

โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน: การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง

เยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล*	ศศ.ม. (พัฒนาสังคม)
สำเนา นิลบรรพ์*	ปร.ด. (หลักสูตรและการสอน)
สุกมา แสงเดือนฉาย**	วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

บทคัดย่อ

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาและศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง กระบวนการพัฒนาใช้แนวคิดของสตริงเกอร์ (Stringer) มี 3 ขั้นตอน คือ ค้นหาปัญหา (look) คิดพิจารณา (think) และลงมือปฏิบัติ (act) ดำเนินการในปีงบประมาณ 2559-2562 ในพื้นที่ 6 อำเภอ 2 จังหวัด คือ อำเภอเชียงดาว ไชยปราการ แม่แตง อมก๋อย และ เวียงแหง (จ.เชียงใหม่) และอำเภอแม่ระมาด (จ.ตาก) กลุ่มเป้าหมายมี 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 21 คน (2) บุคลากรเครือข่าย จำนวน 49 คน และ (3) ผู้ติดฝิ่น จำนวน 565 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้ก่อน-หลังการอบรม แบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และแบบบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ประกอบด้วย (1) แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ (2) การพยาบาลผู้ติดฝิ่น การศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายฯ ของพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรเครือข่ายภายหลังการอบรม สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in center) เพิ่มขึ้นจาก 14 แห่งเป็น 27 แห่ง ผู้ติดฝิ่นเข้ารับการบำบัด รวมทั้งสิ้นจำนวน 2,984 คน และคงอยู่ในระบบการบำบัดร้อยละ 80.03 เลิกเสพยาและเมทาโดน ร้อยละ 12.30 และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: รูปแบบ การพยาบาลผู้ติดฝิ่น ผู้ติดฝิ่น

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

Expansion of the Royal Project for Sustainable Solving the Problem of the Opium-Growing Area: Development of a Nursing Care Model for Opium Addicts in the Highlands

Yaowares Nakayothinsakul* M.A. (Social Development)
 Sumnao Nilban* Ph.D. (Curriculum and Instruction)
 Sukuma Saengduenchai** Ph.D. (Applied Behavioral Science Research)

Abstract

The objective of this project was to develop and study the treatment model for opium addicts in the highlands. The model was developed based on Stringer's concept, in which comprised of three steps: looking, thinking, and acting. This project was carried out during 2016-2019 in 6 districts of 2 provinces: Chiang Dao District, Chai Prakan, Mae Taeng, Omkoi, Wiang Haeng in Chiang Mai Province, and Mae Ramat District in Tak Province. The target groups consisted of 3 groups: (1) 21 nurses and public healthcare staff, (2) 49 network personnel, and (3) 565 opium addicts selected using purposive sampling technique. The research instruments included pre-post-test of knowledge, quality of life questionnaire with reliability of 0.83, and performance record form. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The results revealed that the developed nursing care model for opium addicts in highland comprised of (1) a guideline for participation of network partners, and (2) a nursing care for opium addicts. The investigation of using the developed nursing care model found that knowledge on reducing harm from drug use and the establishment of a reducing harm from drug use center of the nurses, public healthcare staff and network personnel after training were significantly higher than before training at the level of .05. The establishment of a reducing harm from drug use center (drop-in centers) had increased from 14 to 27 centers. A total of 2,984 opium addicts received treatment, 80.03% remained in the treatment system, 12.30% stop using opiates and methadone, and their overall quality of life was at a high level.

Keywords: model, nursing care of opium addicts, opioid addicts

* Senior professional Nurse

* Professional Nurse

บทนำ

ฝิ่น (Opium) เป็นพืชเสพติด ที่มีการลักลอบปลูกกันทางภาคเหนือของประเทศไทย จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522¹ และเป็นพืชตั้งต้นของยาเสพติดร้ายแรง เช่น มอร์ฟีน เฮโรอีน และโคดีอีน ฝิ่นมีฤทธิ์กดระบบประสาท ทำให้เกิดภาวะเคลิ้มสุข (euphoria) หากใช้เป็นเวลานานทำให้เกิดการติดฝิ่นได้² เมื่อเกิดภาวะการติดฝิ่นขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดอาการขาดยา (withdrawal symptoms)³ มีอาการหนาว หนาว น้ำตาไหล กล้ามเนื้อกระตุก ปวดกล้ามเนื้อ และกระตุกหงุดหงิด ภาวะกระวนกระวาย ไม่มีแรงไม่สามารถไปทำงานได้ จึงต้องหาฝิ่นมาเสพ เพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการขาดยา จึงปลูกฝิ่นเพื่อเสพและขาย หรือเมื่อทำงานได้เงิน จะนำไปซื้อฝิ่นเสพจนหมด ไม่สนใจดูแลครอบครัว เมื่อเสพยาฝิ่นไปนาน ๆ จะมีผลต่อสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วย ร่างกายทรุดโทรม ไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงครอบครัวได้ หมกมุ่นกับการเสพยา กลายเป็นภาระของครอบครัวและสังคม

การบำบัดรักษาผู้ติดฝิ่นด้วยการให้เมทาโดนระยะยาว (methadone maintenance therapy: MMT) เพื่อใช้เป็นยาทดแทน เป็นหนึ่งในวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ⁴ การบำบัดมีเป้าหมายเพื่อช่วยลดอาการขาดยา พยาบาลต้องให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างปลอดภัย สังเกตอาการ และประเมินอาการภาวะขาดยา (withdrawal) จากการที่ผู้ป่วยได้รับปริมาณยาเมทาโดนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือป้องกันการได้รับยาเมทาโดนมากเกินไป (overdose) ซึ่งทำให้หายใจช้า หหมดสติ และอาจทำให้เสียชีวิตได้ การให้คำแนะนำ ให้ความรู้ ให้ผู้ติดฝิ่นมีความตระหนักในการกินยาจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก รวมทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ติดฝิ่นยังคงอยู่ในระบบการบำบัดฟื้นฟู ยังคงดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งการป้องกันการกลับไปใช้ฝิ่นซ้ำ

อย่างไรก็ตาม เมทาโดนเป็นสารสังเคราะห์ที่ออกฤทธิ์คล้ายฝิ่น จัดเป็นยาเสพติด ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎหมาย⁵ การจ่ายยาเมทาโดนจึงเป็นไปตามกฎระเบียบ ตามกฎหมายกำหนดไว้ เช่น จำกัดปริมาณการให้ยากลับบ้าน การไม่สามารถนำยาเมทาโดนจ่ายนอกสถานบำบัด ซึ่งเป็นข้อจำกัด และเป็นอุปสรรคของการให้บริการ และการดูแลผู้ติดฝิ่นให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือติดตะเข็บชายแดน ที่เป็นพื้นที่สูง ทุรกันดาร และเข้าถึงยาก การให้ผู้ติดฝิ่นเดินทางมาบำบัดที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับยาเมทาโดนอย่างต่อเนื่องจึงไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยออกจากระบบ (drop out) สูงมาก ดังนั้น แนวทางการดำเนินการเชิงรุก การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (community based treatment and care: CBTx) จึงเป็นแนวทางการจัดบริการรูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจ ร่วมกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (harm reduction) โดยจัดตั้งจุดบริการในชุมชนใช้ทรัพยากรกำลังคนในพื้นที่ มีการบูรณาการทุกภาคส่วนและดูแลอย่างต่อเนื่อง⁶

กลุ่มผู้ติดฝิ่นส่วนใหญ่ เป็นชนเผ่าที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงภาคเหนือในพื้นที่ 3 จังหวัด คือ จังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และตาก ครอบคลุม 15 ตำบลของ 7 อำเภอ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ 5 อำเภอ คือ ไชยปราการ เชียงดาว แม่แตง เวียงแหง อมก๋อย และจังหวัดตาก อำเภอแม่ระมาด โดยมีกลุ่มประชากรรวม 4,425 ครอบครัว จำนวน 23,585 คน เป็นพื้นที่ลักลอบปลูกฝิ่นซ้ำซาก เป็นหมู่บ้านในพื้นที่ทุรกันดารมาก การเข้าถึงพื้นที่ยากลำบากทำให้ผู้ติดฝิ่นจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) และสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง (องค์การมหาชน) ได้ร่วมกันจัดทำโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน เป็นระยะเวลา 8 ปี (พ.ศ.2553-

2561) โดยบูรณาการการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับส่วนกลาง และท้องถิ่น การพัฒนากระบวนการชุมชนเพื่อแก้ปัญหายาเสพติด ดังกล่าวข้างต้น ยังไม่สามารถนำผู้ติดยาในชุมชนเป้าหมายทั้ง 7 อำเภอ เข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด⁷ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) เป็นหน่วยงานหลักของประเทศ มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ในระดับตติยภูมิ ศึกษาวิจัย ถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ได้รับมอบหมายจากกรมการแพทย์ ให้ร่วมดำเนินโครงการดังกล่าว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาทีมบำบัดและผู้เกี่ยวข้อง ให้สามารถบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ และรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะผู้บริหารสูงสุดขององค์กรพยาบาล ของ สบยช. และเป็นผู้บริหารโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน พบว่า พยาบาลต้องเผชิญกับความยากลำบาก เนื่องจากพื้นที่เป็นอุปสรรค และยาเสพติดเป็นเรื่องละเอียดอ่อน มีอันตราย ไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ติดยาด้วยมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดยังไม่ถูกต้อง ผู้ติดยาไม่สามารถเข้าถึงบริการ ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องจากพยาบาลและทีมบุคลากรสาธารณสุข จึงเห็นความจำเป็นต้อง พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาบนพื้นที่สูง โดยปรับกระบวนการของการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ตามแนวคิดการดูแลบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาบนพื้นที่สูง และจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการ

ใช้ยาเสพติด (Drop-in Center) เป็นสถานที่ให้ผู้ติดยาได้รับการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นแกนนำเข้าร่วมปฏิบัติการในทุกระยะของโครงการ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ติดยาบนพื้นที่สูงสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ อย่างทั่วถึง เป็นธรรมชาติ โดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์⁹ เป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และยกระดับการบริการพยาบาลตามมาตรฐานสากล ในวงกว้างของพยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดในทุกระดับ ของสถานบริการกระทรวงสาธารณสุข ทำให้สังคมปลอดภัยจากยาเสพติด ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดอยู่ในสังคมได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และชุมชน ดูแลกันด้วยความรัก ความเข้าใจ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนโดยใช้ทุนทางสังคม

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาบนพื้นที่สูง
2. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาบนพื้นที่สูง
 - 2.1 ความรู้ของพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข
 - 2.2 จำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in center)
 - 2.3 จำนวนผู้ติดยาที่เข้ารับการบำบัด คงอยู่ในระบบ เลิกเสพยาและเมทาโดน และคุณภาพชีวิต

กรอบแนวคิดในการดำเนินการ

การดำเนินการโครงการ ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยประยุกต์ใช้ การพัฒนาตามเกลียวปฏิสัมพันธ์ของสติงเกอร์ (Stringer)¹⁰ คือ ค้นหาปัญหา (look) คิดพิจารณา (think) และลงมือปฏิบัติ (act) การดำเนินการ 3 ระยะ (1) ศึกษาบริบทการดูแลผู้ติดยา

วารสารกองการพยาบาล

บนพื้นที่สูง (2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง และ (3) การนำสู่การปฏิบัติ และใช้แนวคิดมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (harm reduction) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา ใช้การพัฒนาตามเกลียวปฏิสัมพันธ์ของสติงเกอร์ (Stringer)¹⁰ ดำเนินการระหว่างปีงบประมาณ 2559-2562 โดยมีเป้าหมายความสำเร็จ คือ (1) รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง และ (2) ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง แบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทการดูแลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ระยะนี้ มีความสำคัญอย่างมากกับการทำงานในพื้นที่ การเข้าไปในพื้นที่ เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการของคนในพื้นที่ ประเมินศักยภาพของบุคลากร และทรัพยากร ทูทางสังคม ควบคู่ไปกับการสร้างสัมพันธภาพ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ ดำเนินการในปีงบประมาณ 2559 โดยมีการดำเนินการ ดังนี้ (1) พบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดตาก เพื่อชี้แจงโครงการฯ ศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินการ (2) ประสานงานกับพยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 6 อำเภอ และเข้าชุมชน ลงศึกษาพื้นที่ของแต่ละอำเภอ ศึกษาพื้นที่จริง ที่เป็นพื้นที่เป้าหมายตามโครงการฯ และ (3) ประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้บริหารระดับอำเภอที่มพยาบาล และสหวิชาชีพที่ทำงานยาเสพติดทั้ง 6 พื้นที่ เพื่อชี้แจงโครงการฯ และแลกเปลี่ยนข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ติดฝิ่นที่ผ่านมา ร่วมกับการประชุมกลุ่ม (focus group) เพื่อหาข้อมูลการดูแลผู้ติดฝิ่นในแต่ละพื้นที่ การศึกษาบริบทการดูแลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง พบว่า ในพื้นที่มีรูปแบบการดูแลผู้ติดฝิ่นที่แตกต่างกัน 3 รูปแบบ คือ เมทาโดน โคดี

อื่น และทรามาดอล ซึ่งการบำบัดยังไม่ได้ผลดี ผู้ติดฝิ่นไม่สามารถเดินทางมารับยาที่ รพช. ได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดฝิ่นออกจากระบบ (drop out) สูง พยาบาลและทีมสหวิชาชีพขาดความรู้เรื่องการบำบัดผู้ติดฝิ่นด้วยเมทาโดนระยะยาว

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง เป็นกรณำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในระยะที่ 1 มาวางแผนดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ โดยดำเนินการพัฒนา 2 วงรอบ ตามแนวคิดของสติงเกอร์ ดำเนินการในปีงบประมาณ 2560-2562

วงรอบที่ 1 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ค้นหาค้นหา (look) เพื่อค้นหาข้อมูล และสภาพปัญหา ของการจัดระบบบริการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง โดย (1) ทบทวนเอกสารและงานวิชาการเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาการติดฝิ่นบนพื้นที่สูงการบำบัดดูแลผู้ติดฝิ่นรูปแบบต่าง ๆ การประเมินความรุนแรงการติดฝิ่น การคัดกรอง การประเมินอาการขาดยา และอยากยา การพยาบาลผู้ติดฝิ่น การจัดบริการการดูแลผู้ติดฝิ่นทั้งในประเทศ และต่างประเทศ (2) จัดประชุมด้วยการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดฝิ่นในแต่ละพื้นที่ โดยแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 กลุ่มตามจังหวัด คือ กลุ่มที่มงานจังหวัดเชียงใหม่ 12 คน ประกอบด้วยพยาบาล 6 คน สหวิชาชีพ 6 คน และกลุ่มที่มงานจังหวัดตาก 9 คน ประกอบด้วย พยาบาล 3 คน สหวิชาชีพ 6 คน รวมผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้งหมด 21 คน ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพ ทีมสหวิชาชีพ และผู้นำชุมชนที่ทำงานกับผู้ติดฝิ่น พบประเด็นปัญหา คือ พยาบาลและทีมสหวิชาชีพมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ติดฝิ่นขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัด/ การดูแลผู้ติดฝิ่น ขาดความรู้ในการให้ยาเมทาโดน ละมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการให้ยาเมทาโดนระยะยาว

กิจกรรมที่ 2 คิดพิจารณา (think) เป็นการคิดวิเคราะห์ พิจารณาข้อมูล ความรู้ ความพร้อมของ

พยาบาลทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในการดำเนินการดูแลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง โดย (1) ประชุมคณะทำงาน การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ของ สบยช. ซึ่งประกอบด้วย ทีมพยาบาล 5 คน เภสัชกร 1 คน และแพทย์ 1 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด มีประสบการณ์การดูแลผู้ใช้ยาในกลุ่ม opioid ไม่น้อยกว่า 10 ปี และมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อรับฟังการนำเสนอข้อมูล ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยพบประเด็น บุคลากรมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ติดฝิ่น ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัด และดูแลผู้ติดฝิ่นด้วยเมทาโดนตามมาตรฐานสากล และได้ข้อสรุป คือจัดอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ติดฝิ่น ปรับเจตคติของพยาบาลและสหวิชาชีพด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด กำหนดแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การพยาบาลผู้ติดฝิ่นด้วยการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน โดยใช้เมทาโดนระยะยาว และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในพื้นที่ (2) ประชุมจัดทำหลักสูตรสำหรับพยาบาล และทีมผู้ดูแลผู้ติดฝิ่นในพื้นที่ เพื่อกำหนดโครงสร้าง เนื้อหาหลักสูตร ระยะเวลาที่ใช้ และทีมวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 5 คน เภสัชกร 1 คน และ แพทย์ 1 คน ซึ่งเป็นคณะทำงานของ สบยช. (3) กำหนดแผนการถ่ายทอดความรู้ จัดการอบรมให้พยาบาล และภาคีเครือข่าย ผู้ดูแลผู้ติดฝิ่น มี 2 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรปรับเจตคติ เป็นหลักสูตร 3 วัน เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีมุมมอง ทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ติดฝิ่น เข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยา เสริมสร้างพลังในการพัฒนาตนเองและผู้ใช้ยาเสพติด และหลักสูตร การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็นหลักสูตร 3 วัน เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ แนวปฏิบัติในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และสามารถจัดบริการได้อย่างเหมาะสม (4) ประชุม เพื่อกำหนดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการ

พยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง

กิจกรรมที่ 3 ลงมือปฏิบัติ (act) เป็นการนำแผน และหลักสูตรที่จัดทำขึ้น ไปถ่ายทอดให้กับพยาบาลที่รับผิดชอบงานยาเสพติดของ รพช. และ รพ.สต. ในพื้นที่ ลงสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงแก้ไข ซึ่งในระยะแรก เน้นการพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการพยาบาลผู้ติดฝิ่นร่วมกับชุมชน โดย (1) จัดอบรมหลักสูตร ปรับเจตคติให้กับพยาบาลและทีมผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 3 รุ่น มีผู้เข้าร่วมอบรมจำนวน 125 คน และหลักสูตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จำนวน 3 รุ่น มีผู้เข้าร่วมอบรม 108 คน และให้ความรู้เรื่องแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (2) จัดอบรมการพยาบาลผู้ติดฝิ่น ด้วยการใช้เมทาโดนระยะยาวให้กับพยาบาล (3) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้พยาบาล และทีมดูแลผู้ติดฝิ่นทั้ง 6 พื้นที่ ศึกษาดูงานในแต่ละพื้นที่แลกเปลี่ยนกัน ยกวางรูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง (4) ลงพื้นที่นิเทศ ติดตามการพยาบาลผู้ติดฝิ่นทั้ง 6 พื้นที่

การศึกษาในวงรอบที่ 1 ได้ “ร่าง” รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ประกอบด้วย แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การพยาบาลผู้ติดฝิ่นด้วยการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน โดยใช้เมทาโดนระยะยาว และการจัดตั้ง drop-in center ผลการจัดอบรม พบว่า ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้หลังการอบรม มากกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการนิเทศ พบว่า หลังจากที่แต่ละพื้นที่ได้แลกเปลี่ยนการศึกษาดูงาน ทำให้มีความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการจัดบริการมากขึ้น มองเห็นปัญหาอุปสรรคในบางพื้นที่ และช่วยเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนา ปรับปรุงการให้บริการในพื้นที่ของตนเอง

วงรอบที่ 2 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ค้นหาปัญหา (look) โดย (1) ประชุมศึกษา ปัญหา อุปสรรค ของการดำเนินการ

วารสารกองการพยาบาล

ผู้เข้าร่วมประชุม เป็นพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ พื้นที่ละ 7 คน รวม 42 คน (2) ถอดบทเรียน ผลการดำเนินการแต่ละพื้นที่ โดยการสนทนากลุ่ม พยาบาลที่เป็นตัวแทนแต่ละพื้นที่ 7 ละ 6 คน พบประเด็น ผู้ติดฝิ่นขาดแรงจูงใจ ไม่สมัครใจเข้าสู่การบำบัด ผู้ติดฝิ่นไม่มั่นใจกระบวนการบำบัด ไม่เข้าใจรูปแบบของการบำบัด ในช่วงของการติดตาม ผู้ป่วยกลับติดซ้ำ และออกจากระบบบริการ (drop out) สูง (3) นิเทศ ติดตามการดำเนินการในพื้นที่ ทั้ง 6 พื้นที่ พูดคุยกับพยาบาล ผู้นำชุมชน ทีมผู้ปฏิบัติงาน และผู้ติดฝิ่น ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ แลกเปลี่ยนทัศนคติ มุมมอง การดูแลผู้ติดฝิ่น เพื่อเก็บข้อมูล ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดูแลผู้ติดฝิ่น ดำเนินการ พื้นที่ละ 2 ครั้ง พบประเด็นปัญหา คือ ผู้ติดฝิ่นขาดแรงจูงใจ ไม่สมัครใจเข้าสู่การบำบัด ผู้นำให้ข้อมูลว่า ผู้ติดฝิ่นบางคนไม่ไว้วางใจ ไม่มั่นใจกระบวนการบำบัด คิดว่ามาดูแลแค่ระยะสั้นๆ ก็จะไปเหมือนโครงการที่ผ่าน จึงไม่เข้าสู่ระบบบริการ บางคนบำบัดในช่วงของการติดตาม พบว่า ผู้ป่วยกลับติดซ้ำ และออกจากระบบบริการสูง

กิจกรรมที่ 2 คิดพิจารณา (think) เป็นการรวบรวมประเด็นปัญหา นำเสนอผลงานในกลุ่มวิเคราะห์ หาแนวทางการดำเนินงานร่วมกันของพยาบาล และทีมผู้ดูแลผู้ติดฝิ่นในพื้นที่ เพื่อปรับปรุง “ร่าง” แนวทางการจัดบริการ โดยใช้การบำบัดรักษา โดยมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการดูแลรักษาเชิงบูรณาการในชุมชน เพื่อให้เกิดการรักษา ดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มนำเข้าสู่กระบวนการบำบัด ปรับเจตคติจนถึงขั้นติดตามการรักษา ประสานความร่วมมือกับหลายหน่วยงาน ทั้งส่วนของชุมชน สถานบำบัด และเครือข่ายทางสังคม ด้วยการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และสรรสร้างจุดบริการในชุมชนเป็นศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยจัดประชุมคณะทำงานโครงการ เพื่อสรุปรูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ประกอบ ด้วยทีมพยาบาลที่มีความ

เชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดฝิ่นจำนวน 5 คน พบประเด็นปรับปรุง “ร่าง” รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง คือ ให้ผู้นำ อสม. มีความรู้ และสามารถค้นหา คัดกรอง และจูงใจผู้ติดฝิ่นเข้าสู่การบำบัด และนำแนวคิด การบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และการบริการด้วยการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านมาประยุกต์ใช้ร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 ลงมือปฏิบัติ (act) เป็นการนำ “ร่าง” รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ไปทดลองใช้ในพื้นที่ และพิจารณาปรับแก้ร่วมกัน โดย (1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพิจารณา “ร่าง” แนวทางการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง กับทีมพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด (2) ตรวจสอบ (ร่าง) รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูงที่แก้ไข โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน (3) นำ “ร่าง” รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ไปทดลองใช้ในพื้นที่ ตามกำหนดวันเวลาในแผนปฏิบัติการ

การศึกษาในรอบที่ 2 พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ประกอบด้วย (1) แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (2) การพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ด้วยการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างรอบด้าน โดยใช้เมทาโดนระยะยาว และจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็นการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน

ระยะ 3 การนำสู่การปฏิบัติ เป็นการดำเนินการหลังจากได้รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ได้นำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ มีการประเมินผลการดำเนินการ ได้แก่ คะแนนความรู้ก่อน-หลังอบรม จำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จำนวนผู้ติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัด การคงอยู่ในระบบบริการ การเลิกเสพยา และคุณภาพชีวิตของผู้ติดฝิ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (1) พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นัก

กิจกรรมบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) และผู้ช่วยเหลือคนไข้ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านยาเสพติด จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดตาก จำนวน 21 คน (2) บุคลากรเครือข่าย ได้แก่ นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ตำรวจ ทหาร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และภาคประชาสังคม คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด จำนวน 49 คน และ (3) ผู้ติดฝิ่นในพื้นที่ของโครงการขยายผลฯ จำนวน 565 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด

คือ (1) แบบวัดความรู้การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็นแบบสอบถามที่ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีทั้งหมด 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนรวม 60 คะแนน (2) แบบสอบถาม คุณภาพชีวิตของผู้ติดฝิ่น มี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (7 ข้อ) ด้านจิตใจ และอารมณ์ (7 ข้อ) ด้านสังคม (7 ข้อ) ด้านอาชีพและรายได้ (6 ข้อ) และด้านความผูกพันในชีวิต (7 ข้อ) รวม 34 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก 27 ข้อ เชิงลบ 7 ข้อ คะแนนรวม อยู่ระหว่าง 34-170 คะแนนลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คุณภาพชีวิตไม่ดี มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80 คุณภาพชีวิตดีเล็กน้อย มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60 คุณภาพชีวิตปานกลาง มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40 คุณภาพชีวิตดีมาก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20 คุณภาพชีวิตดีมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00 (3) แบบบันทึกข้อมูลการดำเนินการบำบัดผู้ติดฝิ่น เก็บข้อมูล จำนวนผู้ติดฝิ่นในชุมชนที่เข้ารับการบำบัด ผู้ติดฝิ่นที่คงอยู่ในระบบการบำบัด จำนวนผู้ติดฝิ่นที่เลิกเสพยาและเมทาโดน และจำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เครื่องมือเก็บข้อมูลทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่

มีความรู้ ความชำนาญเกี่ยวกับการดำเนินงานบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 5 คน แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ตรวจจสอบความเชื่อมั่น ด้วย Cronbach's alpha coefficient โดย try out กับผู้ติดฝิ่น ที่ตำบลป่าแดง อำเภอไชยปราการ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการตามหลักจริยธรรมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการอบรมด้วยสถิติ dependent t-test

ผลการศึกษา

รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง

มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยการกำหนดผู้ที่มีส่วนรวมหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ติดฝิ่นในชุมชน และคุณสมบัติของผู้ที่มีส่วนรวม และขั้นตอนการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง (2) การพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง เป็นขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน โดยการใช้เมทาโดนระยะยาว และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตราย ในชุมชน ซึ่งเป็นจัดตั้งสถานที่ให้บริการเชิงรุกในชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการเลือกสถานที่ที่เป็นสถานที่ของหน่วยงานรัฐ เช่น รพ.สต. อบต. ศาลาประชาคม เน้นความสะดวกในการเดินทางมารับเมทาโดน และบริการด้านสุขภาพเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน

ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง

แบ่งเป็น 3 ส่วน (1) ความรู้ก่อน-หลังการอบรม (2) จำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in center) และ (3) จำนวนผู้ติดฝิ่น การคงอยู่ในระบบ การเลิกเสพยา และคุณภาพชีวิต ดังนี้

วารสารกองการพยาบาล

ความรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตราย ของพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรเครือข่าย พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยา

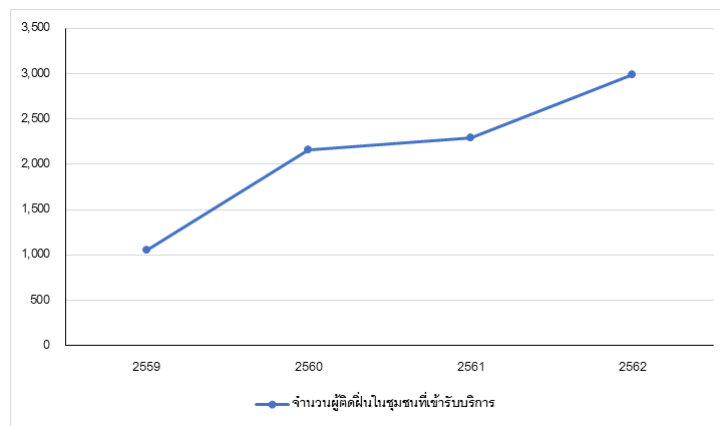
เสพติด และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตราย ของพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรเครือข่าย ทั้ง 2 พื้นที่ ภายหลังการอบรม สูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมจำแนกตามพื้นที่ (N 70 คน)

พื้นที่	Mean	SD	t-test	df	p-value
จังหวัดเชียงใหม่ (N 43)					
ก่อนอบรม	9.18	2.49	- 4.645	32	.001
หลังอบรม	11.39	2.50			
จังหวัดตาก (N 27)					
ก่อนอบรม	9.66	2.21	- 6.56	26	.001
หลังอบรม	11.77	1.80			

จำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in center) พบว่า จำนวนการจัดตั้งศูนย์ลดอันตราย เพิ่มขึ้นจาก 14 แห่งในปี พ.ศ.2559 เป็น 27 แห่งในปี พ.ศ.2562 โดยอำเภอที่มีศูนย์ลดอันตรายจำนวนมากที่สุด คือ อำเภออมก๋อย มี 13 แห่ง รองลงมา คือ อำเภอไทยปราชญ์ และอำเภอแม่ระมาด

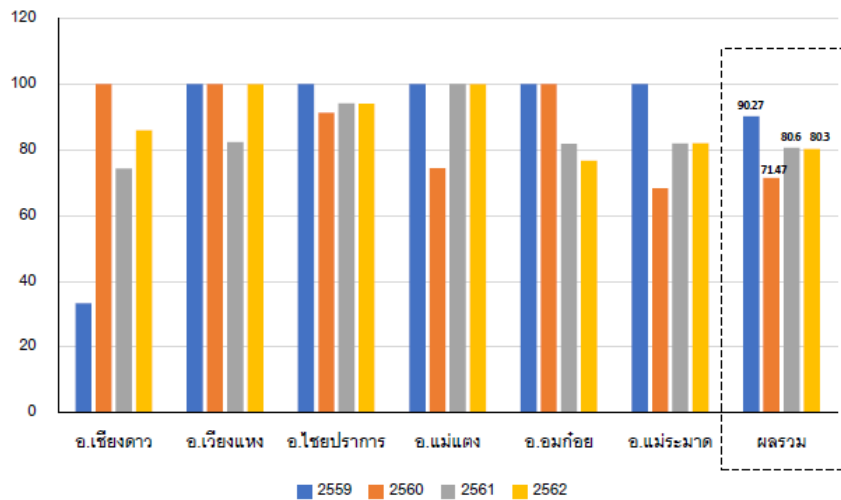
มีจำนวนกันอำเภอละ 4 แห่ง อำเภอเวียงแหง มี 3 แห่ง อำเภอแม่แตง มี 2 แห่ง และอำเภอเชียงดาว มี 1 แห่ง จำนวนผู้ติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดใน 2 จังหวัด 6 อำเภอ มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 1,054 คน ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 2,984 คนในปี พ.ศ.2562 (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 จำนวนผู้ติดฝิ่นที่เข้ารับบริการ

การคงอยู่ในระบบการบำบัด พบว่า ผู้ติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์ลดอันตราย ใน 2 จังหวัด 6 อำเภอ ส่วนใหญ่ ยังคงอยู่ในระบบการบำบัดในปี พ.ศ.

2559 ร้อยละ 90.27 ในปี พ.ศ. 2560 ลดลงเหลือ ร้อยละ 71.47 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2561 และ พ.ศ.2562 เป็น ร้อยละ 80.60 และ 80.03 ตามลำดับ (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 การคงอยู่ในระบบบริการของผู้เสพติดฝิ่น

การเลิกเสพฝิ่นและเมทาโดน พบว่า ผู้ติดฝิ่นที่ยังคงอยู่ในระบบการบำบัด สามารถเลิกเสพฝิ่นและเมทาโดนได้ มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2560 ร้อยละ 4.14 เป็น ร้อยละ 5.73 และ 12.3 ในปี พ.ศ. 2561 และ พ.ศ.2562 ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตของผู้ติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.65 ด้านความผาสุกในชีวิต ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม และด้านร่างกายคะแนนเฉลี่ยต่างอยู่ในระดับมากเช่นกัน ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68-3.83 ส่วนด้านอาชีพ และรายได้พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.21

อภิปรายผล

อภิปรายตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง

ประกอบด้วย (1) แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (2) การพยาบาลผู้ติดฝิ่น และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งเป็นบริการเชิงรุก ในชุมชนใช้กระบวนการพัฒนา มี 3 ขั้นตอน คือ ค้นหาปัญหา คิดพิจารณา และลงมือปฏิบัติ ดำเนินการ 2 วงรอบ ตามที่สติงเกอร์¹⁰กล่าวว่า กระบวนการพัฒนาสามารถเกิดขึ้นได้ซ้ำ ๆ โดยให้ความหมายต่อการ

พัฒนาในขั้นตอนต่อไป ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมพัฒนาทุกขั้นตอน เป็นการให้ความสำคัญกับภาคีเครือข่าย จึงเกิดความร่วมมือ ร่วมใจ เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง และต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งรูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง สิ่งสำคัญคือ การพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาทดแทน (pharmacology) กล่าวคือ ผู้ติดฝิ่นเมื่อหยุดเสพฝิ่น จะมีอาการขาดยา จะรู้สึกทุกข์ทรมาน พยาบาลจะต้องประเมินอาการขาดยาโดยเน้นเรื่องการประหม่น และการจัดการความเจ็บปวด (pain management)¹² และอาการอยากยาให้ได้ถูกต้องและแม่นยำ เพื่อให้แพทย์สามารถปรับขนาดยาเมทาโดนได้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย อีกทั้งพยาบาลจะต้องให้ความรู้ โดยการสอน ให้คำแนะนำ และสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยในการรับประทานยาเมทาโดน เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงในการได้รับยาเกินขนาด ตลอดจนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม ลดการตีตรา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการ สอดคล้องกับมาตรฐานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด¹³ มีเป้าหมายของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 4 ระดับ คือ (1)

วารสารกองการพยาบาล

เป้าหมายเบื้องต้น เป็นการลดอันตรายต่าง ๆ ที่มากับการใช้ยาเสพติด และให้ผู้ใช้ยาเสพติดได้รับสิทธิในการดูแลด้านสุขภาพ (2) เป้าหมายระยะสั้น คือ การป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเลือด (3) เป้าหมายเฉพาะ คือ การมุ่งใจให้ใช้เมทาโดนทดระยะยาว แทนการใช้ฝิ่น และ (4) เป้าหมายสูงสุด คือ ลด ละ และเลิกยาเสพติดได้ หากยังไม่สามารถเลิกได้ ทำอย่างไรจะให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างสมคูล ไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนเป็นการยืดหยุ่นการรักษา¹⁴ อีกทั้งเป็นการแก้ไขปัญหาหายาเสพติดโดยใช้การสาธารณสุขนำในการแก้ปัญหา แทนการบังคับใช้กฎหมาย หรือการลงโทษ¹⁵ ซึ่งปัจจุบันได้มีการแก้กฎหมายใหม่ โดยเน้นความสมัครใจในการรับการรักษา ไม่เน้นการจับกุมคุมขัง ด้วยการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความแตกต่างของแต่ละบุคคล ตามมาตรฐานสากล และการผลักดันของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคมทุกระดับ เข้ามามีส่วนร่วม ทัศนคติของผู้เกี่ยวข้องนับว่ามีความสำคัญ ซึ่งจากการศึกษาสภาพปัญหาในวงรอบที่ 1 นั้น พบว่า ทั้งบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรเครือข่าย และคนในชุมชน มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ติดยา การบำบัดด้วยยาเมทาโดนระยะยาวไม่สอดคล้องตามมาตรฐานสากล มีการต่อต้านแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการให้บริการเมทาโดนระยะยาว ดังนั้นการปรับทัศนคติจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นต่อความสำเร็จในการพัฒนา

การพัฒนาโครงการฯ ส่งผลให้สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ได้รับรางวัลรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ปี พ.ศ.2559 (Thailand Public Service Awards) ระดับ “ดีเด่น” ประเภทรางวัลบูรณาการการบริการที่เป็นเลิศ และปี พ.ศ.2563 ได้รับรางวัลระดับดีเด่นรางวัลเลิศรัฐ สาขาการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม (Thailand Excellent Participatory Governance Awards: TEPGA) ประเภทรางวัลสัมฤทธิ์ผลประชาชนมีส่วนร่วม

(effective change) ซึ่งเป็นรางวัลแห่งเกียรติยศที่คณะกรรมการการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) มอบให้กับหน่วยงานของรัฐเพื่อยกย่องเชิดชูหน่วยงานที่ได้มุ่งมั่นปฏิบัติราชการ ที่มีผลงานโดดเด่น จนประสบความสำเร็จ มีความเป็นเลิศระดับประเทศ

ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาบนพื้นที่สูง มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายของพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาภายหลังการอบรมสูงขึ้นมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ เนื่องจากการประเมินผลการฝึกอบรมทั้งก่อนและหลังการอบรมเป็นการประเมินผลการเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติในสิ่งที่หลักสูตรกำหนด โดยมีเป้าหมายสำคัญที่มุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ และมีการปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงาน ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์การทำงานของผู้เข้ารับการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่หน่วยงานฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ฝ่ายป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด และเครือข่ายแกนนำชุมชน ซึ่งลักษณะการจัดอบรมเน้นการแบ่งกลุ่มและนำเสนอความคิดเห็นของกลุ่มมากกว่าการบรรยาย ซึ่งเป็นกระบวนการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้เข้ารับการอบรมที่เป็นผู้ใหญ่ มีความรู้และประสบการณ์การทำงานมาแล้ว ดังนั้นการให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และทัศนคติในการทำงานด้วยกัน ย่อมส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจได้เร็วกว่าการเรียนแบบบรรยาย สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่สมัยใหม่ (modern adult learning theory) ของ Knowles¹⁶ ที่กล่าวว่า ผู้ใหญ่จะถูกชักจูงให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีถ้าหากตรงกับความต้องการ และความสนใจในประสบการณ์ที่

ผ่านมา จะก่อให้เกิดความพึงพอใจในการเรียนรู้ในสิ่งที่เรียนอยู่ ดังนั้นภายหลังจากอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดจึงทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนในการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น

2. จำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in center) มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 14 แห่ง ในปี พ.ศ.2559 เป็น 27 แห่งในปี พ.ศ. 2562 เกิดจากการดำเนินงานที่ผ่านมามากหลายปีที่มีการเตรียมความพร้อมที่รอบคอบ รอบด้าน บุคลากรมีความพึงพอใจ มีความเข้าใจ ผู้นำชุมชนเห็นความจริงใจ ตั้งใจและมุ่งมั่นของทีมงาน และเห็นว่าสามารถช่วยแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง ดังนั้นเมื่อทีมงานสาธารณสุขติดต่อบริษัทในการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายฯ ในชุมชน จึงยินดีให้ความร่วมมือ อีกทั้งบางชุมชนซึ่งเคยปฏิเสธในช่วงแรก ๆ ได้เปลี่ยนใจ และขอให้ทีมงานเข้าไปจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายฯ ในชุมชนของตนเอง ส่งผลให้เกิดการขยายบริการศูนย์ลดอันตรายฯ จากการใช้ยาเสพติด (drop-in Center) รวม 27 แห่ง

3. จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัด เนื่องด้วยการดำเนินงานนี้เป็นนวัตกรรมบริการเชิงรุกตามมาตรฐานสากล บนพื้นที่สูงของภาครัฐ โดยใช้สถานที่ของ รพ.สต. อบต. ในชุมชน นับว่าเป็นการแก้ปัญหาและช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดอย่างแท้จริง ทุกภาคส่วนมาช่วยกันและมีการค้นหา โดยให้ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ที่ผ่านการบำบัดเป็นผู้ชักชวน ซึ่งจะมีความเข้าใจ และไว้วางใจกัน อีกทั้งพยาบาลได้ให้การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดด้วยความเข้าใจ (empathy) ยอมรับ ไม่มีการตีตราผู้ป่วย¹⁷ และเป็นผู้ประสานความเข้าใจแก่คนในชุมชน ให้เกิดการยอมรับ ทำให้ผู้ติดยาเสพติดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงทำให้มีผู้ติดยาเสพติดยอมเปิดเผยตัว และเข้ารับบริการเพิ่มขึ้น ผู้ติดยาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการ และเข้าสู่การดูแลในระบบ ทั้ง 6 อำเภอ จำนวน 2,984 คน

4. การคงอยู่ในระบบการบำบัด ในปี พ.ศ.2559 มีร้อยละ 90.27 และลดลงเหลือ ร้อยละ 80.03 ในปี

พ.ศ.2562 เนื่องจากมีผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายออกจากระบบการบำบัดรักษา ด้วยสาเหตุการเสียชีวิต ด้วยโรคประจำตัว ย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่ เสพติดยาเสพติดซ้ำ

5. การเลิกเสพยาฝิ่นและเมทาโดน พบว่าผู้ติดยาฝิ่นสามารถเลิกเสพยาฝิ่นและเมทาโดนระยะยาว มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี 2560 ร้อยละ 4.14 และในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.73 และ 12.3 ในปี 2562 ตามลำดับ โดยผู้ติดยาฝิ่นที่เลิกเสพยาฝิ่นและเมทาโดนระยะยาวได้นั้น เกิดจากการที่ร่างกายไม่ทุกข์ทรมานจากการหยุดเสพยาฝิ่น เนื่องจากใช้เมทาโดนเป็นตัวช่วย ควบคู่ไปกับการดูแลจากพยาบาลและสหวิชาชีพ ในการให้คำปรึกษาแนะนำทั้งทางด้านสุขภาพกาย ใจ และการวางแผนชีวิต รวมทั้งการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ที่ให้โอกาสในการประกอบอาชีพ สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติได้อย่างมีความสุข มีจิตใจที่เข้มแข็ง ไม่จำเป็นต้องพึ่งฝิ่นหรือเมทาโดนอีกต่อไป

6. คุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติด หลังเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68-3.83) ซึ่งก่อนการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ส่วนใหญ่มีการใช้ หรือเสพยาฝิ่นเป็นประจำ เนื่องจากวิถีชีวิตของชนเผ่ามีความสัมพันธ์กับฝิ่นในหลายรูปแบบ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข วัฒนธรรมและประเพณีมายาวนาน การเสพยาฝิ่นเป็นระยะเวลาอันยาวนานมีความจำเริญ ร่ากายชুবผอมลงเนื่องจากขาดสารอาหาร ขาดภูมิคุ้มกันโรค จึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย มักจะไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อม ขาดแรงจูงใจในการดำรงชีวิต เมื่อสมัครใจเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จะได้รับการดูแลสุขภาพครอบคลุม 10 ชุดบริการตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (MMT) เพื่อช่วยระงับหรือบรรเทาอาการขาดยา ในขณะที่เดียวกันก็มีการดูแล

วารสารกองการพยาบาล

รักษาโรคร่วมต่าง ๆ รวมทั้งมีการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ส่วนระยะเวลาที่ผู้ติดฝิ่นมารับบริการ พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ยนาน 21.42 เดือน ซึ่งนานพอที่จะทำให้สุขภาพร่างกายของผู้ติดฝิ่นเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ผู้ติดฝิ่นจึงประเมินว่าคุณภาพชีวิตของตนเองโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนในการจัดการปัญหาเสพติดแบบใหม่ ภายใต้แนวคิดขององค์การสหประชาชาติ ที่เน้น quality of life, health and human right โดยมองผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วย และคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งตรงกับพระราชดำริของสมเด็จพระเจ้าที่ว่า “คนติดยาเขาเป็นคนหรือเปล่า ในเมื่อเขาเป็นคน เราช่วยเขาได้ไหม ถ้าช่วยเขาได้เท่ากับชุบชีวิตใหม่ให้เขาเราก็ควรทำ” จึงทำให้เกิดแนวคิดการดูแลผู้ติดยาเสพติด คือ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรกำหนดเป็นนโยบายหลักในการแก้ปัญหาเสพติดของประเทศที่ทุกภาคส่วนต้องนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน

1. ผู้บริหารการพยาบาลของสถานพยาบาลทุกระดับ ใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการ นิเทศ กำกับ ติดตามการปฏิบัติงาน และการพัฒนาโครงการต่าง ๆ ของบุคลากรทางการพยาบาล ในการพัฒนาระบบ หรือแนวทางการพยาบาลผู้ติดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด รวมถึงการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดประเภทอื่น และโรคอื่น ๆ

2. ควรส่งเสริม เสริมสร้าง การพัฒนาสมรรถนะผู้นำทางการพยาบาลทุกระดับ ให้พยาบาลวิชาชีพสามารถพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้สอดคล้องกับบทบาท และภารกิจ ตามลักษณะงานที่ปฏิบัติอยู่ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับทั่วประเทศ

3. พยาบาลที่ทำงานด้านยาเสพติด ควรมีทัศนคติที่ดี ทันสมัย สามารถพัฒนาสมรรถนะในการทำงานร่วมกับชุมชน และเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เริ่มจากพื้นที่เล็ก ๆ และมีความพร้อมทั้งผู้นำชุมชน สถานที่ มีการดำเนินการอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง และจริงจัง ทำให้พื้นที่อื่น ๆ เห็นถึงประโยชน์ และความจริงจังในการแก้ไขปัญหานั้นสามารถยกระดับการบริการตามมาตรฐานสากล

References

1. Office of the Narcotics Control Board and Highland Research and Development Institute. Master Plan Royal Project Expansion Project to Solve Sustainable Opium Cultivation 4 years (2010-1893). Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2013. Thai.
2. Office of the Narcotics Control Board and Highland Research and Development Institute. Master Plan Royal Project Expansion Project to Solve Sustainable Opium Cultivation Phase 2 (2014-2018). Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2018. Thai.
3. Thanarak Institute. Thailand's All-Round Drug Harm Reduction Guidelines. 1st ed. Bangkok: WVO officer of printing mill; 2010. Thai.
4. Family Health International (FHI). WHO/UNODC/UNAIDS position paper substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Bangkok: WVO officer of printing mill; 2007. Thai.
5. Thanarak Hospital. Treatment textbook drug addict. Pathumthani: Vachara inter printing; 2001. Thai.
6. UNODC. Community Based Treatment and Care for Drug Use and Dependence Information Brief for Southeast Asia. [Internet]. 2014 April. [cited 2021 Oct 10]; Available from: https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbt/cbt_brief_EN.pdf
7. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Community based treatment and rehabilitation CBTx and best practices. Nonthaburi: The graphic system; 2019. Thai.
8. UNODC. Guidance for community-based treatment and care services for people affected by drug use and dependence in southeast asia. Bangkok: United Nations Office on Drugs and Crime, Regional Office for Southeast Asia and the pacific; 2014.
9. Royal Thai Government Gazette. national Strategy 2018-2037. [Internet]. 2018 October [cited 2021 Oct 15]; Available from: file:///C:/Users/USER/Downloads/Documents/T_0001.pdf. Thai.
10. Stringer ET. Action research 3rd ed. Los Angeles: Sage; 2007.
11. Sumnao Niban, Yaowares Nakayothinsakul, Ladda Khobthong. et al. Quality of life of opium addicts after treatment and rehabilitation at drop in center: case study the expanding of the royal project model to sustainably solve opium poppy cultivation program. Bangkok: Chulalongkon University Printing House; 2019. Thai.
12. Deniece AJ, Aisha A, Zenora T, Faye AG. Reviewing opioid use, monitoring, and legislature: nursing perspectives. International journal of nursing sciences. 2017;4(4):430-36.
13. Sharon S. Harm Reduction Approach to Treatment of All Substance Use Disorders. [Internet]. 2019 Aug [cited 2021 Oct 15]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558199/>.
14. Office of the Narcotics Control Board. Drug Prevention and Suppression Action Plan 2020-2022. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2020. Thai.
15. Somphot Anegasukha. Participatory Action Research.[Internet]. 2009 Oct. [cited 2021 Nov 20]; Available from: https://www.pharmacy.cmu.ac.th/unit/unit_files/files_download/2011-06-2210-52-

วารสารกองการพยาบาล

16. Knowles MS., Holton E F, Swanson R A. The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development. Boston: Taylor & Francis Ltd; 2005.
17. Nathan EK, Jaeyong C. Exploring social stigma toward opioid and heroin users among students enrolled in criminology, nursing, and EMT/paramedic courses. Journal of Criminal Justice Education. 2020;31(3):319-40.