยอดการประเมินผลจากผลลัพธ์ด้านการรักษา ไปสู่ผลลัพธ์เชิงสังคม เช่น การลดการตีตรา การกลับคืนสู่บทบาททางสังคมของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของครอบครัว และผลกระทบต่อความเข้มแข็งและความปลอดภัยของชุมชน เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในภาพรวม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนและ อสม. ให้เป็นแกนหลักของ CBTx-PLUS อย่างเป็นระบบ จัดหลักสูตรพัฒนาศักยภาพแบบต่อเนื่อง (ทั้ง e-learning และภาคปฏิบัติ) ครอบคลุมทักษะสำคัญ เช่น การสื่อสารสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) การติดตามแบบรายกรณี การประเมินสัญญาณเสพยา (relapse signs) การเยี่ยมบ้านเชิงสนับสนุน และการจัดการปัญหาจิตสังคมเบื้องต้น พร้อมมีระบบนิเทศ/พี่เลี้ยงจากหน่วยบริการ เพื่อให้ผู้นำชุมชนและ อสม. สามารถดูแลผู้ป่วยสีเขียวได้ครบวงจรและลดความแปรผันของคุณภาพการดำเนินงานระหว่างพื้นที่

2. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาระบบข้อมูลระดับเขตให้เชื่อมโยงชุมชน-หน่วยบริการแบบมาตรฐานเดียวยกระดับแอปพลิเคชันล้อมรั้วให้เป็นข้อมูลกลางที่ใช้งานง่าย มีฟังก์ชันบันทึกภาคสนาม เตือนนัดติดตาม รายงานพฤติกรรมเสี่ยง และเชื่อมฐานข้อมูล บสต. เพื่อเพิ่มความต่อเนื่อง ลดงานซ้ำซ้อน และสนับสนุนการกำกับคุณภาพการติดตามผู้ป่วยในชุมชน

3. ขับเคลื่อน CBTx-PLUS ในฐานะการลงทุนที่คุ้มค่าของระบบสุขภาพและชุมชน จากหลักฐานเชิงต้นทุน-ประสิทธิผลที่ชี้ว่า CBTx ให้ผลลัพธ์ใกล้เคียง OPD ในต้นทุนที่ต่ำกว่า และรูปแบบบูรณาการยิ่งเพิ่มผลลัพธ์ได้สูงสุด จึงควรกำหนด CBTx-PLUS เป็นกลยุทธ์หลักใน

การดูแลผู้ป่วยสีเขียว เพื่อเพิ่มผลตอบแทนต่อการลงทุนลดภาระค่าใช้จ่ายระยะยาวของหน่วยบริการจากการรักษาซ้ำ/เสพยา และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดในระดับเขต ผ่านการย้ายฐานการดูแลไปสู่ชุมชนอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด, ศูนย์วิทยาการเสพติด มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิทยาการเสพติด มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล; 2567.
2. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, กระทรวงสาธารณสุข. ระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 26 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://antidrug.moph.go.th/report/normal>
3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด: ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. Pounpunwong W. Drug and youth: the problems and risks both outside and within schools in the border area of Mae Sod District, Tak Province. Ph.D. in Social Sciences Journal 2023;13(2):441-54.
5. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 25 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://strategy.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/23/2025/02/25681-1.pdf>
6. นุสรีย์ ทองเจิม, ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์, ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชน

- เป็นฐาน. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2566;13(2):17-30.
7. World Health Organization. Community-based treatment and care for drug use and dependence. Geneva: World Health Organization; 2010.
 8. คำแปลง ตะไชยา. ผลการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ตำบลนาแค อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเพิ่ม; 2567.
 9. ชวนพิศ เคหาบาล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้รูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรั้ว” ต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเสพยาแอมเฟตามีนของผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2568;6(2):274-87.
 10. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, โรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และแนวปฏิบัติที่ดี (Community Based Treatment and Rehabilitation (CBTx) and Best Practices). นนทบุรี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2562.
 11. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่, โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น, โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา. คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (community based treatment: CBTx) สำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน “วิถีใหม่การแก้ไขปัญหายาเสพติด”. กรุงเทพมหานคร: ออนป้า; 2564.
 12. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน (community based treatment and rehabilitation: CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
 13. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ ผู้เสพยา และผู้ติดยาเสพติดในชุมชน (CBTx “ชุมชนล้อมรั้ว”). นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
 14. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดด้วยชุมชนล้อมรั้ว (community-based treatment: CBTx). นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
 15. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), World Health Organization (WHO). International standards for the treatment of drug use disorders. Revised edition. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2020.
 16. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Community-based treatment and care services for people who use drugs in Southeast Asia. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2022.
 17. Graves BD, Fendrich M. Community-based substance use treatment programs for reentering justice-involved adults: A scoping review. Drug Alcohol Depend Rep 2024;10:100221.
 18. ประพัทธ์ ธรรมวงศา. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสารสาส์นสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2567;6(1):1-14.
 19. ณัฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม 2564;1(2):114-26.

ประสิทธิผลและความสำเร็จของรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่มีอาการร่วมทางจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 2

Effectiveness and Cost-Effectiveness of Drug Treatment Models for Patients without Comorbid Psychiatric Symptoms: A Case Study in Health Region 2, Thailand

Chalawat Inpa, M.D., Dip. Thai Board of Preventive Medicine (Community Mental Health)*; Machima Sornlai, M.Sc. (Public Health Administration)**; Prichavijy Promjak, Ph.D. (Public Health)***

* Phitsanulok Provincial Public Health Office; ** Office of Secretary of National Addiction treatment & Rehabilitation Committee; *** Nan Provincial Public Health Office, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2026;35(Suppl 1):S32-S43.

Corresponding author: Machima Sornlai, Email: machima.sorn@gmail.com

Abstract: This action research examined the situation and operational models of community-based treatment (CBTx) for people who use drugs in Health Region 2. It aimed to identify success factors, barriers, and development needs, leading to the development of a context-appropriate and sustainable community-based treatment and rehabilitation model for green-group drug patients (CBTx-PLUS R2), and to recommend policy for scale-up. The research process included a review of national CBTx standards and Ministry of Public Health documents, followed by lesson-learned synthesis of community roles and service delivery systems. Qualitative data were collected through focus group discussions, and quantitative data through questionnaires and capacity assessment tools reflecting implementation status and partner readiness. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including paired-sample t-tests to compare practitioners' knowledge and competency before and after model development. The results showed that CBTx in Health Region 2 was strongly driven by community engagement and largely aligned with national guidelines. However, key limitations were identified, particularly insufficient workforce competency and the lack of an integrated information system, resulting in inconsistent case follow-up and continuity of care across areas. In response, CBTx-PLUS R2 was developed to strengthen community capacity for comprehensive care of green-group patients, reduce reliance on outpatient services, and improve continuity through individual case management supported by a shared information system via the Lomrak application. Training for community leaders and village health volunteers emphasized follow-up, relapse surveillance, and supportive communication. The model was feasible at both systemic and operational levels. Practitioners' mean knowledge and competency scores increased significantly ($p < 0.05$). Policy recommendations emphasize sustained resource support, workforce development, continuous capacity building, and an integrated information system linking health facilities and communities to enable broader implementation.

Keywords: effectiveness; cost-effectiveness; green-group drug patients; psychiatric comorbidity; community-based treatment; operational model development