

การพัฒนาแบบการพยาบาลในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

Development of a Nursing Care Model for the Treatment and Rehabilitation of Individuals with Substance Use Disorders at Nuea Khlong Hospital, Krabi Province

นริสา รัตนวงศ์^{1,*}

Narisa Rattanawong^{1,*}

¹ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด, โรงพยาบาลเหนือคลอง, สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่; Psychiatry and Substance Use Disorders Unit, Nuea Khlong Hospital, Krabi Provincial Public Health Office; email: aea72@hotmail.com

* Corresponding author email: aea72@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลในการบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ โดยมุ่งเสริมสร้างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพิ่มแรงจูงใจภายใน พัฒนาพฤติกรรมการศึกษา และลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

วิธีการศึกษา: การวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทระบบบำบัดจากแบบสอบถาม 135 ราย และสัมภาษณ์เชิงลึก 15 ราย 2) พัฒนาและตรวจสอบรูปแบบการพยาบาล และ 3) ทดลองใช้กับผู้เสพยาเสพติดและผู้ติดยาเสพติด 40 ราย ใช้เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม 7 ฉบับ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประเมินแรงจูงใจภายใน ประเมินพฤติกรรมการศึกษา ติดตามการกลับไปใช้ซ้ำ และความพึงพอใจ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา IOC = 0.90–1.00 และค่าความเชื่อมั่น α = 0.82–0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ข้อค้นพบ: **ระยะที่ 1** พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยแรงงาน ระบบบำบัดมีความเข้มแข็งด้านโครงสร้างและการเข้าถึงบริการ (\bar{X} = 4.05–4.39) แต่ยังมีข้อจำกัดด้านแรงจูงใจภายใน การมีส่วนร่วมของครอบครัว-ชุมชน และการดูแลด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (\bar{X} = 2.36–2.48) **ระยะที่ 2** พัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินรายบุคคล การบำบัดเชิงจิตสังคม-จิตวิญญาณ การเสริมแรงจูงใจและทักษะจัดการความเสี่ยง และการติดตามป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ **ระยะที่ 3** หลังดำเนินโปรแกรม 30 วัน พบว่าความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แรงจูงใจภายใน และพฤติกรรมการศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) อัตราการกลับไปใช้ซ้ำลดลงเหลือร้อยละ 10 และความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

การประยุกต์ใช้: รูปแบบการพยาบาลแบบนี้สามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพิ่มแรงจูงใจภายใน และลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ผ่านการดูแลบูรณาการด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในบริบทที่ใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ; ผู้เสพและผู้ติดสารเสพติด; การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด

Abstract

Purpose: To develop and evaluate the effectiveness of a nursing model for the treatment and rehabilitation of drug users and addicts at Nuea Khlong Hospital, Krabi Province. The study aims to enhance readiness for behavioral change, increase internal motivation in developing drug cessation behaviors, and reduce the rate of drug relapse.

Methodology: This research and development (R&D) study was conducted in three phases: 1) Situational analysis of the treatment system through questionnaires (n = 135) and in-depth interviews (n = 15). 2) Development and validation of the nursing model. 3) Implementation and testing with 40 drug users and addicts. The research utilized 7 instruments, including a general information form, semi-structured interview guidelines, and assessments for: readiness for behavioral change, intrinsic motivation, drug cessation behavior, relapse follow-up, and satisfaction. The instruments demonstrated a Content Validity Index (IOC) of 0.90–1.00 and Cronbach's alpha coefficient (α) of 0.82–0.91. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis.

Findings: Phase 1: The majority of the sample were working-age males. The treatment system demonstrated strengths in structure and accessibility (\bar{x} = 4.05–4.39). However, limitations were identified regarding intrinsic motivation, family and community participation, and psycho-spiritual care (\bar{x} = 2.36–2.48). **Phase 2:** A 4-step holistic nursing model was developed, consisting of: (1) individual assessment, (2) psycho-social-spiritual therapy, (3) motivation and risk management skill enhancement, and (4) follow-up to prevent relapse. **Phase 3:** After 30 days of program implementation, the participants showed statistically significant increases in readiness for behavioral change, intrinsic motivation, and drug cessation behavior ($p < 0.01$). The relapse rate decreased to 10%, and overall satisfaction was at a high level.

Applications of this study: This nursing model can be applied in similar healthcare settings to promote behavioral change, strengthen intrinsic motivation, and reduce relapse through integrated bio-psycho-social-spiritual care.

Keywords: Treatment and rehabilitation; Substance use disorders; Addiction nursing

1. บทนำ

ปัญหาการใช้และการพึ่งพาสารเสพติดยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีความซับซ้อนและส่งผลกระทบในวงกว้าง รายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) ระบุว่าในปี ค.ศ. 2021 มีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกกว่า 296 ล้านคน เคยใช้สารเสพติด และมีผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (Substance use disorders) มากกว่า 39.5 ล้านคน แต่มีเพียงประมาณร้อยละ 20 ที่สามารถเข้าถึงบริการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม สะท้อนช่องว่างสำคัญของระบบการดูแลและการฟื้นฟู (United Nations Office on Drugs and Crime, 2023, 2024) ขณะเดียวกัน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่า 3 ล้านคนต่อปี โดยเฉพาะชายได้รับผลกระทบมากที่สุด (World Health Organization, 2024) สำหรับประเทศไทย ปัญหายาเสพติดยังคงเป็นความท้าทาย โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้ สารเสพติดที่พบมากที่สุดคือเมทแอมเฟตามีน และพบการใช้สารหลายชนิดร่วมกันในกลุ่มเยาวชนและวัยแรงงาน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการดำรงชีวิตในสังคม (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2566)

แนวทางการบำบัดผู้มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดได้เปลี่ยนจากการมุ่งเน้นการถอนพิษยา (Detoxification) ไปสู่การฟื้นฟูแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติชีวภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามกรอบแนวคิดชีวภาพ-จิตใจ-สังคม-จิตวิญญาณ (Bio-psycho-social-spiritual approach) (Engel, 1977; Ezeakunne & Unterrainer, 2025) โดยบูรณาการแนวคิดการป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ (Relapse prevention) (Marlatt & Gordon, 1985) การเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจูงใจ (Motivational interviewing) (Miller & Rollnick, 2013) และการฝึกสติแบบป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ (Mindfulness-based relapse prevention) (Bowen, Chawla, & Witkiewitz, 2014) อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศไทยดำเนินนโยบาย “ผู้เสพคือผู้ป่วย” แต่อัตราการกลับไปใช้ซ้ำยังสูงร้อยละ 40–60 ภายในหนึ่งปี โดยสัมพันธ์กับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เพียงพอ (Stage of change) (DiClemente, 2018) ระบบติดตามต่อเนื่องที่ไม่เข้มแข็ง (National Institute on Drug Abuse, 2023) และภาวะร่วมทางจิตเวช ซึ่งเป็นการมีโรคทางจิตเวชร่วมกับการใช้สารเสพติด จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ซ้ำ (Tesselaar et al., 2025) โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่ทรัพยากรจำกัด

สำหรับเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ภาคใต้ตอนบน พบแนวโน้มผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจังหวัดกระบี่ที่มีผู้ใช้สารเสพติดรายใหม่และกลุ่มวัยแรงงานเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน (ASEAN Narcotics Cooperation Center, 2022, 2023) โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ดำเนินงานบำบัดภายใต้แนวคิดจิตสังคมบำบัดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน แม้ข้อมูลย้อนหลังสะท้อนอัตราการบำบัดครบโปรแกรมอยู่ในระดับสูง แต่ในช่วงปี พ.ศ. 2567–2568 พบผู้เข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มที่เข้าสู่ระบบจากมาตรการบังคับของรัฐ ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากมีแรงจูงใจภายนอกมากกว่าแรงจูงใจภายใน ซึ่งอาจกระทบต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความยั่งยืนของผลลัพธ์การบำบัด (DiClemente, 2018; National Health Security Officer, 2022)

ในมิติการพยาบาล ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปลาว์ (Interpersonal relations theory) (Peplau, 1952) อธิบายว่าความสัมพันธ์เชิงบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นกระบวนการสำคัญที่ส่งเสริมการตระหนักรู้ตนเอง การเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้น (Orientation) ระยะระบุปัญหา (Identification) ระยะใช้ประโยชน์จากการรักษา (Exploitation) และระยะยุติ

สัมพันธภาพ (Resolution) แนวคิดนี้มีความสอดคล้องกับกระบวนการเสริมแรงเชิงบวก การลดการตีตรา และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการบำบัดผู้ป่วยสารเสพติด

แม้มีกรอบแนวคิดและหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนหลากหลาย แต่ยังคงขาดรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดองค์รวม (Engel, 1977; Ezeakunne & Unterrainer, 2025) แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska & DiClemente, 1983) แนวคิดการป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ (Marlatt & Gordon, 1985; Bowen, Chawla, & Witkiewitz, 2014) และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปลาว์ (Peplau, 1952) อย่างเป็นระบบในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ ผู้ติดสารเสพติด ที่สามารถประยุกต์ใช้ได้จริงและทดสอบว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถเพิ่มความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจภายใน พฤติกรรมการเลิกยา และลดอัตราการกลับไปใช้ซ้ำได้หรือไม่

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหา สภาพแวดล้อม และบริบทของระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพและผู้ติดสารเสพติด โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ ผู้ติดสารเสพติด โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

2.3 เพื่อทดลองและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินการในด้านแรงจูงใจภายใน (Motivation for change) พฤติกรรมการเลิกยา (Abstinence behavior) และอัตราการกลับไปใช้ซ้ำ (Relapse rate)

3. สมมติฐานการวิจัย

- 3.1 หลังทดลองใช้รูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยมีคะแนนแรงจูงใจภายในในการเลิกยาสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ
- 3.2 หลังทดลองใช้รูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยจะมีคะแนนพฤติกรรมการเลิกยาสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ
- 3.3 หลังทดลองใช้รูปแบบการพยาบาล อัตราการกลับไปใช้ซ้ำของผู้ป่วยจะลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้รูปแบบ
- 3.4 ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลในระดับมากถึงมากที่สุด

4. ทบทวนวรรณกรรม/เอกสารงานที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดสารเสพติดในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยอาศัยการสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ดังนี้

4.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

4.1.1 สถานการณ์และความสำคัญของปัญหาการใช้สารเสพติด การใช้และการพึ่งพาสารเสพติดยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีความซับซ้อนและส่งผลกระทบในวงกว้าง รายงานของ United Nations Office on Drugs and Crime ระบุว่า มีประชากรกว่า 296 ล้านคนทั่วโลกเคยใช้สารเสพติด และมากกว่า 39.5 ล้านคนมีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด แต่มีเพียงประมาณร้อยละ 20 ที่สามารถเข้าถึงบริการบำบัดรักษาได้อย่าง

เหมาะสม ซึ่งสะท้อนช่องว่างสำคัญของระบบการดูแลและการฟื้นฟู (United Nations Office on Drugs and Crime, 2023, 2024) ขณะเดียวกัน องค์การอนามัยโลกระบุว่าการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่า 3 ล้านคนต่อปี โดยเพศชายได้รับผลกระทบมากที่สุด (World Health Organization, 2024) สำหรับประเทศไทย การใช้เมทแอมเฟตามีนยังคงเป็นปัญหาหลักของระบบบำบัด และพบแนวโน้มการใช้สารหลายชนิดร่วมกันในกลุ่มวัยรุ่นและวัยแรงงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว และเสถียรภาพของชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2566) อย่างไรก็ตาม แม้ระบบบริการบำบัดจะได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการกลับไปใช้ซ้ำยังคงอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในช่วงปีแรกหลังการบำบัด ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดของระบบบริการที่ยังเน้นการรักษาทางการแพทย์มากกว่าการฟื้นฟูเชิงพฤติกรรมและสังคม (National Institute on Drug Abuse, 2023; Tesselaar et al., 2025) สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการบำบัดที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องครอบคลุมทั้งมิติพฤติกรรม จิตสังคม และบริบทชุมชน ไม่ใช่เพียงการรักษาทางชีวการแพทย์เท่านั้น ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้

4.1.2 แนวคิดการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด แนวโน้มการบำบัดผู้มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดในปัจจุบันได้เปลี่ยนจากการมุ่งเน้นการถอนพิษยาไปสู่การฟื้นฟูแบบองค์รวมที่ครอบคลุมมิติชีวภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเน้นการเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการดำรงพฤติกรรมการเลิกยาในระยะยาว (World Health Organization, 2024) การบำบัดสมัยใหม่จึงบูรณาการการบำบัดทางจิตสังคมหลายรูปแบบ เช่น Cognitive behavioral therapy และ Motivational interviewing ซึ่งช่วยเสริมแรงจูงใจภายในและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง (Miller & Rollnick, 2013) รวมถึงการฝึกสติและการป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ ซึ่งช่วยเพิ่มการควบคุมตนเองและลดพฤติกรรมการเสพยา (Marlatt & Gordon, 1985; Bowen, Chawla, & Witkiewitz, 2014) อย่างไรก็ตาม แม้แนวคิดเหล่านี้จะได้รับการยอมรับในระดับสากล แต่งานวิจัยหลายฉบับชี้ว่าการนำไปใช้ในระบบบริการระดับปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชนยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะการขาดรูปแบบการดำเนินงานที่บูรณาการแนวคิดหลายทฤษฎีเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ (Kelly et al., 2017; Volkow & Blanco, 2023) ช่องว่างดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่สามารถเชื่อมโยงแนวคิดทางทฤษฎีเข้ากับการปฏิบัติจริงในบริบทบริการสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการวิจัยครั้งนี้

4.1.3 ปัญหาและอุปสรรคของการบำบัดรักษา แม้ระบบบริการบำบัดสารเสพติดจะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการกลับไปใช้ซ้ำยังคงสูงถึงร้อยละ 40–60 ภายในหนึ่งปีหลังการบำบัด (DiClemente, 2018) งานวิจัยจำนวนมากชี้ว่าการกลับไปใช้ซ้ำไม่ได้เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านแรงจูงใจ พฤติกรรม และสภาพแวดล้อมทางสังคมของผู้ป่วย ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการกลับไปใช้ซ้ำ ได้แก่ การขาดแรงจูงใจภายในในการเลิกยา การขาดระบบติดตามต่อเนื่องหลังการบำบัด และการมีภาวะร่วมทางจิตเวช ซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (National Institute on Drug Abuse, 2023; Tesselaar et al., 2025) ปัญหาเหล่านี้พบได้ชัดในบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร ทำให้การดูแลมักเน้นการรักษาในระยะสั้นมากกว่าการฟื้นฟูพฤติกรรมในระยะยาว ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่สามารถเสริมแรงจูงใจภายใน พัฒนาทักษะการรับมือ และสนับสนุนการติดตามต่อเนื่องจึงมีความสำคัญต่อการลดการกลับไปใช้ซ้ำ ซึ่งเป็นประเด็นหลักที่การวิจัยนี้มุ่งพัฒนา

4.1.4 แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม Bio-psycho-social-spiritual แนวคิด Bio-psycho-social model ของ Engel (1977) อธิบายว่าสุขภาพและการเจ็บป่วยของมนุษย์เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวภาพ

จิตใจ และสังคม ต่อมาแนวคิดดังกล่าวได้รับการพัฒนาให้ครอบคลุมมิติด้านจิตวิญญาณ กลายเป็นกรอบแนวคิด Bio-psycho-social-spiritual ซึ่งเน้นการดูแลสุขภาพอย่างองค์รวม แนวคิดนี้ได้รับการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด เนื่องจากการเสพติดเกี่ยวข้องกับหลายมิติของชีวิตผู้ป่วย ทั้งด้านสุขภาพกาย ภาวะจิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และบริบททางสังคม (Ezeakunne & Unterrainer, 2025) งานวิจัยพบว่า การฟื้นฟูที่บูรณาการทั้งสี่มิติสามารถเพิ่มแรงจูงใจในการเลิกยา ลดอัตราการกลับไปใช้ซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวในระบบบริการสุขภาพชุมชนยังขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงนำแนวคิด Bio-psycho-social-spiritual มาใช้เป็นกรอบพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล โดยกำหนดให้การประเมินและการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งมิติทางชีวภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

4.1.5 ทฤษฎีการป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ (Relapse prevention theory) ทฤษฎี Relapse prevention ของ Marlatt & Gordon (1985) อธิบายว่าการกลับไปใช้สารเสพติดมักเกิดจากการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม แนวคิดสำคัญของทฤษฎีนี้คือการพัฒนาทักษะการรับมือกับสถานการณ์เสี่ยง การตระหนักรู้ตนเอง และการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและคงพฤติกรรมเลิกยาได้ในระยะยาว งานวิจัยเชิงทดลองหลายฉบับยืนยันว่าการฝึกทักษะการรับมือและการจัดการสิ่งกระตุ้นสามารถลดการกลับไปใช้ซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ (Bowen, Chawla, & Witkiewitz, 2014) ในการวิจัยครั้งนี้แนวคิด Relapse prevention ถูกนำมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมการเสริมแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะจัดการความเสี่ยง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับสถานการณ์เสี่ยงในชีวิตจริงได้อย่างเหมาะสม

4.1.6 แบบจำลองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามระยะ (Transtheoretical model) แบบจำลอง Transtheoretical model ของ Prochaska & DiClemente (1983) อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นเป็นกระบวนการตามระยะ ตั้งแต่การไม่ตระหนักถึงปัญหาไปจนถึงการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ DiClemente (2018) อธิบายเพิ่มเติมว่าระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดความสำเร็จของการบำบัดสารเสพติด งานวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ Preparation และ Action มีโอกาสเลิกยาได้สำเร็จและคงอยู่ในโปรแกรมการบำบัดมากกว่าผู้ป่วยในระยะก่อนการตัดสินใจ (DiClemente et al., 2017) ดังนั้น การประเมินระดับความพร้อมของผู้ป่วยจึงเป็นขั้นตอนสำคัญในการออกแบบกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็นพื้นฐานในการประเมินระดับความพร้อมและออกแบบกิจกรรมการบำบัดที่สอดคล้องกับระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

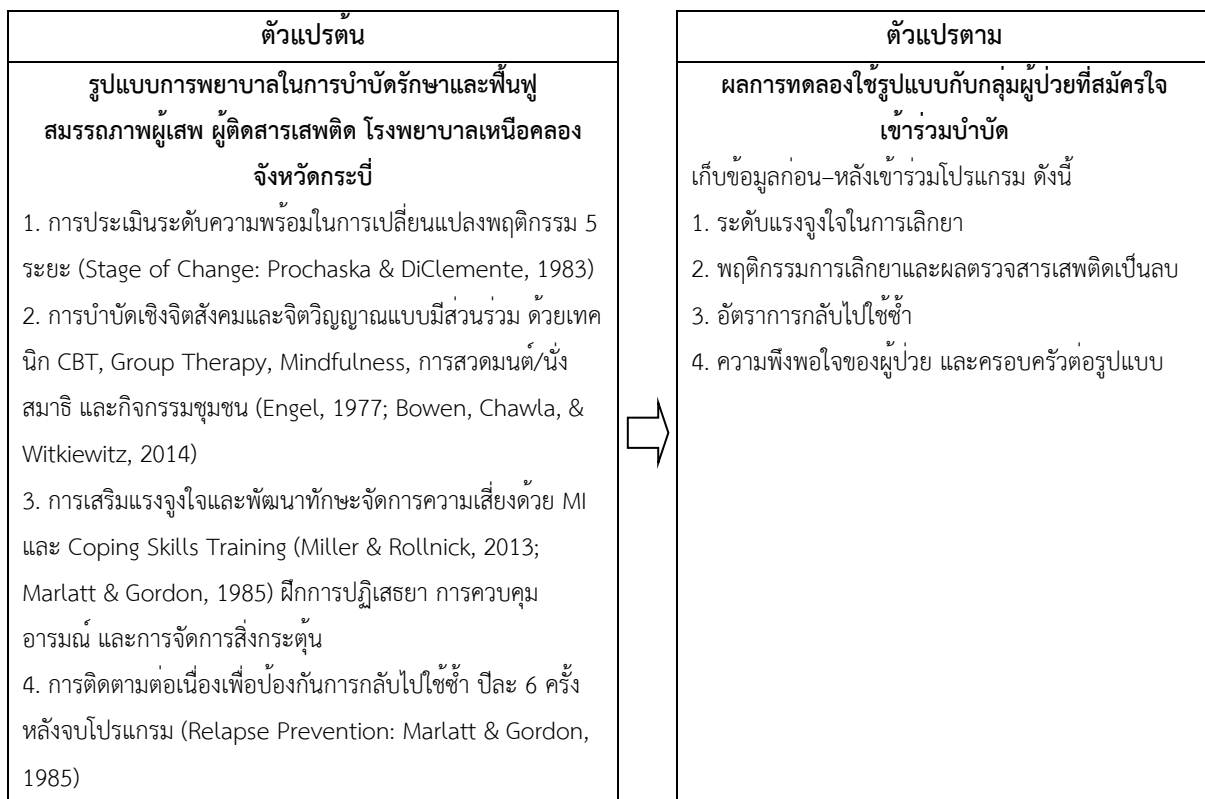
4.1.7 ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ Peplau ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ Peplau (1952, 1991) เน้นบทบาทของความสัมพันธ์เชิงบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในการส่งเสริมการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยกระบวนการสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัดประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ Orientation, Identification, Exploitation และ Resolution แนวคิดนี้มีความสำคัญต่อการบำบัดผู้ป่วยสารเสพติด เนื่องจากการสร้างความไว้วางใจ การไม่ตีตรา และการสื่อสารเชิงบำบัดช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและลดการถอนตัวจากโปรแกรมบำบัด (Tesselaar et al., 2025) ในการวิจัยครั้งนี้ แนวคิดของ Peplau ถูกนำมาใช้เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาล โดยพยาบาลทำหน้าที่สร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัดและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยตลอดกระบวนการฟื้นฟู

4.1.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การทบทวนงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาพบว่าแนวโน้มของการบำบัดผู้ติดสารเสพติดมุ่งเน้นการเสริมแรงจิตใจภายใน การพัฒนาทักษะการควบคุมตนเอง และการป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ งานวิจัยต่างประเทศพบว่าโปรแกรม Mindfulness-based relapse prevention และ Motivational interviewing สามารถลดการเสพยาและเพิ่มการควบคุมตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ (Bowen et al., 2014; Magill et al., 2019) นอกจากนี้ การดูแลแบบองค์รวมร่วมกับระบบติดตามต่อเนื่องในชุมชนยังช่วยเพิ่มความยั่งยืนของการเลิกยา (Kelly et al., 2017; Volkow & Blanco, 2023) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังศึกษาองค์ประกอบของการบำบัดแยกส่วน และยังขาดการบูรณาการหลายแนวคิดเข้าด้วยกันในรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน งานวิจัยในประเทศไทย พบว่าโปรแกรมจิตสังคัมบำบัดช่วยเพิ่มพฤติกรรมการเลิกยาและลดการกลับไปใช้ซ้ำ (ภานุพันธ์ ไพฑูรย์, อภิชัย สิริ และสิทธิชัย ไสสม, 2568; วันเพ็ญ ทัดศรี, ดรุณี เอื้อพรปัญญา และวาสนา แก้วหล้า, 2568) แต่ยังคงขาดรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิด Bio-psycho-social-spiritual, Stage of change และ Relapse prevention อย่างเป็นทางการ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดดังกล่าว เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการบำบัดในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

4.2 การบูรณาการแนวคิดเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาล จากการสังเคราะห์แนวคิด Bio-psycho-social-spiritual model, Transtheoretical model, Relapse prevention theory และทฤษฎีสัมพันธภาพของ Peplau พบว่าแนวคิดเหล่านี้สามารถเชื่อมโยงกันเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินความพร้อม การเสริมแรงจิตใจ การพัฒนาทักษะการรับมือ และการติดตามต่อเนื่อง แนวคิดดังกล่าวจึงถูกนำมาใช้เป็นกรอบในการพัฒนา “รูปแบบการพยาบาลในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยา ผู้ติดสารเสพติด โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่”

4.3 สรุปการเชื่อมโยงทฤษฎีและงานวิจัยกับกรอบแนวคิดการวิจัย การทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นว่า การบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพยาและผู้ติดสารเสพติดที่มีประสิทธิผลต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวม (Bio-psycho-social-spiritual approach) ร่วมกับการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิด Stage of change และการป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำตามทฤษฎี Relapse prevention โดยมีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการหลักผ่านสัมพันธภาพเชิงบำบัดและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน แนวคิดดังกล่าวถูกสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยที่กำหนดตัวแปรต้น คือ รูปแบบการพยาบาลฯ ประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก ได้แก่ (1) การประเมินความพร้อมและการดูแลรายบุคคล (2) การบำบัดเชิงจิตสังคัมและจิตวิญญาณแบบมีส่วนร่วม (3) การเสริมแรงจิตใจและพัฒนาทักษะจัดการความเสี่ยง และ (4) การติดตามต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ และตัวแปรตาม ที่เป็นผลลัพธ์ คือ ระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แรงจูงใจภายในในการเลิกยา พฤติกรรมการเลิกยาและผลตรวจสารเสพติด การลดการกลับไปใช้ซ้ำ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ตามภาพกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



5. วิธีการศึกษา

5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

5.1.1 ประชากรศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการ 3 ระยะ โดยมีประชากรศึกษาแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา สภาพแวดล้อม และบริบทของระบบการบำบัดประชากรในการศึกษาระยะที่ 1 ประกอบด้วย 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ จากข้อมูลย้อนหลังปี พ.ศ. 2566-2568 รวม 606 คน (เฉลี่ยปีละ 202 คน) (2) ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีบทบาทและส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการบำบัดและฟื้นฟู และ (3) บุคลากรทางการแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงกับระบบบริการในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ระยะที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบรูปแบบการพยาบาล ประชากรศึกษา ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช การบำบัดยาเสพติด การวิจัยทางการแพทย์ และการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อวิจัย

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ประชากรศึกษา ได้แก่ ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ซึ่งจากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี มีจำนวนผู้เข้ารับบริการเฉลี่ยประมาณ 202 คนต่อปี

5.1.2 กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและบริบทของระบบการบำบัด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด ครอบครัวผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงทีมสหสาขาเกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา

ขนาดตัวอย่างเชิงปริมาณ (ผู้ป่วย) การกำหนดขนาดตัวอย่างเชิงปริมาณ (ผู้ป่วย) คำนวณโดยใช้สูตรของ Cochran (1977) สำหรับประชากรจำกัด กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และกำหนดสัดส่วนประชากร $p = 0.5$ จากประชากรเฉลี่ยต่อปี 202 คน เมื่อปรับด้วยสูตร Finite population correction ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม 133 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 135 คน เพื่อเพื่อการสูญเสียข้อมูลหรือการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติตามหลักการกำหนดขนาดตัวอย่างในงานวิจัยด้านสุขภาพ (Lwanga & Lemeshow, 1991)

ขนาดตัวอย่างเชิงคุณภาพ ใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 คน ประกอบด้วย พยาบาล 5 คน ผู้บริหาร 2 คน ผู้ป่วย 5 คน และครอบครัวผู้ป่วย 3 คน โดยทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวิจัย

ระยะที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบรูปแบบการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี ในสาขาการพยาบาลจิตเวช การบำบัดยาเสพติด การวิจัยทางการแพทย์ และการบริหารโรงพยาบาล กำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตามเกณฑ์ของ Lynn (1986) เพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติและประสบการณ์ที่กำหนด

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เชี่ยวชาญและผู้ติดสารเสพติดที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ขนาดตัวอย่างคำนวณจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน-หลังด้วยสถิติ Paired t-test ตามแนวคิดของ Cohen (1988) กำหนดขนาดอิทธิพลปานกลาง (Effect size = 0.50) ระดับนัยสำคัญ .05 และพลังการทดสอบ 0.80 โดยโปรแกรม G*Power ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 34 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนเป็น 40 คน เพื่อรองรับการสูญเสียข้อมูลและรักษาอำนาจการทดสอบทางสถิติให้เพียงพอ (Lwanga & Lemeshow, 1991) โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบ Purposive Sampling จากผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดเลือกและการถอนอาสาสมัคร เนื่องจากการวิจัยมีกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ติดสารเสพติด ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ จึงกำหนดเกณฑ์อย่างชัดเจนแยกตามกลุ่ม ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า มีดังนี้ (1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ติดสารเสพติด ต้องได้รับการประเมินว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ติดสารเสพติดระดับไม่รุนแรงถึงปานกลาง มีอายุ 18–60 ปี และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ และสมัครใจเข้าร่วมและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม (2) กลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก ต้องเป็นสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจและให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ (3) กลุ่มเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสุขภาพ ต้องเป็นพยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 1 ปี และสมัครใจและให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก มีดังนี้ (1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ติดสารเสพติด มีภาวะจิตเวชรุนแรงหรือเสี่ยงอันตรายต่อตนเอง/ผู้อื่น มีโรคทางกายรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และอยู่ระหว่างการรักษาเฉพาะทางในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ (2) กลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือเข้า

ร่วมกิจกรรมได้ และ (3) กลุ่มเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสุขภาพ อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อหรือลาระยะยาวที่ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ต่อเนื่อง

เกณฑ์การถอนอาสาสมัครจากการศึกษา มีดังนี้ (1) อาสาสมัครแสดงความประสงค์ขอลงตัวจากการวิจัย (2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือให้ข้อมูลตามแผนการวิจัยอย่างต่อเนื่อง (3) เกิดภาวะทางกายหรือจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วม และ (4) ในกรณีกลุ่มผู้ป่วย หากกลับไปใช้สารเสพติดในระดับที่ต้องรับการรักษาเฉพาะทาง ทั้งนี้ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ก่อนการถอนตัวจะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตน และไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการรักษาหรือหน้าที่การงานของผู้เข้าร่วมวิจัย

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการพยาบาลในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย เสพ ผู้ติดสารเสพติด โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ 4 กระบวนการหลัก ที่พัฒนาบนแนวคิดการดูแลแบบชีวภาพ-จิตใจ-สังคม-จิตวิญญาณ (Engel, 1977; Ezeakunne & Unterrainer, 2025) ร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska & DiClemente, 1983) ทฤษฎีการป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ (Marlatt & Gordon, 1985; Bowen, Chawla, & Witkiewitz, 2014) และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) โดยจัดทำคู่มือปฏิบัติงานกำกับอย่างเป็นระบบ โปรแกรมดำเนินการ 30 วัน และติดตามประเมินผลซ้ำในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินความคงอยู่ของแรงจูงใจ พฤติกรรมการเลิกยา และการป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ ซึ่งรูปแบบการพยาบาลประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก ดังนี้

กระบวนการที่ 1 การประเมินระดับความพร้อมของผู้ป่วย (Readiness assessment) (สัปดาห์ที่ 1) ประเมินระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิด Stage of Change ควบคุมการประเมินแบบองค์รวมด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงและทรัพยากรสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เพื่อนำไปจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล

กระบวนการที่ 2 การบำบัดเชิงจิตสังคมและจิตวิญญาณแบบมีส่วนร่วม (Psychosocial-spiritual participatory therapy) (สัปดาห์ที่ 1-2) ดำเนินกิจกรรมบำบัดแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การบำบัดกลุ่ม การให้คำปรึกษา การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา การฝึกสติและกิจกรรมตามบริบทศาสนา ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อฟื้นฟูจิตใจและเสริมสัมพันธภาพเชิงบำบัด

กระบวนการที่ 3 การเสริมแรงจูงใจและสร้างทักษะจัดการความเสี่ยง (Motivation and coping skills enhancement) (สัปดาห์ที่ 3-4) เสริมแรงจูงใจภายในด้วยเทคนิค Motivational interviewing และฝึกทักษะจัดการสถานการณ์เสี่ยง เช่น การปฏิเสธยา การควบคุมอารมณ์ และการฝึกจำลองสถานการณ์

กระบวนการที่ 4 การติดตามต่อเนื่องและป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ (Continuing care and relapse prevention) (สัปดาห์ที่ 4) และการติดตามหลังจบโปรแกรม เตรียมความพร้อมก่อนสิ้นสุดโปรแกรมและจัดระบบติดตามต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงครอบครัวและเครือข่ายชุมชน พร้อมติดตามผลผ่านการโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน และการประสานงานเครือข่าย

ภายหลังครบโปรแกรม 30 วัน ผู้วิจัยดำเนินการ ติดตามและประเมินผลซ้ำในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้านแรงจูงใจภายใน พฤติกรรมการเลิกยา และการไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลและความยั่งยืนของรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

5.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 7 ฉบับ ดังนี้

5.2.2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความคิดเห็นต่อระบบบำบัด ครอบคลุมข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ การศึกษา บทบาท/สถานะ ระยะเวลาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด) ความคิดเห็นต่อสภาพปัญหาและระบบบำบัด (Likert 5 ระดับ) จำนวน 10 ข้อ และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความต้องการพัฒนา การแปลผล คะแนนเฉลี่ย ยิ่งสูงสะท้อนการรับรู้ปัญหา/ความต้องการพัฒนาที่มากขึ้น

5.2.2.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) เพื่อสำรวจเชิงลึกสภาพปัญหา บทบาท ประสบการณ์ และข้อเสนอแนะ จากพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว

5.2.2.3 แบบประเมินระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change questionnaire) ใช้สำหรับจัดกลุ่มผู้ป่วยและวางแผนการบำบัด เป็นแบบประเมินมาตราส่วน Likert 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ ครอบคลุม Precontemplation-maintenance การแปลผลค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 = ยังไม่พร้อม, 2.01-3.00 = เริ่มตระหนัก, 3.01-3.50 = เตรียมพร้อม, 3.51-4.50 = ลงมือเปลี่ยนแปลง, 4.51-5.00 = คงไว้ซึ่งพฤติกรรมดี

5.2.2.4 แบบประเมินแรงจูงใจภายในในการเลิกยา (Motivation for change scale) วัดแรงจูงใจภายในในการเลิกใช้สารเสพติด เป็นแบบสอบถาม Likert 5 ระดับ จำนวนประมาณ 8 ข้อ คะแนนรวมยิ่งสูง แสดงถึงแรงจูงใจภายในในการเลิกใช้สารเสพติดที่มากขึ้น ใช้เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม การแปลผลค่าเฉลี่ย 4.01-5.00 = แรงจูงใจสูงมาก, 3.01-4.00 = ปานกลาง, ≤ 3.00 = ต่ำ

5.2.2.5 แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกยา (Abstinence behavior questionnaire) ประเมินพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงยาและการควบคุมตนเอง เป็นแบบสอบถามการรายงานตนเองร่วมกับผลตรวจสารเสพติดทางปัสสาวะ 8 ข้อ มาตราส่วน 5 ระดับ (ไม่เคย-ทำสม่ำเสมอ) การแปลผลค่าเฉลี่ย ≥ 4.00 = ดีมาก, 3.00-3.99 = ปานกลาง, < 3.00 = ต้องปรับปรุง

5.2.2.6 แบบติดตามอัตราการกลับไปใช้ซ้ำ (Relapse follow-up record) ติดตามการกลับไปใช้สารเสพติดหลังจบโปรแกรม เป็นแบบบันทึกผลการติดตาม การรายงานตนเอง และผลตรวจปัสสาวะ ใช้บันทึกสถานะการใช้สารซ้ำ จำนวนครั้งและช่วงเวลาที่เกิดการกลับไปใช้ซ้ำ การแปลผลคำนวณอัตราการกลับไปใช้ซ้ำ เป็นร้อยละ (จำนวนผู้กลับไปใช้ซ้ำ \div จำนวนผู้เข้าร่วมทั้งหมด $\times 100$)

5.2.2.7 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ต่อรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนา จำนวนประมาณ 15 ข้อ มาตราส่วน Likert 5 ระดับ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ กระบวนการบำบัด ผลลัพธ์ และความพึงพอใจโดยรวม การแปลผลค่าเฉลี่ย ≥ 4.00 = ความพึงพอใจระดับมาก

5.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ด้านการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด และด้านการวิจัยทางการแพทย์และสถิติประยุกต์ เพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ยอมรับ ≥ 0.80 ผลการประเมินพบว่าเครื่องมือทุกฉบับมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีถึงดีมาก ด้านความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจำนวน 10 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรศึกษา แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองรูปแบบ เพื่อป้องกันการรบกวนผลการวิจัย จากนั้นนำข้อมูลมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าแอลฟาอยู่ระหว่าง 0.82–0.90 และค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.87 สะท้อนว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมสำหรับใช้ในการวิจัยครั้งนี้

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเป็น 3 ระยะ ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเหนือคลองและการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยยึดหลักความสมัครใจ การรักษาความลับ และการคุ้มครองสิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด ได้แก่

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและบริบทของระบบการบำบัดฟื้นฟู ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับทีมแพทย์ พยาบาล และทีมบำบัดของโรงพยาบาล เพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวโดยไม่กระทบต่อการรักษา ก่อนขอหนังสือแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้เข้าร่วมทุกคน การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมที่เกี่ยวข้องก่อนเริ่มดำเนินการ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามที่ไม่ระบุตัวตน (Anonymous questionnaire) โดยกำหนดรหัสแทนชื่อผู้เข้าร่วม ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและปลอดภัย มีการขออนุญาตบันทึกเสียงอย่างชัดเจนก่อนเริ่มสัมภาษณ์ และผู้เข้าร่วมสามารถปฏิเสธการบันทึกเสียงได้ ข้อมูลทั้งหมดถูกถอดเทปและจัดเก็บในรูปแบบรหัส โดยไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ เพื่อคุ้มครองความลับและศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัย

ระยะที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบรูปแบบการพยาบาล พัฒนารูปแบบการพยาบาลพัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์ผลการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและองค์ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล เช่น จำนวนผู้บำบัดรายใหม่-รายซ้ำ ระดับความรุนแรง (OAS) อัตราการกลับไปใช้ซ้ำ และผลลัพธ์ย้อนหลัง 3 ปี ควบคู่กับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เพื่อสะท้อนบริบท ปัญหา และความต้องการพัฒนา จากนั้นออกแบบรูปแบบโดยบูรณาการแนวคิด Bio-psycho-social-spiritual approach, Stage of change และ Relapse prevention จัดทำเป็นร่างและคู่มือ พร้อมนำเสนอผู้เชี่ยวชาญพิจารณาด้วยวิธี Focus group เพื่อปรับปรุงจนได้รูปแบบสมบูรณ์ ประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก ได้แก่ การประเมินความพร้อม การบำบัดเชิงจิตสังคม-จิตวิญญาณ การเสริมแรงจิตใจและทักษะจัดการความเสี่ยง และการติดตามต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ และนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาล คัดเลือกผู้เข้าร่วมที่สมัครใจจำนวน 40 ราย ชี้แจงรายละเอียดและขอความยินยอม เก็บข้อมูลก่อนทดลอง ดำเนินโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม 4 ขั้นตอนต่อเนื่อง 30 วัน เก็บข้อมูลหลังจบโปรแกรม และติดตามประเมินซ้ำในสัปดาห์ที่ 6 โดยใช้แบบประเมินที่กำหนด ทั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดจัดเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ และรายงานผลในภาพรวมไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้

5.4.1 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 22 พฤศจิกายน – 21 ธันวาคม พ.ศ. 2568 ครอบคลุมระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 30 วัน (4 สัปดาห์) และมีการติดตามประเมินผลซ้ำในสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งตรงกับช่วงต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 ทั้งนี้ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มโปรแกรมจนถึงการติดตามผลซ้ำมีความครบถ้วนตามกรอบระยะเวลา 6 สัปดาห์ตามที่กำหนดในแผนการวิจัย

5.5 สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการทั้งเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน โดยเลือกใช้สถิติให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และประเภทของข้อมูลในแต่ละระยะของการวิจัย ดังนี้

5.5.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้รายงานลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการประเมินระบบบริการ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลประชากร ระดับการรับรู้ระบบบำบัด และระดับความพึงพอใจ

5.5.2 สถิติเชิงอนุมาน สำหรับการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาล ดังนี้ (1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน-หลังการทดลองของระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แรงจูงใจภายในในการเลิกใช้สารเสพติด พฤติกรรมการเลิกยา โดยรายงานค่า $\bar{X} \pm SD$, ค่า t และค่า p-value ใช้ Paired Sample t-test (2) ขนาดอิทธิพล (Effect size: Cohen's d) ใช้รายงานขนาดผลของรูปแบบการพยาบาลต่อผลลัพธ์หลัก เพื่อสะท้อนนัยสำคัญเชิงปฏิบัติ (3) อัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Relapse rate) รายงานเป็นร้อยละ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองจากการติดตามและผลตรวจยืนยัน และ (4) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล รายงานด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับตามเกณฑ์ Likert Scale 5 ระดับ

5.5.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและความคิดเห็นต่อรูปแบบ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยจัดกลุ่มประเด็นหลักและรหัสข้อมูลตามกรอบ Bio-psycho-social-spiritual และ Stage of change เพื่อนำผลไปใช้ในการออกแบบและปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน

5.6 การพิทักษ์สิทธิ/จริยธรรมวิจัย การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา (SCPHYLRB-2568/774) ผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูลครบถ้วน ให้ความยินยอมโดยสมัครใจ สามารถถอนตัวได้โดยไม่กระทบต่อการรักษา ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยไม่ระบุตัวบุคคล

6. ผลการศึกษา

5.1 ศึกษาสภาพปัญหา สภาพแวดล้อม และบริบทของระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพและผู้ติดสารเสพติด โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

5.1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 135 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 92.60) มีอายุเฉลี่ย 33.36 ปี โดยกระจุกตัวในช่วงอายุ 26-45 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงาน ส่งผลให้มีแนวโน้มอยู่ในระยะ Preparation-action ของ Stage of change มากกว่า กลุ่มอายุ ≤ 25 ปี มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงต่ำกว่าและเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ซ้ำมากกว่า ขณะที่กลุ่มอายุ > 45 ปี มีแนวโน้มอยู่ในระยะ Maintenance และมีการกลับไปใช้ซ้ำต่ำกว่า สถานภาพสมรสและโสดมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 41.50 และ 37.80) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา (ร้อยละ 57.80 และ 33.30) อาชีพหลักคือรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 74.80) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 46.70) ด้านประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า สารเสพติดที่เคยใช้เกือบทั้งหมดคือยาบ้า (ร้อยละ 99.30) ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เคยเข้ารับการบำบัดเพียง 1 ครั้ง (ร้อยละ 86.80) และมากกว่ากึ่งหนึ่งไม่เคยกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำหลังการบำบัด (ร้อยละ 65.40) ซึ่งสะท้อนศักยภาพในการฟื้นฟูของกลุ่มตัวอย่างและบทบาทของระบบสนับสนุนทางสังคมอย่างชัดเจน

2) การวิเคราะห์ผลการประเมินสภาพระบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติด พบว่า ผลการประเมินสภาพระบบการบำบัดและฟื้นฟูโดยรวมอยู่ในระดับมาก สะท้อนความเข้มแข็งด้านโครงสร้าง การเข้าถึงบริการ และความต่อเนื่องของการติดตาม อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่มีคะแนนต่ำ ได้แก่ แรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการดูแลด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ขณะที่ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินสภาพระบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติด (n = 135)

รายการประเมิน	ระดับ 1n(%)	ระดับ 2n(%)	ระดับ 3n(%)	ระดับ 4n(%)	ระดับ 5n(%)	ค่าเฉลี่ย	ระดับ
1. สามารถเข้าถึงบริการบำบัดรักษาได้อย่างสะดวกและทั่วถึง	2 (1.50)	5 (3.70)	14 (10.40)	46 (34.10)	68 (50.30)	4.21	มาก
2. บุคลากรที่ดูแลการบำบัดของข้าพเจ้ามีจำนวนเพียงพอและพร้อมให้การดูแล	3 (2.20)	6 (4.40)	16 (11.90)	45 (33.30)	65 (48.10)	4.18	มาก
*3. รู้สึกว่าตนเองยังขาดแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด	38 (28.10)	44 (32.60)	31 (23.00)	15 (11.10)	7 (5.20)	2.36	น้อย
4. หลังจากสิ้นสุดการบำบัด ได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง	2 (1.50)	4 (3.00)	13 (9.60)	44 (32.60)	72 (53.30)	4.24	มาก
5. หน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนมีการประสานงานร่วมกันในการดูแลข้าพเจ้าอย่างเข้มแข็ง	3 (2.20)	7 (5.20)	20 (14.80)	48 (35.60)	57 (42.20)	4.05	มาก
*6. ครอบครัวและชุมชนของข้าพเจ้ามีส่วนร่วมน้อยในการช่วยฟื้นฟูข้าพเจ้า	35 (25.90)	46 (34.10)	29 (21.50)	18 (13.30)	7 (5.20)	2.48	น้อย
*7. ข้าพเจ้าได้รับการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณไม่ทั่วถึงเท่าที่ควร	34 (25.20)	43 (31.90)	32 (23.70)	17 (12.60)	9 (6.60)	2.41	น้อย
8. สถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดเอื้อต่อการฟื้นฟูของข้าพเจ้า	1 (0.70)	3 (2.20)	10 (7.40)	41 (30.40)	80 (59.30)	4.33	มาก
*9. การติดตามข้อมูลการรักษาของข้าพเจ้ายังขาดระบบหรือเทคโนโลยีที่เชื่อมโยงกัน	22 (16.30)	34 (25.20)	39 (28.90)	26 (19.30)	14 (10.40)	2.62	ปานกลาง
10. วิธีการบำบัดรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับมีความเหมาะสมกับบริบทชีวิตและชุมชนของข้าพเจ้า	1 (0.70)	3 (2.20)	8 (5.90)	39 (28.90)	84 (62.20)	4.39	มาก

หมายเหตุ: *ขอค่าถามเชิงลบ (ขอ 3, 6, 7, 9) แปลผลโดย ค่าคะแนนต่ำสะท้อนปัญหาในระดับน้อย (ระดับการประเมิน: 1.00–1.80 = น้อยมาก, 1.81–2.60 = น้อย, 2.61–3.40 = ปานกลาง, 3.41–4.20 = มาก, 4.21–5.00 = มากที่สุด)

3) จากการวิเคราะห์คำตอบปลายเปิดของผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถสังเคราะห์สาระสำคัญออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

3.1) ความต้องการพัฒนาระบบบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด ผู้เข้าร่วมต้องการลดระยะเวลาและความถี่ในการมารับบริการ เพิ่มความยืดหยุ่นด้านวัน-เวลา และกระจายบริการใกล้บ้าน เพื่อความสะดวกในการเข้าถึง พร้อมเน้นว่าการลดแหล่งจำหน่ายยาในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ

3.2) ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการบำบัดรักษา เสนอให้เพิ่มกิจกรรมกลุ่ม ลดเวลารอคอย ปรับระบบนัดหมายให้ยืดหยุ่น และมีการติดตามหลังบำบัดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติเสพยาซ้ำ

3.3) แนวทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาได้อย่างยั่งยืน เน้นความตั้งใจของตนเอง การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม การสนับสนุนจากครอบครัว และการหลีกเลี่ยงเพื่อนกลุ่มเสี่ยง

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยต้องการระบบที่ยืดหยุ่น เข้าถึงง่าย เชื่อมโยงชีวิตจริง ควบคู่กับการเสริมแรงใจและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นฐานสำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในระยะต่อไป

5.1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ การศึกษาระยะที่ 1 ใช้การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อสำรวจสภาพปัญหาประสบการณ์ และข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบำบัดและฟื้นฟู โดยเก็บข้อมูลจากพยาบาล ผู้รับบริการ และครอบครัวผู้ป่วย ผลการวิเคราะห์พบว่า ระบบบริการมีความชัดเจนและเข้าถึงได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความยืดหยุ่นของเวลา การเดินทาง และการติดตามต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ผู้รับบริการและครอบครัวสะท้อนบทบาทสำคัญของแรงจูงใจภายใน การสนับสนุนจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางสังคมต่อการเลิกใช้สารเสพติดอย่างยั่งยืน ข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่การสังเคราะห์ประเด็นหลักเพื่อใช้พัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในระยะต่อไป ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

กลุ่มตัวอย่าง	Theme	ประเด็นสำคัญที่ค้นพบ	Verbatim quote
บุคลากรด้านการบำบัด	ข้อจำกัดเชิงระบบ	เวลาให้บริการไม่ยืดหยุ่น และภาระการเดินทางเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมต่อเนื่อง	“...ถ้ามีเวลาที่ยืดหยุ่นกว่านั้น น่าจะช่วยให้ได้มาก...”
	บทบาททีมสุขภาพ	ความไว้วางใจ การไม่ตีตรา และการทำงานสหวิชาชีพช่วยเสริมการฟื้นฟู	“...ถ้าเราไม่ตัดสินเขา คนไข้จะกล้าเล่าความจริง...”
ผู้ป่วย/ครอบครัว	ปัจจัยความสำเร็จ	แรงจูงใจภายในและการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวแปรสำคัญ	“...ถ้าไม่อยากเลิกจริง ๆ ผลก็ไม่ยั่งยืน...”
	ประสบการณ์ต่อระบบ	ขั้นตอนใช้เวลานาน ต้องการความยืดหยุ่นด้านวัน-เวลา	“...อยากให้มาบำบัดได้ทุกวัน...”
	ปัจจัยเอื้อต่อการเลิกยา	การตัดสินใจของตนเองและแรงสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้เลิกได้	“...พอคิดถึงครอบครัว ก็ไม่อยากกลับไปเสพยา...”

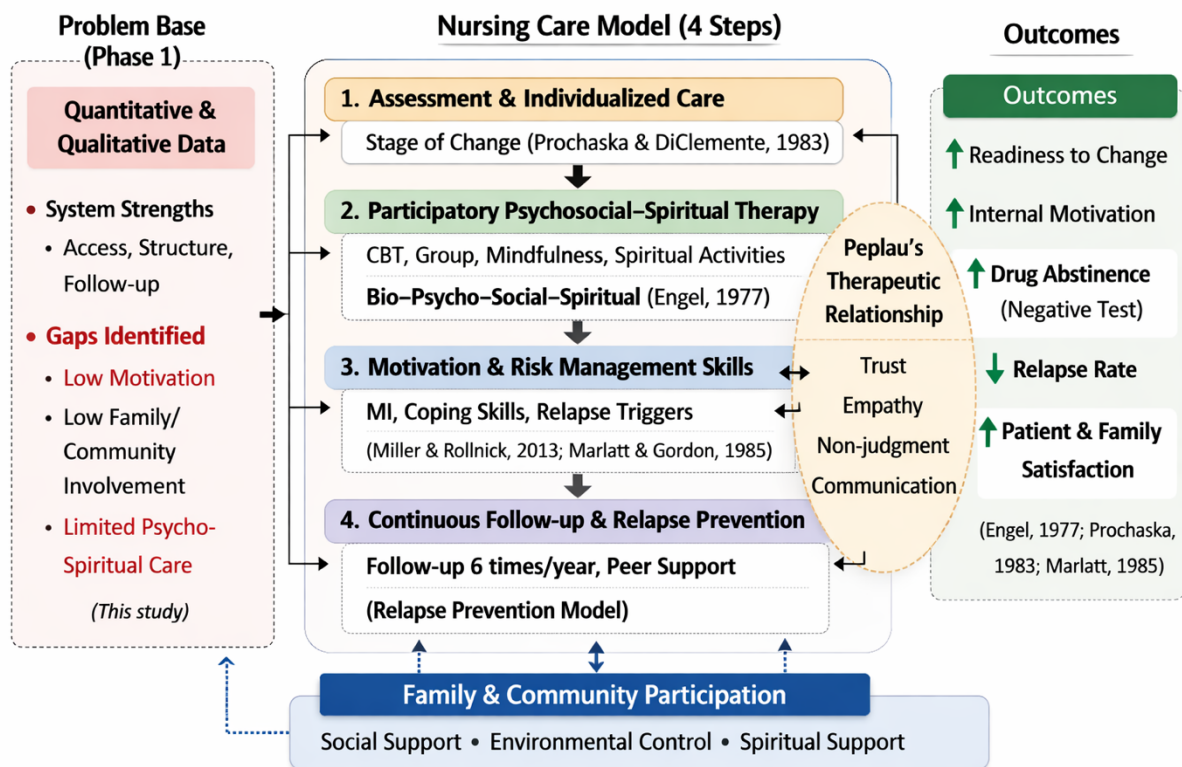
กลุ่มตัวอย่าง	Theme	ประเด็นสำคัญที่ค้นพบ	Verbatim quote
	ปัจจัยเสี่ยง ข้อเสนอแนะ	เพื่อนกลุ่มเดิมและการเข้าถึงยาในชุมชนกระตุ้นการกลับไปใช้ซ้ำ ต้องการกิจกรรมกลุ่มและการดูแลแบบองค์รวมทั้งกาย-ใจ	“...ถ้ายังเจอเพื่อนกลุ่มเดิม ก็ยากจะเลิก...” “...อยากให้ดูแลเรื่องจิตใจด้วย...”

5.1.3 สรุปผลการศึกษาระยะที่ 1 ผลการศึกษาระยะที่ 1 ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสะท้อนภาพรวมที่สอดคล้องกันว่า แม้ระบบการบำบัดของโรงพยาบาลมีความเข้มแข็งด้านโครงสร้าง การเข้าถึงบริการ และความต่อเนื่องของกระบวนการดูแล แต่ยังมีช่องว่างสำคัญในมิติแรงจูงใจภายใน การมีส่วนร่วมของครอบครัว-ชุมชน และการดูแลด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดความยั่งยืนของการฟื้นฟู **ข้อมูลเชิงปริมาณ** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยแรงงาน การศึกษาค่อนข้างต่ำ รายได้ระดับต่ำถึงปานกลาง และอยู่ในระยะ Preparation-action ของ Stage of change สะท้อนศักยภาพในการพัฒนาไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่มั่นคง อย่างไรก็ตาม กลุ่มอายุน้อยมีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ซ้ำสูงกว่าและต้องการการเสริมแรงจูงใจเฉพาะด้าน **ข้อมูลเชิงคุณภาพ** สนับสนุนความจำเป็นของระบบที่ยืดหยุ่น เข้าถึงง่าย และเชื่อมโยงชีวิตจริง พร้อมเสริมพลังครอบครัวและชุมชน ผลการศึกษานี้จึงเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม 4 ขั้นตอนในระยะที่ 2 โดยมีพยาบาลเป็นกลไกหลักผ่านสัมพันธภาพเชิงบำบัดและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสังคม เพื่อการฟื้นฟูอย่างยั่งยืนในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

5.2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ ผู้ติดสารเสพติด โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

กระบวนการพัฒนารูปแบบอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มต้นจากฐานปัญหา (Problem base – phase 1) ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า แม้ระบบมีจุดแข็งด้านโครงสร้างและการเข้าถึงบริการ แต่ยังมีช่องว่างสำคัญ ได้แก่ แรงจูงใจภายในต่ำ การมีส่วนร่วมของครอบครัว-ชุมชนจำกัด และการดูแลด้านจิตสังคม-จิตวิญญาณไม่เพียงพอ ประเด็นเหล่านี้สะท้อนจากคะแนนประเมินระบบและเสียงสะท้อนของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการ “ความเข้าใจ ความยืดหยุ่น และการดูแลที่ครอบคลุมชีวิตจริง” ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ ผู้ติดสารเสพติด 4 กระบวนการหลัก โดยบูรณาการแนวคิดชีวภาพ-จิตใจ-สังคม-จิตวิญญาณ (Bio-psycho-social-spiritual model), แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change), การป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ (Relapse prevention) และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพ็พเลา (Peplau’s therapeutic relationship) ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 รูปแบบการพยาบาลในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ ผู้ติดสารเสพติด 4 กระบวนการหลัก



จากภาพที่ 2 รูปแบบการพยาบาลประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก ได้แก่ (1) การประเมินและดูแลรายบุคคล (Assessment & individualized care) โดยประเมินระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและปัจจัยชีวภาพ-จิตใจ-สังคม-จิตวิญญาณเพื่อวางแผนเฉพาะราย (2) การบำบัดเชิงจิตสังคม-จิตวิญญาณแบบมีส่วนร่วม (Participatory psychosocial-spiritual therapy) ผ่าน CBT กลุ่มบำบัด การฝึกสติ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว-ชุมชน เพื่อเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจ (3) การเสริมแรงจิตใจและทักษะจัดการความเสี่ยง (Motivation & risk management skills) ด้วย MI และ Coping Skills และ (4) การติดตามต่อเนื่องและป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ (Continuous follow-up & relapse prevention) ปีละ 6 ครั้ง โดยมีสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัดของพยาบาลเป็นกลไกกลาง เชื่อมการดูแลกับบริบทชีวิต เพื่อนำรูปแบบไปใช้ทดลองในระยะที่ 3

5.3 ทดลองและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินการ

1) **ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการพยาบาลฯ จำนวน 40 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (87.50%) อายุเฉลี่ย 35.90 ปี อยู่ในช่วงวัยแรงงาน 26-45 ปี (70.00%) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา (55.00%) และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (75.00%) มีรายได้เฉลี่ย 5,001-10,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด (55.00%) สะท้อนข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้เข้าร่วมทั้งหมดใช้สารเสพติดประเภทยาบ้าและเข้ารับการบำบัดน้อยกว่า 1 ปี แหล่งสนับสนุนหลักคือครอบครัว (50.00%) โดยความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับดีถึงปานกลาง (85.00%) ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เคยบำบัดเพียง 1 ครั้ง (70.00%) และไม่เคยกลับไปใช้ซ้ำ (65.00%) แสดงถึงศักยภาพในการฟื้นฟูและความพร้อมต่อการเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง

2) ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายหลังจากทดลอง พบว่าผู้ป่วยมีการเคลื่อนย้ายจากระยะต้นไปสู่ระยะลงมือปฏิบัติและคงพฤติกรรมมากขึ้นอย่างชัดเจน ผลการวิเคราะห์ยืนยันความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีขนาดอิทธิพลสูงมาก (Cohen's $d = 1.63$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความพร้อมและค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลอง ($n = 40$)

ระยะของ Stage of change	ก่อนทดลอง n (%)	หลังทดลอง n (%)
ยังไม่พร้อม (1.00–2.00)	9 (22.5)	2 (5.0)
เริ่มตระหนัก (2.01–3.00)	14 (35.0)	6 (15.0)
เตรียมพร้อม (3.01–3.50)	10 (25.0)	9 (22.5)
ลงมือเปลี่ยนแปลง (3.51–4.50)	7 (17.5)	15 (37.5)
คงไว้ซึ่งพฤติกรรมดี (4.51–5.00)	0 (0.0)	8 (20.0)
Mean \pm SD	2.89 \pm 0.62 (เริ่มตระหนัก)	3.87 \pm 0.58 (ลงมือเปลี่ยนแปลง)
Paired t-test	t = 10.32, df = 39, p < .01	
Effect size	Cohen's d = 1.63	

3) การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลอง พบว่า คะแนนการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) โดยภาพรวมเพิ่มจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก และมีขนาดอิทธิพลสูง (Cohen's $d = 1.67$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนแหล่งสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลอง ($n = 40$)

ด้านการสนับสนุนทางสังคม	ก่อนทดลอง Mean \pm SD	หลังทดลอง Mean \pm SD	t	p-value	Cohen's d
1. ครอบครัว	3.12 \pm 0.64	4.18 \pm 0.55	9.02	<0.01	1.43
2. เพื่อน	2.98 \pm 0.60	3.85 \pm 0.58	7.41	<0.01	1.17
3. บุคลากรสุขภาพ	3.45 \pm 0.58	4.36 \pm 0.50	8.86	<0.01	1.40
4. ชุมชน	2.84 \pm 0.62	3.72 \pm 0.57	7.08	<0.01	1.12
เฉลี่ยรวม	3.10 \pm 0.51	4.03 \pm 0.46	10.54	<0.01	1.67

Cohen's d: 0.20 = เล็ก, 0.50 = ปานกลาง, ≥ 0.80 = สูง

4) แรงจูงใจภายในในการเลิกยา หลังการทดลอง พบว่า คะแนนแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) จากระดับปานกลางเป็นระดับสูงมาก โดยเฉพาะความเชื่อมั่นในการเลิกยา ความสำคัญของการเลิกยา การจัดการความเครียด และแรงสนับสนุน ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนแรงจูงใจภายในในการเลิกยา ก่อนและหลังการทดลอง (n = 40)

รายการประเมิน	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	t	p-value
1. ต้องการเลิกยาเพื่อชีวิตที่ดีขึ้น	3.42 ± 0.62	4.45 ± 0.55	8.31	<0.01
2. เชื่อว่าตนเองเลิกยาได้	3.05 ± 0.58	4.12 ± 0.60	7.94	<0.01
3. ภูมิใจเมื่อควบคุมตนเองได้	3.10 ± 0.61	4.18 ± 0.57	8.06	<0.01
4. การเลิกยาเป็นสิ่งสำคัญในชีวิต	3.55 ± 0.59	4.52 ± 0.50	7.88	<0.01
5. จัดการความเครียดแทนการใช้ยาได้	2.98 ± 0.64	4.02 ± 0.58	7.63	<0.01
6. ได้รับแรงสนับสนุนให้เลิกยา	3.20 ± 0.60	4.30 ± 0.54	8.47	<0.01
เฉลี่ยรวม	3.22 ± 0.47	4.27 ± 0.42	10.18	<0.01

5) รายงานผลพฤติกรรมกรรมการเลิกยา หลังการทดลอง พบว่า คะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) จากระดับปานกลางเป็นระดับดีมาก สะท้อนความสามารถที่ดีขึ้นในการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น มีกิจกรรมทดแทน จัดการอารมณ์ และขอความช่วยเหลือ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกยาก่อนและหลังการทดลอง (n = 40)

รายการประเมิน	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	t	p-value
1. หลีกเลี่ยงสถานที่/คนเสี่ยง	3.05 ± 0.64	4.30 ± 0.53	9.12	<0.01
2. มีกิจกรรมทดแทนการใช้ยา	2.88 ± 0.67	4.18 ± 0.56	8.74	<0.01
3. เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดสม่ำเสมอ	3.40 ± 0.61	4.45 ± 0.50	7.96	<0.01
4. จัดการอารมณ์ได้โดยไม่ใช้ยา	2.95 ± 0.65	4.12 ± 0.58	8.21	<0.01
5. เปิดใจพูดคุยเมื่ออยากใช้ยา	3.10 ± 0.63	4.25 ± 0.55	8.89	<0.01
เฉลี่ยรวม	3.08 ± 0.49	4.26 ± 0.44	10.36	<0.01

6) ผลการติดตามอัตราการกลับไปใช้ซ้ำ หลังสิ้นสุดโปรแกรม อัตราการกลับไปใช้ซ้ำลดลงจากร้อยละ 35.00 เหลือร้อยละ 10.00 (ลดลงร้อยละ 25.00) ยืนยันจากการรายงานตนเองและผลตรวจปัสสาวะ สะท้อนประสิทธิภาพของการเสริมแรงจูงใจ การฝึกทักษะจัดการความเสี่ยง และการติดตามต่อเนื่องในชุมชนในการลดการกลับไปใช้ซ้ำระยะสั้น

7) ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.49$, S.D. = 0.60) โดยผู้เข้าร่วมเห็นควรขยายผลไปใช้ในหน่วยงานอื่น ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = 0.55) กระบวนการบำบัดและผลลัพธ์อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการดูแลของทีมพยาบาลที่ไม่ตีตรา ($\bar{X} = 4.65$, S.D. = 0.52) สะท้อนความเหมาะสมและศักยภาพในการนำไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชน

6. สรุปผลการศึกษา

การวิจัยและพัฒนา 3 ระยะนี้ พบว่า (1) ระบบบำบัดเดิมมีความพร้อมด้านโครงสร้างและกระบวนการ แต่ยังคงขาดการเสริมแรงเชิงใจ การมีส่วนร่วมของครอบครัว-ชุมชน และการดูแลเชิงจิตวิญญาณ (2) สามารถพัฒนา รูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม 4 ขั้นตอน ที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนและผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญในระดับดี-ดีมาก และ (3) การทดลองใช้ทำให้ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงเชิงใจ พฤติกรรมการเลิกยา และการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่อัตราการกลับไปใช้ซ้ำลดลงจากร้อยละ 35.00 เหลือร้อยละ 10.00 ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจระดับมาก สรุปได้ว่ารูปแบบมีประสิทธิผล เหมาะสม และพร้อมขยายผลเพื่อยกระดับการบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนอย่างยั่งยืน

7. อภิปรายผล

7.1 ผลการศึกษาสภาพปัญหา สภาพแวดล้อม และบริบทของระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูใน ระยะที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยแรงงาน มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ รายได้จำกัด และใช้สารเสพติดหลักคือเมทแอมเฟตามีน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ยาเสพติดของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และรายงานของ UNODC ที่ระบุว่ากลุ่มวัยแรงงานเพศชาย เป็นกลุ่มเสี่ยงหลัก และเมทแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่พบมากที่สุดในประเทศไทย โดยเฉพาะพื้นที่ภาคใต้ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2566; ASEAN Narcotics Cooperation Center, 2022, 2023; United Nations Office on Drugs and Crime, 2023, 2024) การประเมินระบบการบำบัดพบว่า ระบบมีความเข้มแข็งในด้านโครงสร้างและกระบวนการ เช่น การเข้าถึงบริการ ความเหมาะสมของวิธีการบำบัด และความต่อเนื่องของการติดตามหลังการบำบัด สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมของ Engel (1977) และแนวทางการพยาบาลสุขภาพจิตแบบองค์รวมของกรมสุขภาพจิต (National Health Security Officer, 2022) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบข้อจำกัดสำคัญด้านแรงจูงใจภายในของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการดูแลด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ซึ่งสะท้อน “ช่องว่างเชิงคุณภาพ” ของระบบบำบัดที่ยังเน้นกระบวนการทางกายมากกว่าการเสริมพลังทางจิตสังคม สอดคล้องกับแนวคิดของ DiClemente (2018) และรายงานของ National Institute on Drug Abuse (2023) ที่ชี้ว่า การขาดแรงจูงใจภายในและระบบติดตามดูแลต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำยังคงอยู่ในระดับสูง แม้ระบบบริการจะมีความพร้อมเชิงโครงสร้างก็ตาม

7.2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาและผู้ติดสารเสพติด ผลการศึกษาระยะที่ 2 พบว่า รูปแบบการพยาบาล 4 กระบวนการหลัก ที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนในระดับดีถึงดีมาก โดยกระบวนการพัฒนารูปแบบเริ่มจากการวิเคราะห์ฐานปัญหาใน ระยะที่ 1 ซึ่งสะท้อนช่องว่างด้านแรงจูงใจภายใน การมีส่วนร่วมของครอบครัว-ชุมชน และการดูแลจิตสังคม-จิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับระดับความพร้อมของผู้ป่วยตาม Stage of change (Prochaska & DiClemente, 1983; DiClemente, 2018) อย่างเป็นระบบ ในผู้ป่วยระยะยังไม่พร้อม-เริ่มตระหนักใช้ Motivational interviewing และสัมพันธภาพเชิงบำบัดของ Peplau (1991) เพื่อสร้างความ

ไว้วางใจและตระหนักรู้ตนเอง ระยะเตรียมพร้อม-ลงมือเปลี่ยนแปลง เน้น CBT กลุ่มบำบัด การฝึกสติ และทักษะจัดการความเสี่ยง ส่วนระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดี ใช้การติดตามต่อเนื่อง การสนับสนุนจากครอบครัวและเครือข่ายชุมชนตามแนวคิด Relapse prevention การบูรณาการ Bio-psycho-social-spiritual model กับ Stage of change, Relapse prevention และทฤษฎีสัมพันธภาพของ Peplau ทำให้รูปแบบมีลักษณะยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ยืดหยุ่น และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนอย่างคุ้มค่า สอดคล้องกับแนวทางของกรมสุขภาพจิตและองค์การอนามัยโลกที่เน้นการฟื้นฟูเชิงจิตสังคมและการมีส่วนร่วมของครอบครัว-ชุมชน ส่งผลให้รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง และพร้อมสำหรับการทดลองประเมินประสิทธิผลในระยะที่ 3 สอดคล้องกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกและกรมสุขภาพจิตที่เน้นการพัฒนาาระบบบำบัดแบบยืดหยุ่น เชื่อมโยงครอบครัวและชุมชน และมุ่งเสริมพลังทางจิตสังคมเพื่อการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน (National Health Security Officer, 2022; World Health Organization, 2024)

7.3 อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 และสมมติฐานการวิจัย

7.3.1 แรงจูงใจภายในในการเลิกยา ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 การเพิ่มขึ้นดังกล่าวอธิบายได้จากการใช้เทคนิค Motivational interviewing (MI) ซึ่งมุ่งกระตุ้น “Change talk” และสร้างความตระหนักถึงความไม่สอดคล้องระหว่างพฤติกรรมการใช้สารกับคุณค่าชีวิตของตนเอง (Miller & Rollnick, 2013) ส่งผลให้แรงผลักดันเปลี่ยนจากแรงกดดันภายนอกเป็นแรงจูงใจภายใน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิด Stage of Change ที่มองว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นกระบวนการเคลื่อนผ่านระยะต่าง ๆ (Prochaska & DiClemente, 1983) โดยแรงจูงใจเป็นกลไกสำคัญที่เอื้อต่อการก้าวจากระยะไตร่ตรองสู่ระยะลงมือปฏิบัติ (DiClemente, 2018) นอกจากนี้ สัมพันธภาพเชิงบำบัดที่ตั้งอยู่บนความไว้วางใจและการไม่ตีตรา ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อการสำรวจตนเอง ส่งเสริมการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงจากภายในอย่างยั่งยืน

7.3.2 พฤติกรรมการเลิกยา หลังทดลองใช้รูปแบบการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมเลิกยาสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 โดยสะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การควบคุมอารมณ์ การใช้กิจกรรมทดแทน และการขอความช่วยเหลือเมื่อเผชิญสถานการณ์เสี่ยง สอดคล้องกับทฤษฎี Relapse prevention ซึ่งชี้ว่าการลดการกลับไปใช้ซ้ำต้องพัฒนาทักษะการรับมือและการกำกับตนเองในสถานการณ์เสี่ยง (Marlatt & Gordon, 1985) กิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ การฝึกปฏิเสธยา การวิเคราะห์สิ่งกระตุ้น และการฝึกทักษะจัดการความเครียด ช่วยเสริม Self-regulation อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ การฝึกสติยังช่วยเพิ่มการตระหนักรู้ต่ออารมณ์และแรงกระตุ้น ลดการตอบสนองแบบอัตโนมัติ (Bowen, Chawla, & Witkiewitz, 2014) จึงสนับสนุนว่ารูปแบบการพยาบาลสามารถเสริมพฤติกรรมเลิกยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

7.3.3 อัตราการกลับไปใช้ซ้ำ หลังทดลองใช้รูปแบบการพยาบาล พบว่า อัตราการกลับไปใช้ซ้ำลดลงจากร้อยละ 35.00 เหลือร้อยละ 10.00 สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 การลดลงนี้สะท้อนประสิทธิผลของกระบวนการติดตามต่อเนื่องและการป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำที่ดำเนินอย่างเป็นระบบ โดยมีการติดตามประเมินความเสี่ยง ทบทวนทักษะรับมือ และเสริมแรงจูงใจอย่างสม่ำเสมอ ทำให้สามารถจัดการสัญญาณเตือน

ล่วงหน้าได้ทันเวลา สอดคล้องกับ National Institute on Drug Abuse (2023) ที่ระบุว่าการดูแลต่อเนื่องระยะยาวเป็นองค์ประกอบสำคัญของความสำเร็จในการรักษา และสอดคล้องกับ World Health Organization (2024) ที่เน้นบทบาทของครอบครัวและชุมชนในฐานะปัจจัยค้ำยันในการลดการกลับไปใช้ซ้ำ ดังนั้น การลดลงของอัตราการกลับไปใช้ซ้ำจึงเกิดจากการบูรณาการทักษะส่วนบุคคลกับระบบสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลการฟื้นฟูมีความยั่งยืนมากขึ้น

7.3.4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลในระดับมากถึงมากที่สุด สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4 ความพึงพอใจที่สูงเกิดจากการออกแบบรูปแบบที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centered care) สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริง และเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ กิจกรรมที่ปรับตามระดับความพร้อมของผู้ป่วย การสื่อสารแบบไม่ตีตรา และการติดตามต่อเนื่อง ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกได้รับความเข้าใจ เคารพ และเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสัมพันธภาพเชิงบำบัดของ Peplau (1991) ที่ชี้ว่าความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจ และการมีส่วนร่วมเป็นพื้นฐานของความร่วมมือในการรักษา ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจึงไม่เพียงสะท้อนความเหมาะสมของกิจกรรม แต่สะท้อนความสอดคล้องระหว่างกระบวนการดูแลกับความต้องการทางจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว อันเป็นเงื่อนไขสำคัญของการยอมรับและการใช้รูปแบบอย่างยั่งยืน

ผลการวิจัยยืนยันว่ารูปแบบการพยาบาลในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดสารเสพติด 4 กระบวนการหลัก มีประสิทธิผลในการเพิ่มแรงจูงใจภายใน เสริมพฤติกรรมการเลิกยา ลดอัตราการกลับไปใช้ซ้ำ และสร้างความพึงพอใจในระดับสูงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนกลไกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการบูรณาการการดูแลแบบชีวภาพ-จิตใจ-สังคม-จิตวิญญาณ การเสริมแรงจูงใจ การพัฒนาทักษะป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ และการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดที่ตั้งอยู่บนความไว้วางใจและการไม่ตีตรา

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้ ได้แก่ การใช้การออกแบบการทดลองแบบ One-group pretest-posttest design การติดตามผลในระยะสั้นเพียง 6 สัปดาห์ และการดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจจำกัดการสรุปผลทั่วไปไปยังบริบทอื่น ดังนั้น การวิจัยในอนาคตควรพัฒนาการออกแบบการศึกษาให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น เช่น การใช้การทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (Controlled trial) การติดตามผลในระยะยาว และการขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่อื่น เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความสามารถในการประยุกต์ใช้ของรูปแบบการพยาบาลในบริบทที่หลากหลายยิ่งขึ้น ผลการศึกษานี้ยังสนับสนุนแนวทางการพัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดของประเทศไทยที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการติดตามต่อเนื่องในชุมชน นอกจากนี้ รูปแบบดังกล่าวยังมีศักยภาพในการประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นที่มีบริบทใกล้เคียง โดยความสำเร็จของการนำไปใช้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของทีมสุขภาพ ระบบติดตามต่อเนื่อง และการสนับสนุนจากผู้บริหารหน่วยบริการ เพื่อให้เกิดการฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างยั่งยืนในระดับชุมชน

8. ข้อเสนอแนะการวิจัย

8.1 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

8.1.1 ด้านการบริหาร ควรบรรจุรูปแบบการพยาบาลในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติด 4 กระบวนการหลักเป็นแนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวช่วยเสริมแรงจูงใจในการเลิกยา พัฒนาทักษะการป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ และเชื่อมโยงการดูแลกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเป็นระบบ โดยผู้บริหารควรสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร และระบบติดตามต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและสามารถขยายผลไปยังหน่วยบริการที่มีบริบทใกล้เคียงได้

8.1.2 ด้านการบริการ บุคลากรสุขภาพควรนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล โดยเน้นการประเมินระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสริมแรงจูงใจภายใน การพัฒนาทักษะการรับมือกับสถานการณ์เสี่ยง และการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ร่วมกับครอบครัวและเครือข่ายชุมชน เพื่อเพิ่มโอกาสในการเลิกยาอย่างยั่งยืน

8.1.3 ด้านวิชาการ ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลและทีมสุขภาพด้านเทคนิค Motivational interviewing (MI) การป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และการดูแลแบบจิตสังคม-จิตวิญญาณ รวมทั้งนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นต้นแบบในการเรียนการสอน การอบรม และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

8.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาการออกแบบการศึกษาให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น เช่น การใช้การทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (Controlled trial) และการติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ นอกจากนี้ ควรขยายการศึกษาไปยังบริบทพื้นที่อื่นและกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดประเภทต่าง ๆ รวมทั้งศึกษาผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงลึกและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เพื่อสนับสนุนการนำรูปแบบไปใช้ในระดับระบบบริการสุขภาพของประเทศ

9. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.ไพจิตร พุทธิรอด ดร.นิศมา ฤชคณิตย์ และอาจารย์อนุพงศ์ จันทร์จุฬา คณาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ที่ให้คำปรึกษาและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเหนือคลอง ทีมสหวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

ภานุพันธ์ ไพฑูรย์, อภิชัย สิริ และสิทธิชัย ไสสม. (2568). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ “พะเยาล้อมรั้ว”. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 7(3), 1-20.

- วันเพ็ญ ทัดศรี, ดร.ณิ เอื้อพรปัญญา และวาสนา แก้วหล้า. (2568). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกรรมการกำกับตนเองในการเลิกยา ของผู้ติดยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลสุรินทร์. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**, 12(3), e281119.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2566). รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ภายใต้นโยบายและแผนระดับชาติ ว่าด้วยการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ปีงบประมาณ 2566. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2568, จาก <https://nctc.oncb.go.th/ebook/B1215/index.html#p=1>
- ASEAN Narcotics Cooperation Center. (2022). **ASEAN drug monitoring report 2022**. Retrieved 10 January 2026, from <https://asean.org/wp-content/uploads/2023/11/Drug-Monitoring-Report-2022.pdf>
- ASEAN Narcotics Cooperation Center. (2022). **ASEAN drug monitoring report 2023**. Retrieved 10 January 2026, from <https://asean.org/wp-content/uploads/2025/07/ADM-Report-2023.pdf>
- Bowen, S., Chawla, N., & Witkiewitz, K. (2014). **Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications**. London: Elsevier Academic Press.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S.L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S.H., Carroll, H.A., Harrop, E., Collins, S.E., Lustyk, M.K., & Larimer, M.E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. **JAMA psychiatry**, 71(5), 547–556.
- Cochran, W.G. (1977). **Sampling techniques**. 3rd edition. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Cohen, J. (1988). **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**. 2nd edition. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- DiClemente, C.C. (2018). **Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover**. 2nd edition. New York: The Guilford Press.
- DiClemente, C.C., Corno, C.M., Graydon, M.M., Wiprovnick, A.E., & Knoblach, D.J. (2017). Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. **Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors**, 31(8), 862–887.
- Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science (New York)**, 196(4286), 129–136.
- Ezeakunne, M.F., & Unterrainer, H-F. (2025) Substance abuse treatment in Nigeria: applying a biopsychosocial-spiritual framework at MACCARCA. **Frontiers in Psychology**. 16, 1639570.

- Kelly, J.F., Bergman, B., Hoepfner, B.B., Vilsaint, C., & White, W.L. (2017). Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the United States population: Implications for practice, research, and policy. **Drug and Alcohol Dependence**, **181**, 162–169.
- Lwanga, S. K., & Lemeshow, S. (1991). Sample size determination in health studies: A practical Manual, **Journal of the American Statistical Association**, **86**(416), 1149–1149.
- Lynn, M. (1986) Determination and Quantification of Content Validity Index. **Nursing Research**, **35**, 382-386.
- Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J.S., & Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **87**(12), 1093–1105.
- Marlatt G.A., & Gordon J.R. (1985). **Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors**. New York: Guilford Press.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2013). **Motivational interviewing: Helping people change**. 3rd edition. New York: The Guilford Press.
- National Health Security Officer. (2022). **NHSO Annual Report Fiscal Year 2022**. Retrieved 10 January 2026, from <https://www.nhso.go.th/images/nhsoEn/Document/Annual%20Reports/Nhso%20annual%20report%202022.pdf>
- National Institute on Drug Abuse. (2023). **Treatment and recovery**. Retrieved 10 January 2026, from <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/treatment-recovery>
- Peplau, H.E. (1952) **Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing**. New York: Putnam's Sons.
- Peplau, H.E. (1991). **Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing**. New York: Springer.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **51**(3), 390–395.
- Tesselaar, D.R.M., Schellekens, A.F.A., Homberg, J.R., Booij, J., & Guerrin, C. (2025). Psychiatric comorbidity in substance use disorders, a systematic review of neuro-imaging findings. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, **177**, 106325.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). **World drug report 2023**. Retrieved 10 January 2026, from https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_Booklet_2.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). **World drug report 2024**. Retrieved 10 January 2026, <https://reliefweb.int/report/world/unodc-world-drug-report-2024-enarzh>

Volkow, N.D., & Blanco, C. (2023). Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. **World psychiatry**, *22*(2), 203–229.

World Health Organization. (2024). **Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders**. Retrieved 10 January 2026, from <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/32b161e9-5683-40f5-a1c3-1c92a76d5cda/content>