

รายงานการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ : กรณีศึกษาโครงการขยายผลโครงการหลวง เพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน

คณะผู้วิจัย

เยาวเรศว์ นาคะโยรินสกุล
สำเนา นิลบรรพ์
สุกมา แสงเดือนฉาย
นันทนา อินทรพรม
ศศิธร คุณธรรม
ลัดดา ขอบทอง
ธัญญา สิงห์โต



สำนักป้องกันและลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2558

รายงานการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นโดยเน้น
การมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่: กรณีศึกษาโครงการขยายผลโครงการหลวง
เพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน

คณะผู้วิจัย

เยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล

สำเนา นิลบรรพ์

สุกมา แสงเดือนฉาย

นันทณา อินทรพรหม

ศศิธร คุณธรรม

ลัดดา ขอบทอง

ธัญญา สิงห์โต

สำนักป้องกันและลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2558

บทคัดย่อ

ชื่อวิจัย: การพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่: กรณีศึกษา โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน

หน่วยงาน: สำนักป้องกันและลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วันเดือนปี: 30 กันยายน 2558

.....

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด และพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด รวมทั้งศึกษาความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเสพยาเสพติดใน 3 พื้นที่ คือ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก ตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนระยะที่ 2 ปีงบประมาณ 2557-2558 กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งหมด 342 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้เสพยาเสพติดจำนวน 289 คน และกลุ่มตัวอย่างทีมงานบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่จำนวน 53 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมจำนวน 1 ชุด แบบสอบถามความพึงพอใจจำนวน 2 ชุด และแนวคำถามการสนทนากลุ่มจำนวน 4 ชุด เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายสถิติทดสอบค่าที่ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก และภายหลังการอบรมสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนใน 3 พื้นที่ซึ่งทีมงานบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดร่วมกันพัฒนาขึ้นในปี 2555 – 2556 พบว่ามี 3 รูปแบบ คือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ยาเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy: MMT) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ยา Codeine และการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ยา Tarmadol ผลการดำเนินงานมีผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูจำนวน 735 คน เมื่อติดตามผลการบำบัดได้ 1 ปี พบปัญหาเกี่ยวกับการเดินทางมารับยาทดแทนของผู้ป่วยไม่สะดวกเนื่องจากเส้นทางการสัญจรมีความยากลำบาก ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาซ้ำจำนวนมาก ดังนั้นในปี 2557 – 2558 จึงได้มีการพัฒนาต่อยอดรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้น โดยการจัดตั้ง “ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน” หรือ “Drop-in center” ขึ้นจำนวน 14 แห่ง เพื่อเป็นสถานที่ให้ผู้ป่วยมารับยาทดแทนและดูแลด้านสุขภาพครอบคลุมกิจกรรม 10 ชุมบริการ ผลการดำเนินงานพบว่า มีผู้เสพยาเสพติดมารับบริการรวม 816 คน ผู้ป่วยที่ยังคงอยู่ในระยะการติดตามการบำบัดฟื้นฟูมีจำนวนร้อยละ 92.89 และผู้ป่วยที่สามารถเลิกเสพยาได้มี 147 คน คิดเป็นร้อยละ 18.01 ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการบำบัดฟื้นฟูทั้งหมด โดยภาพรวมภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่วนตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัวมากขึ้น และสามารถประกอบอาชีพมีรายได้เลี้ยงครอบครัว

3. ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเสพยาเสพติดจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน 3 พื้นที่ 7 อำเภอ พบว่า ผู้ป่วยเสพยาเสพติดมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.71)

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา รัชชกุล อาจารย์ที่ปรึกษา ที่คอยให้การดูแลช่วยเหลือ ให้คำแนะนำทางด้านวิชาการงานวิจัย รวมทั้งเป็นแรงบันดาลใจ ช่วยผลักดัน เสริมสร้างกำลังใจในยามที่พบกับปัญหาการทำงานในพื้นที่ และยังร่วมวางแผนการดำเนินงาน การลงพื้นที่เป้าหมายร่วมกับคณะวิจัย เพื่อศึกษา ทำความเข้าใจ สภาพบริบทและปัญหาต่างๆในการทำงานในพื้นที่ ซึ่งมีความเฉพาะเนื่องจากเป็นเขตพื้นที่สูง ที่มีความทุรกันดาร การคมนาคมไม่สะดวก และประชากรมีหลายชนเผ่าที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ภาษา ทำให้การสื่อสารยากลำบาก ซึ่งอาจารย์ให้ความเมตตา เสียสละ ทูมเททั้งกำลังกายกำลังใจ และสติปัญญา ช่วยเหลือคณะผู้วิจัยมาโดยตลอด คณะผู้วิจัยรู้สึกประทับใจ และซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณในความเมตตา และขอยกย่องในความเป็นครูอย่างแท้จริง

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์วีโรจน์ วีระชัย ผู้อำนวยการสถาบันรัชญารักษ์ที่ให้การสนับสนุน เอื้ออำนวยความสะดวกในการทำงานในพื้นที่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ชลิต เปสลาพันธ์ ผู้อำนวยการสำนักป้องกันและลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด ที่ปรึกษาซึ่งให้คำแนะนำที่มีประโยชน์เป็นอย่างดี รวมทั้งลงพื้นที่ดำเนินงานร่วมกับคณะผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ที่เป็นหน่วยงานหลักในการบริหารแผนและจัดสรรงบประมาณ ในโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อการแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน รวมทั้งขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัชญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลรัชญารักษ์แม่ฮ่องสอน ทีมผู้บำบัดยาเสพติดและภาคีเครือข่ายทั้ง 3 จังหวัด 7 อำเภอ ได้แก่ อำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง อำเภอแม่แตง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน และอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ที่เสียสละทุ่มเทแรงกายแรงใจ มุ่งมั่นพัฒนารูปแบบการบำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นอย่างไม่ย่อท้อต่อการแก้ไขสถานการณ์ปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปมาตลอด ในช่วงของการดำเนินการ จนได้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดฝิ่นในพื้นที่สูงอย่างเป็นรูปธรรมเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ และส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ของผู้ติดฝิ่นให้ดีขึ้น สมดังความมุ่งมั่นตั้งใจ

ท้ายสุดนี้ ขอขอบคุณเครือข่ายผู้ร่วมอุดมการณ์และคณะผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ร่วมฝ่าฟันความยากลำบาก ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดต่างๆ จนงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์ คุณประโยชน์ของงานวิจัยครั้งนี้ขอมอบแด่ผู้ป่วยเสพติดฝิ่น ผู้ที่ทำงานในพื้นที่สูงที่เข้าถึงยาก ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2558

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
คำนิยามศัพท์ในการวิจัย.....	4
2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ปัญหาการลักลอบปลูกฝิ่นและการแก้ไขปัญหามานานในอดีตของประเทศไทย.....	7
สถานการณ์การลักลอบปลูกฝิ่น การแพร่ระบาดของยาเสพติดในปัจจุบันและ แนวโน้มในอนาคต.....	9
ชาวเขาและฝิ่น.....	12
สาเหตุการลักลอบปลูกฝิ่นและการแพร่ระบาดของยาเสพติด.....	14
นโยบายและแนวทางการแก้ปัญหามานานในอดีตของประเทศไทยและยาเสพติดในปัจจุบัน...	16
โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหามานานในอดีตของประเทศไทย.....	19
ฝิ่น การออกฤทธิ์ของสารกลุ่มฝิ่นและพยาธิวิทยาในกลุ่มผู้เสพยาฝิ่น.....	24
แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพยาฝิ่น.....	29
แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด.....	48

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
แนวคิดการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด.....	65
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับฝิ่นและชาวไทยภูเขาในประเทศไทย.....	69
กรอบคิดการวิจัย.....	73
3 การดำเนินการวิจัย.....	75
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	75
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	77
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	79
ขั้นตอนกระบวนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	79
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	95
4 ผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่น ระยะที่ 1.....	97
5 ผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่น ระยะที่ 2: ตอนที่ 1.....	121
6 ผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่น ระยะที่ 2: ตอนที่ 2.....	127
7 สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผล.....	173
สรุปผลการวิจัย.....	173
อภิปรายผลการวิจัย.....	177
ข้อเสนอแนะในการวิจัย.....	181
เอกสารอ้างอิง.....	183
ภาคผนวก.....	187
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	187
ภาคผนวก ข กิจกรรมการบำบัดฟื้นฟู และศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ในชุมชน.....	199
ภาคผนวก ค รายชื่อที่ปรึกษาโครงการ และรายชื่อผู้วิจัยภาคสนาม.....	207

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน.....	17
2 พื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการแพร่ระบาดของฝิ่นและยาเสพติด ในอนาคต.....	22
3 ความแตกต่างระหว่างการให้ Tincture of opium และ Methadone ในการถอนพิษยา ผู้เสพยาฝิ่น.....	35
4 จำนวนและร้อยละของประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้เสพยาฝิ่นใน 3 พื้นที่.....	76
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่ปฏิบัติงานบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้เสพยาฝิ่นที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของ 3 พื้นที่.....	77
6 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้รับยาเมทาโดนทดแทนต่อเนื่อง ตำบลศรีดงเย็นและตำบลแม่ทะลบ อำเภอไชยปราการ(ค่ายบำบัดที่ 1 และ 2).....	100
7 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้รับยาเมทาโดนทดแทนต่อเนื่อง อำเภอเชียงดาว.....	103
8 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้รับยาเมทาโดนทดแทนต่อเนื่อง อำเภอเวียงแหง.....	105
9 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้รับยาเมทาโดนทดแทนต่อเนื่อง อำเภอแม่แตง.....	108
10 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้รับยาเมทาโดนทดแทนต่อเนื่อง อำเภอแม่ระมาด.....	112
11 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้รับยาโคดิอิน อำเภออมก๋อย.....	114
12 จำนวนและร้อยละของผู้เสพยาฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพปีงบประมาณ 2555–2556 จำแนกตามจังหวัด.....	117
13 จำนวนและร้อยละของผลการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาฝิ่นที่ผ่าน การบำบัดฟื้นฟูในปีงบประมาณ 2555 –2556 จำแนกตามจังหวัด.....	118
14 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการอบรมจำแนกตามจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก.....	124

15	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรม จำแนกตามพื้นที่.....	125
16	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลความพึงพอใจต่อการอบรมของ ผู้เข้ารับการอบรมใน 3 พื้นที่.....	126
17	จำนวนและรายชื่อศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของ 3 พื้นที่.....	129
18	จำนวนและร้อยละผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการที่ศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพ ติคในชุมชนทั้ง 7 อำเภอในปีงบประมาณ 255–2558 จำแนกตามเพศ ชนิด ยาเสพติด และผู้เข้ารับการบำบัด.....	135
19	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่รับบริการด้านสุขภาพจากศูนย์กลางอันตรายจาก การใช้ยาเสพติดในชุมชนทั้ง 7 อำเภอในปี 2557–2558 จำแนกตามผลการบำบัด รักษา.....	146
20	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่รับบริการด้านสุขภาพจากศูนย์กลางอันตราย จากการใช้ยาเสพติดในชุมชนทั้ง 7 อำเภอ ปี 2257–2558 จำแนกตามบริการด้าน สุขภาพ 10 ชุดบริการ.....	148
21	จำนวนและร้อยละของข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ และอาชีพ.....	164
22	จำนวนและร้อยละของข้อมูลการเสพยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามชนิดของ ยาเสพติดที่เสพ และวิธีการเสพ.....	166
23	จำนวนและร้อยละของข้อมูลการรับบริการที่ศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับการชักชวน และการมารับบริการ...	167
24	จำนวนและร้อยละของข้อมูลการเสพยาเสพติดในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ อำเภอ.....	168
25	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจต่อการรับบริการที่ศูนย์กลาง อันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอ.....	170

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน.....	16
2	การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Stringer (2007).....	74

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (ป.ป.ส.) และสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง (องค์การมหาชน) ได้ร่วมจัดทำแผนแม่บทโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ซึ่งได้รับการเห็นชอบจากรัฐบาลให้ดำเนินการตามแผนแม่บทดังกล่าวในระยะเวลา 4 ปี (พ.ศ. 2553-2556) ครอบคลุมในพื้นที่ 3 จังหวัด คือ เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และตาก เนื่องจากพบว่ายังคงมีปัญหาจากการมีพื้นที่ปลูกฝิ่นในปี 2550-2551 จำนวน 1,800 ไร่ จากหมู่บ้านรวม 115 หย่อมบ้าน 15 ตำบล และ 7 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง อำเภอแม่แตง อำเภออมก๋อย อำเภอปาย และอำเภอแม่ระมาด ซึ่งมีกลุ่มประชากรชนเผ่าเป้าหมาย 4,425 ครัวเรือน รวมจำนวนประชากรชนเผ่า ประกอบด้วยกระเหรี่ยง ม้ง ลีซอ และมูเซอ 23,585 คน ทั้งนี้กำหนดให้มีการดำเนินการในรูปแบบ โครงการพัฒนาแบบบูรณาการความร่วมมือระหว่างสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (ป.ป.ส.) มูลนิธิโครงการหลวง สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง (องค์การมหาชน) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลาง จังหวัด อำเภอ และท้องถิ่นในพื้นที่ทั้ง 3 จังหวัด โดยวัตถุประสงค์หลักของแผนแม่บทเน้นการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของชาวเขาให้ดีขึ้น ลดการปลูกพืชเสพติดโดยเฉพาะการปลูกฝิ่นเป็นการปลูกพืชเศรษฐกิจทดแทนรวมทั้งดำเนินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันธัญญารักษ์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดฝิ่นตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนากระบวนการชุมชนเพื่อแก้ปัญหายาเสพติด (สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2553)

เมื่อสิ้นสุดผลการดำเนินการตามแผนแม่บทโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2553-2556) ตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนากระบวนการชุมชนเพื่อแก้ปัญหายาเสพติด ดังกล่าวข้างต้นพบว่า สถาบันธัญญารักษ์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนได้ดำเนินการสนับสนุนและส่งเสริมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและกระบวนการรวมกลุ่มในชุมชน เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชน โดยสามารถนำผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสมัครใจได้จำนวน 465 ราย (นอกพื้นที่ 45 ราย) จำนวนครัวเรือนของผู้ผ่านการบำบัดรวม 30 ครัวเรือน (คเชนทร์ เรือนทองและคณะ, 2558) นอกจากนี้ยังได้พัฒนากลุ่มผู้นำชุมชนในการสร้างความพร้อมและสามารถให้การดูแลผู้ผ่านการบำบัดได้อย่างเป็นระบบ และส่งเสริมการรวมกลุ่มในชุมชนเพื่อเฝ้าระวังยาเสพติดใน 10 พื้นที่

อย่างไรก็ตามผลการดำเนินการดังกล่าวยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควรและยังไม่บรรลุจำนวนประชากรตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เพราะการดำเนินการตามสภาพความเป็นจริงพบว่าบุคลากรสาธารณสุขต้องเผชิญกับความยากลำบากเป็นพิเศษมากกว่ายุทธศาสตร์อื่นๆ เนื่องจากยาเสพติดเป็นเรื่องละเอียดอ่อน มีอันตราย และยากที่จะได้รับความร่วมมือจากชุมชนทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปลูกฝิ่น การค้ายาเสพติด และผู้เสพยาเสพติด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2556) นอกจากนั้นแล้วการเข้าปฏิบัติงานในพื้นที่แต่ละชุมชนก็กระทำได้ค่อนข้างยากถึงยากมาก เพราะเส้นทางคมนาคมเชื่อมต่อระหว่างหมู่บ้านเป้าหมายจะต้องเดินทางข้ามจากสันเขาสู่สันเขาเป็นส่วนใหญ่ สภาพปัญหาในพื้นที่สูงพบว่าการคมนาคมยังไม่สะดวก การบริหารการใช้ทรัพยากรต่างๆไม่ดีเท่าที่ควร ความเจริญทางด้านสาธารณสุขยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ รวมทั้งประชากรชนเผ่าส่วนใหญ่ยังคงมีวิถีชีวิตแบบดั้งเดิมและยังคงใช้ฝิ่นในวิถีชีวิตประจำวันเพื่อการรักษาโรค และวัฒนธรรมประเพณี ประการสำคัญคือประชากรในพื้นที่ไม่ได้มองว่าการเสพยาฝิ่นเป็นปัญหา ทำให้การเสพยาฝิ่นจึงยังคงดำรงอยู่เป็นปกติของชุมชนชนเผ่า ทำให้ผู้เสพยาเสพติดยังคงเป็นกลุ่มผู้เสพยาเดิม แต่มีการปรับเปลี่ยนวิธีการใช้สารเสพติดโดยมีการใช้เข็มฉีดยาฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือด (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมายเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557) นอกจากนั้นยังคงมีปัญหากการกลับมาเสพยาของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เนื่องจากสภาพสังคมที่ผู้บำบัดกลับสู่ชุมชนยังมีผู้เสพยาในวัยเดียวกันชักชวนให้กลับไปเสพยา กรรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข จึงเห็นว่าจำเป็นจะต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดที่เหมาะสมกับบริบทและสอดคล้องกับสภาพภูมิประเทศของพื้นที่เป้าหมายต่อไป เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนแม่บทของโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนในระยะที่ 2 (พ.ศ. 2557 – 2561) ต่อไป

ดังนั้น สถาบันธัญญารักษ์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ และ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ในฐานะหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดจึงเห็นว่าจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่เป้าหมาย ซึ่งนอกจากจะเป็นการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่องแล้ว ยังเป็นการพัฒนาศักยภาพในการจัดการแก้ไขปัญหาเสพยาเสพติดโดยชุมชน เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและส่งเสริมกระบวนการรวมกลุ่มในชุมชนเพื่อเฝ้าระวังป้องกัน และแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาเสพยาเสพติด โดยเน้นให้ประชากรชนเผ่าในพื้นที่เป้าหมายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้เสพยาฝิ่นให้ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และดำรงชีวิตอยู่ในพื้นที่โดยไม่ต้องพึ่งพาเสพยาเสพติด

ปัจจุบันรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดให้โทษโดยทั่วไปจะมีหลากหลายวิธีและหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การหักดิบ การใช้ระยะจับปวด การฝังเข็ม การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า การใช้ยาทดแทน การใช้ศาสนา การใช้กิจกรรมบำบัด การใช้โปรแกรมบำบัดและการใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น สำหรับวิธีการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้ฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น เช่น เฮโรอีน พบว่าสถานพยาบาลที่ให้การบำบัดฟื้นฟูใช้วิธีการให้ยาเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy: MMT) ซึ่งมีการดำเนินการทั้งในลักษณะแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แบบผู้ป่วยในคือการให้ผู้ป่วยเข้าบำบัดรักษาในสถานพยาบาลบำบัดรักษาตามที่สถานพยาบาลกำหนด และตามสภาพความรุนแรงของอาการผู้ป่วยจนกว่าอาการจะหายเป็นปกติ แบบผู้ป่วยนอกคือการให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาแบบไป-กลับ ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล ทั้งนี้อาจได้รับการบำบัดรักษาทั้งในชั้นถอนพิษยา และชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (กรมการแพทย์, 2553) ซึ่งพบว่าผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในภาพรวมของประเทศได้ผลดีในระดับหนึ่ง ทั้งนี้เพราะสามารถทำให้ผู้ป่วยเลิกเสพยาฝิ่นและหันมาใช้ยาเมทาโดนอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการดำเนินงานเพื่อจูงใจให้ประชากรชนเผ่าในพื้นที่เป้าหมายใน 3 จังหวัดเห็นว่าการเสพยาฝิ่นนอกจากจะส่งผลเสียต่อสุขภาพตนเองและมีผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนแล้วยังเป็นเรื่องผิดกฎหมายด้วยนั้น ไม่ใช่เป็นเรื่องที่สามารถดำเนินงานได้โดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับประชาชนในชุมชนเมือง เพราะบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงแต่ต้องพบกับสภาพปัญหาในพื้นที่สูงจากเส้นทางการคมนาคมที่ยากลำบากแล้ว ยังอาจเผชิญกับอันตรายจากบุคคลในพื้นที่ที่เสียผลประโยชน์จากขบวนการค้ายาเสพติดในพื้นที่ ประการสำคัญคือการใช้ฝิ่นของประชากรชนเผ่าเกี่ยวข้องกับสังคมวัฒนธรรมของชนเผ่าและเป็นไปเพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยมาอย่างยาวนานแล้ว ดังนั้นการชักจูงให้ผู้เสพยาฝิ่นในประชากรชนเผ่าในพื้นที่เป้าหมายให้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเป็นสิ่งที่คณะผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญว่าจำเป็นต้องหากกลยุทธ์และวิธีการที่เหมาะสม โดยต้องมีลักษณะรูปแบบเฉพาะที่ทำให้ผู้เสพยาฝิ่นยอมรับได้ และยังคงสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชนเผ่าที่สามารถเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพได้สะดวก รวมทั้งยังต้องเน้นให้ครอบครัวและชุมชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้เสพยาฝิ่นด้วย เพื่อช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝิ่นเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่ความสำเร็จสูงสุดของการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยฝิ่นในพื้นที่เป้าหมายให้เกิดความยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นในพื้นที่เป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดได้เหมาะสมกับบริบท และครอบคลุมผู้เสพยาเสพติดโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่เป้าหมายโดยบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเฉพาะในพื้นที่เป้าหมายตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 2 ตามแผนแม่บท (พ.ศ. 2557-2561) ใน 3 จังหวัด คือจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก ประกอบด้วย อำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง อำเภอแม่แตง อำเภออมก๋อย อำเภอปาย และอำเภอแม่ระมาด ซึ่งได้ดำเนินการระหว่างปี 2557-2558

2. พื้นที่เป้าหมายตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนใน 3 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ คือ อำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง อำเภอแม่แตง และ อำเภออมก๋อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน คือ อำเภอปาย จังหวัดตาก คืออำเภอแม่ระมาด

3. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้เสพยาเสพติดในชุมชนพื้นที่เป้าหมาย 3 จังหวัด 7 อำเภอ และ 2) บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก

นิยามศัพท์ในการวิจัย

1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด หมายถึง บุคคลที่มีส่วนร่วมในการทำงานในลักษณะของทีมงานซึ่งได้รับการแต่งตั้งและมอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ให้ความช่วยเหลือหรือให้ความร่วมมือในการค้นหาหรือการนำผู้ยาเสพติดในแต่ละพื้นที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และทำการติดตามประเมินผลการบำบัดอย่างต่อเนื่องในสถานพยาบาล แหล่ง สถานที่ หรือจุดที่กำหนดให้เป็นสถานที่บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เจ้าพนักงานองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง และเจ้าหน้าที่องค์กรเอกชน

2. รูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด หมายถึง วิธีการหรือแนวทางในการให้บริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัด

ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้น เพื่อให้การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยมีสมาชิกในครอบครัวและผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือ ติดตาม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องในแต่ละพื้นที่เป้าหมาย ประกอบด้วย อำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง อำเภอแม่แตง อำเภออมก๋อย อำเภอปาย และอำเภอแม่ระมาด ซึ่งในแต่ละพื้นที่มีวิธีการหรือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูที่มีความแตกต่างกันไปตามสภาพภูมิประเทศ มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรม และผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่มารับบริการมีความสะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีความปลอดภัยในการให้บริการ

3. ผู้ป่วยเสพยาเสพติด หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่บนพื้นที่ราบสูงในอำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง อำเภอแม่แตง อำเภออมก๋อย อำเภอปาย และอำเภอแม่ระมาด ที่ยินยอมและสมัครใจเข้ารับบริการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในฐานะเป็นผู้ป่วยที่ใช้หรือเสพยาเสพติดกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในสถานพยาบาล แหล่งหรือจุดที่ได้รับการกำหนดให้เป็นสถานที่ให้บริการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ

4. ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นในทางบวกหรือทางลบของผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนที่ทีมงานและผู้นำชุมชนกำหนดให้เป็นสถานที่บำบัดฟื้นฟู โดยในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนจัดให้มีการบริการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเสพยาเสพติดครอบคลุม 10 ชุมบริการ ซึ่งประเมินได้จากการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน

5. ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (Drop in center) หมายถึง สถานที่ แหล่ง หรือจุดที่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดร่วมกับผู้นำชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย 3 พื้นที่ ร่วมกันกำหนดให้เป็นสถานที่หรือแหล่งที่ให้บริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาเสพติดและให้บริการทางสุขภาพครอบคลุม 10 ชุมบริการ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเองรวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด 2) การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้ยาเมทาโดน 3) การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด 4) การแจกถุงยางอนามัย 5) การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจและส่งต่อรับบริการการดูแลรักษา 6) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7) การป้องกันวินิจฉัยและรักษาโรควันโรค 8) กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 9) การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด และ 10) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดรวมถึงกิจกรรมกลับสู่สังคมและการป้องกัน การกลับไปเสพยา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาสาเหตุฝิ่นบนพื้นที่ราบสูงของประเทศไทย ยาเสพติดประเภทฝิ่น การบำบัดรักษาผู้เสพยาฝิ่นและแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อนำมาประกอบเป็นแนวทางให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นในพื้นที่เป้าหมายทั้ง 7 อำเภอสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลและการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นได้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่เป้าหมาย ซึ่งเนื้อหาสาระที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องขอนำเสนอโดยสังเขปดังนี้

1. ปัญหาการลักลอบปลูกฝิ่นและการแก้ไขปัญหานอติตของประเทศไทย

1.1 ปัญหาการลักลอบปลูกฝิ่นในอดีตของประเทศไทย

ปัญหาการลักลอบปลูกฝิ่นในอดีตของประเทศไทย เริ่มขึ้นมารวม 100 ปี โดยชาวเขาเผ่าต่างๆบนพื้นที่ราบสูงของประเทศไทย ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากชาวจีนยูนานที่ทำการปลูกฝิ่นเพื่อทดแทนการนำเข้าจากประเทศอังกฤษ จนช่วงปี พ.ศ. 2423-2433 จีนสามารถผลิตฝิ่นได้มากกว่า 1,000 ตัน โดยพื้นที่ในการปลูกฝิ่นมากที่สุด คือ มณฑลเสฉวน และรองลงมาคือมณฑลยูนาน ต่อมาพ่อค้าฝิ่นจากยูนานได้นำต้นฝิ่นมาปลูกในบริเวณเขตแนวเทือกเขาติดต่อระหว่างไทย พม่า และอินโดจีน โดยเฉพาะในเขตรัฐฉาน จึงส่งผลให้กลุ่มผู้ปลูกฝิ่นส่วนใหญ่เป็นชาวเขาเผ่าม้ง เย้า และกระจายไปยังชาวเขาเผ่าต่างๆที่อาศัยบนพื้นที่สูง โดยจะมีพ่อค้าฝิ่นชาวจีนยูนานเป็นผู้รับซื้อ ดังนั้นฝิ่นจึงกลายเป็นพืชรายได้ (Cash crop) ที่สำคัญของชาวเขา ซึ่งฝิ่นที่ผลิตได้ส่วนใหญ่นำไปขายให้กับพ่อค้าฝิ่นชาวจีนที่ส่งไปขายยังโรงสูบฝิ่นในประเทศไทยและพื้นที่ใกล้เคียง รวมถึงฝิ่นจำนวนหนึ่งที่ชาวเขาจะเก็บไว้เพื่อใช้ในการเสพเอง

1.2 การแก้ไขปัญหาลักลอบปลูกฝิ่นในอดีตของประเทศไทย

การแก้ไขปัญหาลักลอบปลูกฝิ่นในประเทศไทยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2502 เมื่อรัฐบาลประกาศให้การปลูกและเสพฝิ่นเป็นส่งผิดกฎหมาย มีการเผาทำลายอุปกรณ์การเสพฝิ่นที่สนามหลวง ประกาศให้ผู้เสพฝิ่นจดทะเบียนเพื่อรับการบำบัดรักษา และต่อมาได้จัดตั้งสถานบำบัดรักษาฝิ่นขึ้นที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์

พื้นที่ปลูกฝิ่นได้แพร่ขยายบนพื้นที่สูง ซึ่งมีสภาพภูมิประเทศและภูมิอากาศที่เหมาะสม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2490 เป็นต้นมา รัฐบาลได้เห็น ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการปลูกฝิ่นและปัญหาความมั่นคงอื่นๆ หน่วยงานราชการจึงเริ่มเข้าไปทำงานบนพื้นที่สูง และมีการตั้งหน่วยงานใหม่ เช่น ดชด. (ในปี พ.ศ. 2498) กรมประชาสงเคราะห์ (ในปี พ.ศ. 2502)

คณะกรรมการสงเคราะห์ชาวเขา (ในปี พ.ศ. 2502) เพื่อรับผิดชอบในการดำเนินงานพัฒนาชาวเขาบนพื้นที่สูง โดยร่วมกับกรมป่าไม้ฯ (สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2553)

สำหรับการแก้ไขปัญหาการปลูกฝิ่น รัฐบาลได้ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตลอดมา โดยในระยะแรกมีหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และกรมประชาสงเคราะห์ เป็นผู้รับผิดชอบ

ในปี พ.ศ. 2508-2509 กรมประชาสงเคราะห์ได้สำรวจสภาพเศรษฐกิจและสังคมบนพื้นที่สูงรวมทั้งได้สำรวจฝิ่น โดย UNFDAC สนับสนุน พบว่ามีการปลูกฝิ่นประมาณ 112,000 ไร่ ให้ผลผลิตประมาณ 145 ตัน

ต่อมา เมื่อพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงริเริ่มจัดตั้งโครงการหลวงพัฒนาชาวเขาขึ้นในปี พ.ศ. 2512 โดยใช้รูปแบบของการปลูกพืชทดแทนฝิ่น และขยายครอบคลุมการพัฒนาด้านการเกษตร ด้านสาธารณสุข และด้านการศึกษา ซึ่งบทเรียนของโครงการได้ให้ความรู้และประสบการณ์รัฐบาลและส่วนราชการในการพัฒนา นโยบายและกลยุทธ์ในการทำงานบนพื้นที่สูง หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2516 ประเทศสหรัฐอเมริกา และองค์การสหประชาชาติให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศไทยในการพัฒนาชาวเขาและปลูกพืชเศรษฐกิจทดแทนฝิ่น เช่น โครงการพัฒนาเศรษฐกิจชาวไทยภูเขา (CRCD) ไทย-UNFDAC และโครงการพัฒนากลุ่มแม่ น้ำแจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีคณะกรรมการปราบปรามยาเสพติดให้โทษ (กปส.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบโครงการ

เมื่อสำนักงาน ป.ป.ส. ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2519 ได้ดำเนินการสำรวจพื้นที่ปลูกฝิ่นในประเทศไทยขึ้นเป็นครั้งแรก ในพื้นที่ที่มีศักยภาพในการปลูกฝิ่น ในปี พ.ศ. 2520 มีรายงานผลการสำรวจพื้นที่ปลูกฝิ่นใน 3 จังหวัด คือ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย และจังหวัดน่าน ประมาณ 62,132 ไร่ สำนักงาน ป.ป.ส. ได้ประสานงานและได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยควบคุมการใช้จ่ายในทางที่ผิดแห่งสหประชาชาติ (UNFDAC) และประเทศต่างๆ ในยุโรป ดำเนินการต่อเนื่องในโครงการส่งเสริมการปลูกพืชทดแทนฝิ่น (โครงการ Highland Agricultural Marketing and Production Project หรือ HAMP) และโครงการพัฒนาพื้นที่สูง (Highland Development Project/Program) ต่างๆ เช่น โครงการพัฒนาพื้นที่สูงไทย-เยอรมัน (TG-HDP) โครงการพัฒนาพื้นที่สูงไทย-นอร์เวย์ (TN-HDP) โครงการพัฒนาที่สูงดอยยาว-ผาหม่น (DP-HDP) โครงการพัฒนาที่สูงสามหมื่น (SM-HDP) โครงการพัฒนาที่สูงแปเปออร์ (PP-HDP) โครงการฯ IPAD นอกจากนี้ยังมีโครงการความช่วยเหลืออื่นที่ต่างประเทศช่วยเหลือ เช่น โครงการพัฒนาพื้นที่สูงไทย-ออสเตรเลีย (TA-HDP) (สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2553)

ในระหว่างปี พ.ศ. 2527-2544 มีกรอบแผนแม่บทเพื่อแก้ไขปัญหาบนพื้นที่สูงหลายฉบับ กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2527 มีแผนแม่บทเพื่อการพัฒนาพื้นที่ปลูกฝิ่นบริเวณภาคเหนือตอนบน ครอบคลุมพื้นที่ 2,030 กิโลเมตร 205 หมู่บ้าน ระยะเวลาดำเนินการ 10 ปี ต่อมาในปี พ.ศ. 2532

(วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2532) คณะรัฐมนตรี (กรม.) ได้กำหนดนโยบายความมั่นคงแห่งชาติเกี่ยวกับชาวเขาและการปลูกพืชเสพติด และมีมติให้จัดทำแผนแม่บทเพื่อการพัฒนาชุมชนสิ่งแวดล้อมและการควบคุมพืชเสพติดบนพื้นที่สูง พ.ศ. 2535-2539 (กรม.มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2535) เป็นฉบับแรก ต่อมาจึงมีแผนแม่บทฉบับที่ 2 พ.ศ. 2540-2544 (กรม.เห็นชอบวันที่ 29 เมษายน 2540) โดยรัฐบาลไทยได้สนับสนุนงบประมาณ บุคลากร ฯลฯ เข้าร่วมดำเนินการจนกระทั่งถึงปี 2541 โครงการพัฒนาฯ จึงปิดตัวลง

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ประเทศไทยใช้เวลาประมาณ 40 ปี จากปี พ.ศ. 2502 จนถึงปี พ.ศ. 2542 จนสามารถลดพื้นที่ปลูกฝิ่นจาก 112,000 ไร่ (ผลผลิต 145 ตัน) จนเหลือ 6,000 ไร่ ในปี พ.ศ. 2542 โดยใช้งบประมาณความช่วยเหลือจากต่างประเทศประมาณ 172 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันโดยรัฐบาลไทยและภาคเอกชน (มูลนิธิโครงการหลวง โครงการพัฒนาพื้นที่สูง) หน่วยงานระดับจังหวัด ตำบล และท้องถิ่น (อบจ./อบต.) จนสามารถลดพื้นที่การปลูกฝิ่นเหลืออยู่ 1,319 ไร่ ในปี พ.ศ. 2551-2552

2. สถานการณ์การลักลอบปลูกฝิ่น การแพร่ระบาดของยาเสพติดในปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต

2.1 สถานการณ์การลักลอบปลูกฝิ่น และแนวโน้มในอนาคต

จากการสำรวจพื้นที่ลักลอบปลูกฝิ่นในภาพรวมทั้งประเทศ พร้อมกับดำเนินการมาตรการตัดทำลายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ถึง 2555 โดยเปรียบเทียบพื้นที่ปลูกฝิ่น ผลผลิต พื้นที่ตัดทำลาย พื้นที่คงเหลือ และผลผลิตคงเหลือ สามารถสรุปได้ว่า ในปี 2550/51 ประเทศไทยมีพื้นที่ปลูกฝิ่นจำนวน 1,800 ไร่ และลดลงเป็น 1,319 ไร่ ในฤดูกาลปลูกปี 2551/52 และกลับมาเพิ่มขึ้นเป็น 1,804 ไร่ ในฤดูกาลปลูกปี 2552/53 และลดลงเป็น 1,355 ไร่ ในฤดูกาลปลูกปี 2553/54 ส่วนฤดูกาลปลูกปี 2554/55 นั้นยังคงสำรวจพบพื้นที่ปลูกฝิ่นจำนวน 1,303 ไร่ เมื่อเทียบกับการปลูกฝิ่นในปี 2553/54 พบว่ามีพื้นที่ลดลงจำนวน 52 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 4 (สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2553)

ส่วนแนวโน้มสถานการณ์การปลูกฝิ่นในอนาคตทางสถาบันสำรวจและติดตามการปลูกพืชเสพติด (สพส.) สำนักงาน ป.ป.ส. ได้ประเมินสถานการณ์การลักลอบปลูกฝิ่น โดยคาดว่าพื้นที่การลักลอบปลูกฝิ่นจะลดลง เนื่องด้วยการดำเนินการอย่างจริงจังด้วยมาตรการบังคับใช้กฎหมายการตัดทำลายไร่ฝิ่น และการปราบปรามจับกุม รวมทั้งผู้เสฟฝิ่นสมัครใจเข้ารับการรักษา และได้รับการช่วยเหลือด้านอาชีพจากโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ พร้อมกับการรณรงค์ปลูกจิตสำนึกด้านการใช้ชีวิตตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงตามสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ของแต่ละพื้นที่ และการให้ความรู้เรื่องโทษพิษภัยของฝิ่นและยาเสพติดชนิดอื่นๆ และโทษทางกฎหมายในทุกกลุ่มเป้าหมาย

2.2 สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต

ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาระดับโลกที่ทุกประเทศให้ความสำคัญทั้งองค์กรภาครัฐและองค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐ (Non-Government Organization) ซึ่งองค์กรเหล่านี้ต่างมีนโยบายในการรณรงค์ป้องกัน ปรามปราม ลดอุปสงค์ ลดอุปทาน และมุ่งแก้ไขปัญหาเสพติดให้หมดไปทุกประเทศจึงได้พยายามร่วมมือกันต่อต้านการแพร่ระบาดของยาเสพติด และประกาศในวันที่ 26 มิถุนายน ของทุกปีเป็น “วันต่อต้านยาเสพติดโลก” เพื่อให้ทุกคนได้ตระหนักถึงพิษภัยและโทษของยาเสพติด

สำหรับประเทศไทย รัฐบาลได้ประกาศสงครามต่อต้านยาเสพติดอย่างจริงจังในปี 2545 ทำให้ปัญหาเสพติดเริ่มลดน้อยลง แต่ก็ยังเป็นเพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ เพราะหลังจากนั้นเพียงแค่ 2 ปี ปัญหาเสพติดที่มีแนวโน้มจะลดลงกลับทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น จากสถิติของสำนักงานตำรวจแห่งชาติพบว่าจำนวนผู้กระทำความผิดจำนวน 265,540 รายในปี 2545 ลดลงเหลือ 123,786 รายในปี 2546 และลดลงเหลือเพียง 74,254 รายในปี 2547 แต่หลังจากนั้นในปีต่อมาคดียาเสพติดเริ่มทยอยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งในปี 2553 มีผู้กระทำความผิดสูงถึง 266,010 ราย ซึ่งเป็นสถิติที่สูงที่สุดในรอบ 10 กว่าปีที่ผ่านมา ทั้งนี้ยังพบข้อมูลการแพร่ระบาดของยาเสพติดกระจายไปยังชุมชนและสถานศึกษามากขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2555) จนกระทั่งวันที่ 11 สิงหาคม 2554 สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ มีกระแสพระราชดำรัสที่พระราชทานแก่คณะบุคคลที่เข้าเฝ้าเนื่องในวันเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2554 ณ ศาลาดุสิดาลัย โดยขอความร่วมมืออย่างจริงจังจากรัฐบาลและคนไทยทั้งชาติในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ดังนั้น รัฐบาลได้กำหนดให้ปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติที่ทุกภาคส่วนในสังคมต้องมีความสามัคคี ร่วมแรงร่วมใจ เร่งแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างจริงจัง และต่อเนื่องภายใต้ยุทธศาสตร์ “พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด” โดยยึดหลักผู้เสพคือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาให้หายกลับมาเป็นคนดีของสังคม และสั่งให้มีการกำกับติดตามช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ รวมทั้งดำเนินการป้องกันกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปไม่ให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ยึดหลักนิติธรรมในการปราบปราม ลงโทษผู้ผลิต ผู้ค้า ผู้มีอิทธิพล และผู้ประพฤติมิชอบ มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด และดำเนินการอย่างจริงจังในการป้องกันปัญหาด้วยการแสวงหาความร่วมมือเชิงรุกกับต่างประเทศในการควบคุมและสกัดกั้นยาเสพติด สารเคมี และสารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติดที่ลักลอบนำเข้าสู่ประเทศ ภายใต้การจัดการอย่างบูรณาการและมีประสิทธิภาพ และเพื่อยุติสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดให้ได้อย่างรวดเร็วต่อเนื่องและยั่งยืน โดยใช้มาตรการการแก้ไขปัญหที่เรียกว่า “กลยุทธ์ 7 แผน 4 ปรับ 3 หลัก 6 เร่ง” เป็นหลักในการขับเคลื่อนงานยาเสพติด อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานของรัฐบาลในระยะเวลาที่ผ่านมาถือว่าประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่กระนั้นก็ยังคงพบการแพร่ระบาดของยาเสพติดชนิดต่างๆเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เพราะจากการสำรวจขององค์กรต่างๆ สามารถสรุปภาพรวมได้ว่า ในระหว่างเดือนตุลาคม 2552- กันยายน 2553 สำนักงานตำรวจแห่งชาติสามารถยึดของกลางประเภทของยาเสพติดทุกชนิด มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั้งยาบ้า ยาไอซ์ โคเคน และเคตามีน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเร่งดำเนินการแก้ไข การแพร่ระบาดของยาเสพติดต่อไป

2.3 แนวโน้มการแพร่ระบาดของยาเสพติดในอนาคต

จากการดำเนินแก้ไขปัญหายาเสพติดของรัฐบาลในระยะเวลาที่ผ่านมาภายใต้ยุทธศาสตร์ “พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด” ประกอบกับการวางกรอบนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่องในปี 2556 โดยกำหนดเป้าหมายให้อาเซียนเป็นเขตปลอดยาเสพติดนั้น ทำให้ประเมินได้ในระดับหนึ่งว่าปัญหายาเสพติดภายในประเทศจะลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านการบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็งจากทุกภาคส่วนภายในประเทศ

ตลอดระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.) ได้ดำเนินการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด 7 แผน 4 ปรับ 3 หลัก 6 เร่ง ซึ่งจากความพยายามของทุกฝ่ายสามารถลดสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดที่เคยมีแนวโน้มสูงขึ้นให้หยุดชะงักได้ระดับหนึ่งและลดลงตามลำดับ ส่งผลให้การดำเนินงานการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในภาพรวมประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ ทำให้ประชาชนเกิดความพึงพอใจต่อการดำเนินงานการแก้ไขปัญหายาเสพติดในปี 2555 เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผลการประเมินการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดถือว่าประสบผลสำเร็จ โดยสามารถสร้างพลังสังคมและพลังชุมชนทั่วประเทศได้ถึง 48,922 หมู่บ้าน/ชุมชน (ร้อยละ 80.75 ของเป้าหมาย) มีผู้เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูในทุกระบบจำนวน 543,566 ราย (ร้อยละ 135.89) สามารถสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดให้กับประชาชนและเยาวชนได้ 8,091 แห่ง (ร้อยละ 71.50) มีการปราบปรามยาเสพติดและบังคับใช้กฎหมายเพื่อมุ่งลดผู้ผลิต ผู้ค้า ผู้ลำเลียงยาเสพติดในทุกระดับ กำหนดบทลงโทษเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอย่างเด็ดขาด จึงทำให้สามารถจับกุมคดียาเสพติด 386,415 คดี โดยในปีนี้มีจำนวนการจับกุมและส่งตรวจสอบสวนทรัพย์สินสูงสุดในรอบ 20 ปี และได้ผู้ต้องหาจำนวน 371,174 คดี (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2555) ตลอดจนสามารถสร้าง ความร่วมมือระหว่างประเทศในทุกด้าน ทั้งการข่าวการปราบปราม โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศเพื่อนบ้านได้เป็นอย่างดี โดยมีการจัดทำปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยอาเซียนปลอดยาเสพติดภายในปี 2558 เพื่อตอกย้ำเจตนารมณ์การต่อสู้กับปัญหายาเสพติดอย่างจริงจังร่วมกับประเทศอาเซียนต่อไป

กล่าวโดยสรุปได้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในปัจจุบันได้ลดน้อยลงอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เพราะทุกรัฐบาลให้ความสำคัญในการกำหนดให้ปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติที่ทุกภาคส่วนในสังคมไทยต้องให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง

ดังนั้นทำให้สามารถประเมินได้ในระดับหนึ่งว่าปัญหาสาเหตุคิดในอนาคตมีแนวโน้มที่จะลดการแพร่ระบาดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ทั้งนี้ยังคงต้องอาศัยความร่วมมือทั้งองค์ภาครัฐและองค์กรเอกชนทุกฝ่ายช่วยเฟ้นรางวัลการกลับมาแพร่ระบาดของยาเสพติด รวมทั้งช่วยเหลือในการค้นหาและชักนำผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาล เพื่อเป็นการลดจำนวนผู้กลับไปเสพซ้ำและได้คนดีกลับสู่สังคมต่อไป

3. ชาวเขาและผีเสื้อ

3.1 ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของชาวเขา

ชาวเขาถือว่าเป็นชนกลุ่มน้อยที่มีความเป็นอยู่แบบสังคมแยกเผ่า มีลักษณะสังคมวัฒนธรรม การแต่งกาย และภาษาที่แตกต่างกันไป นักมานุษยวิทยาจัดแบ่งชาวเขาออกเป็น 2 กลุ่มตามลักษณะตระกูลภาษาและการเคลื่อนย้ายที่อยู่ (อรรถนพ วิสุทธีมรรค อ่างใน สลีนดา แวงสูงเนิน และธัญญรัตน์ ขจัดพาล, 2544) ดังนี้

1) กลุ่มตระกูลจีน-ทิเบต (Chino-Tibetan) ซึ่งในกลุ่มนี้ยังแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

1.1) กลุ่มย่อยทิเบต-พม่า (Tibetan-Burma) ได้แก่ เผ่าอีเก้อ มูเซอร์ ลีซอ กระเหรี่ยง

1.2) กลุ่มแม้ว-เย้า-ปาเต็ง (Meo-Yao-Pateng) ได้แก่ เผ่าเย้า และแม้ว

2) กลุ่มตระกูลภาษาออสโตรเอเชียติก (Austra-Asiatic) เป็นกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่อยู่แล้ว ได้แก่ เผ่าถิ่นขมุ ผีตองเหลือง ลัวะ

ชาวเขาพวกแรกที่เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย คือ กระเหรี่ยง เมื่อประมาณ 200 ปีมาแล้ว ส่วนเผ่าอื่นๆเข้ามาอยู่ ประมาณ 100 ปีเศษ

ลักษณะทางสังคมพบว่าชาวเขาจะอาศัยรวมกันอยู่เป็นหมู่บ้าน ตั้งแต่หมู่บ้านละ 2-6 หลังคาเรือน จนถึง 100 กว่าหลังคาเรือน ระบบการปกครองคือระบบอาวุโส ซึ่งผู้นำหมู่บ้านต้องเป็นผู้มีอาวุโส และมีหน้าที่เป็นหมอผี ประกอบพิธีกรรมต่างๆ สำหรับในปัจจุบันระบบผู้นำหมู่บ้านแบ่งออกได้ 2 ประเภท คือ

1) ผู้นำที่แท้จริง คือ ผู้อาวุโส หรือหมอผี

2) ผู้นำที่ราชการแต่งตั้ง ถ้าผู้นำซึ่งมาจากตระกูลใหญ่ ไม่ใช่ผู้นำซึ่งราชการแต่งตั้งแล้ว ผู้นำที่ราชการแต่งตั้งจะเป็นเพียงผู้ประสานงานเท่านั้น

สำหรับอาชีพของชาวเขาส่วนใหญ่ คือ ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ รับจ้าง หรือใช้แรงงาน บางหมู่บ้านมีการพัฒนาอาชีพเป็นอุตสาหกรรมครอบครัว ได้แก่ เย็บปักถักร้อย ชาวเขายังคงเชื่อผีและวิญญาณ มีการเซ่นไหว้เป็นธรรมเนียมทุกปี

3.2 ฝืนในขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชาวเขา

ฝืนในวัฒนธรรมของชาวเขาสามารถแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

3.2.1 ด้านธรรมเนียมประเพณีสังคมและวัฒนธรรม ตามธรรมเนียมประเพณีสังคมของชาวเขาการใช้ฝืนมี 2 ลักษณะ คือ

1) การใช้รับรองแขกผู้มีเกียรติหรือแขกผู้อาวุโสของเจ้าของบ้าน ซึ่งถือว่าเป็นการแสดงความเคารพนับถือและการให้เกียรติอย่างสูง ในเวลากลางคืนที่เจ้าของบ้านกับแขกผู้มาเยือนสนทนากันนั้นจำเป็นต้องมีฝืนมาสูบเพื่อไม่ให้ห้องนอน ในขณะที่เดียวกันตะเกียงที่ใช้เสฟฝืนก็ให้แสงสว่างแก่วงสนทนาด้วย

สำหรับชาวเขาบางกลุ่มใช้ฝืนเป็นการรับรองกันทางสังคม โดยเฉพาะเมื่อมีการมาร่วมวงสนทนากันหรือร่วมวงผิงไฟ เมื่อมีผู้นำฝืนเข้ามาสูบในวงสนทนา คนอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้คิดฝืนหรือผู้ที่ยังไม่เคยสูบฝืนก็ตามอาจจะร่วมสูบฝืนได้โดยที่คนอื่นๆ ไม่เห็นเป็นเรื่องแปลกแต่ประการใด นอกจากนั้นแล้วในงานพิธีศพ ซึ่งเจ้าของบ้านอาจนำฝืนออกมาต้อนรับแขกหรืออาจจัดฝืนไว้ให้กับผู้คิดฝืน ซึ่งคนอื่นๆ อาจสูบได้เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะช่วงเวลากลางคืนจำเป็นต้องมีคนมาเป็นเพื่อนกับเจ้าของบ้านและผู้ประกอบพิธีกรรม วงสนทนาประกอบไปด้วยผู้สูบฝืนและตะเกียงที่คอยให้แสงสว่างจึงเป็นเพียงสิ่งเดียวที่จะสามารถทำให้บ้านศพไม่รู้สึกลึบสงัดในยามค่ำคืน

2) ในสมัยก่อนฝืนเป็นพืชทางเศรษฐกิจชนิดเดียวที่มีราคาสูง สามารถนำไปแลกเปลี่ยนเป็นเงินสดหรือเงินแท่งได้ รวมทั้งสามารถนำฝืนไปขายเป็นเงินสดหรือแลกเปลี่ยนเป็นกำไรเงินหรือเงินแท่ง เพื่อเป็นการสะสมเงินทางหนึ่ง ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาทางการเงิน กำไรเงินหรือเงินแท่งเหล่านั้นก็อาจนำไปขายเพื่อได้เงินมาใช้จ่ายในครอบครัว นอกจากนั้นกำไรเงินยังสามารถนำมาเป็นของหมั้นและค่าน้ำนมแก่พ่อแม่ฝ่ายหญิงในพิธีแต่งงาน เพราะในสังคมชาวเขาเมื่อแต่งงานแล้วฝ่ายหญิงต้องเข้าไปอยู่ในครอบครัวฝ่ายชาย เปรียบเสมือนการได้มาซึ่งแรงงานให้กับครอบครัวหรือตระกูลของฝ่ายชาย ดังนั้น ฝืนจึงเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการแสดงฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวในสังคมชาวเขา

3.2.2 ด้านสาธารณสุขหรือสุขภาพ

เนื่องจากถิ่นที่อยู่ของชาวเขาเป็นที่อยู่ห่างไกล การคมนาคมติดต่อกับสถานพยาบาลเป็นไปด้วยความยากลำบาก ดังนั้น เมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ฝืนจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการรักษาอาการเจ็บป่วยนั้น ไม่ว่าจะเป็นอาการเจ็บปวดภายนอก เช่น บาดแผลที่ถูกของมีคมบาดหรือสัตว์มีพิษกัดต่อย หรืออาการเจ็บปวดจากโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นภายใน เช่น แผลในกระเพาะอาหาร วัณโรค มะเร็ง นิ้วในทางเดินปัสสาวะและอาการบาดเจ็บต่างๆ นอกจากนั้นแล้วภายหลังจากการตรากตรำทำงานหนักในไร่ นา บางคนก็หันมาใช้ฝืนเพื่อช่วยแก้อาการปวดเมื่อยจนกระทั่งกลายมาเป็นผู้คิดฝืนในที่สุด ในขณะที่เดียวกันบางครั้งเมื่อเกิดปัญหาขึ้นในชีวิตถึงขั้นไม่

สามารถแก้ไขด้วยวิธีการที่ดีได้ ฝิ่นก็มักจะถูกนำมาใช้เป็นยาฆ่าตัวตาย โดยการกินเข้าไปในปริมาณที่มากเกินไปร่างกายจะสามารถรับได้ หรือเมื่อเกิดอาการติงเครียดทางจิตใจไม่ว่าจะเกิดปัญหาในครอบครัวหรือสถานการณ์ในหมู่บ้าน เช่น มีความขัดแย้งทะเลาะกันระหว่างสามีภรรยา มีโจรผู้ร้าย มีโรคระบาดในหมู่บ้าน เป็นต้น สถานการณ์เหล่านี้อาจทำให้ชาวเขาหันมาใช้ฝิ่นเพื่อระงับความตึงเครียดทางจิตใจได้ (สกลินดา แวสูงเนินและธัญญรัตน์ ขจัดพาล, 2544)

กล่าวได้ว่า วิถีชีวิตของชาวเขามีความสัมพันธ์กับฝิ่นในหลายรูปแบบ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข วัฒนธรรมและประเพณีมานาน แต่เนื่องจากการเสพฝิ่นต้องใช้ระยะเวลาในการเสพและต้องใช้ในปริมาณมากจึงจะสามารถทำให้ติดได้ รวมทั้งราคาไม่แพง และสามารถเพาะปลูกเพื่อนำผลผลิตมาเสพได้ด้วยตนเอง การแพร่ระบาดของยาเสพติดประเภทฝิ่นจึงค่อนข้างจำกัดเฉพาะในกลุ่มชาวเขาที่มีอายุหรือกลุ่มผู้ป่วยเท่านั้น

4. สาเหตุการลักลอบปลูกฝิ่นและการแพร่ระบาดของยาเสพติด

4.1 สาเหตุการลักลอบปลูกฝิ่น

การลักลอบปลูกฝิ่นยังคงมีอย่างแพร่หลายในที่ราบสูงของภาคเหนือซึ่งสาเหตุมีดังนี้ (จิตรลดา อารีย์สันติชัย, อุษณีย์ พึ่งปานและอภิรัตน์ อร่ามรัตน์, 2556)

4.1.1 ยังคงมีผู้เสพจำนวนมาก ทำให้มีความจำเป็นต้องใช้ฝิ่นจำนวนมากตามไปด้วย ส่งผลให้ยังคงมีการลักลอบปลูกฝิ่นอยู่ รวมทั้งผู้ผ่านการบำบัด มีอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูง เนื่องจากระบบการติดตามยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

4.1.2 ความยากจน ส่งผลให้ชาวบ้านยังคงลักลอบปลูกฝิ่นเพื่อสร้างรายได้ เนื่องจากแรงจูงใจด้านราคาที่ได้รับผลตอบแทนจากการปลูกฝิ่นค่อนข้างสูง โดยมีราคาขายปลีกสูงถึง 134,000 – 168,000 บาทต่อจ้อย (1 จ้อย เท่ากับ 1.6 กิโลกรัม) และหากนอกฤดูฝิ่นจะมีราคาสูงถึง 200,000 บาทต่อจ้อย ประกอบกับ ความห่างไกลของพื้นที่ การคมนาคมไม่สะดวก จึงทำให้ชาวบ้านขาดทางเลือก ขาดโอกาสในด้านสาธารณสุข โภค สาธารณสุข การศึกษา การประกอบอาชีพ การเข้าถึงแหล่งทุน และความช่วยเหลือจากภาครัฐเข้าถึงได้ยาก นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านค่านิยมของวัยรุ่นในบางพื้นที่ที่เริ่มต้องการความสะดวกสบายและความทันสมัยตามวิถีชีวิตของคนในเมืองใหญ่ เช่น โทรศัพท์มือถือ รถจักรยานยนต์ เป็นต้น จึงเข้าไปมีส่วนในการปลูกฝิ่นเพื่อสร้างรายได้เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองดังกล่าว

4.1.3 มาตรการบังคับใช้กฎหมายยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ที่จะเข้าไปกดดันและปราบปราม จับกุมผู้มีอิทธิพลในพื้นที่ จากการสำรวจพบว่า มีกลุ่มนายทุนใช้ฝิ่นเป็นค่าจ้างแรงงาน มีการสนับสนุนเทคโนโลยีการปลูกฝิ่น เช่น ระบบสปริงเกอร์ สารเคมีกำจัดวัชพืช และปุ๋ย เพื่อเพิ่มผลผลิต ซึ่งอาจได้ผลผลิตฝิ่นสูงถึง 4 กิโลกรัม/ไร่ นอกจากนี้ยังมีความพยายามปลูกฝิ่นนอก

ฤดูเพิ่มขึ้นแม้ว่าในปัจจุบันจะยังได้ผลผลิตน้อยเพียง 0.5 กิโลกรัม/ไร่ เท่านั้น ซึ่งเป็นสัญญาณที่บ่งบอกว่ายังคงมีความต้องการฝืนในพื้นที่

4.1.4 การรณรงค์ และปลูกจิตสำนึกเรื่องโทษพิษภัยของฝืนและยาเสพติด และบทลงโทษทางกฎหมาย ยังคงดำเนินการได้น้อย จึงทำให้ชาวบ้านไม่เกิดความตระหนัก และความเกรงกลัวในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เนื่องจากสภาพพื้นที่ที่ห่างไกล เข้าถึงได้ยากลำบาก และที่สำคัญที่สุดอีกประการหนึ่งคือ อุปสรรคด้านภาษาที่ใช้ในการสื่อสารมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการรณรงค์และการสร้างความเข้าใจเรื่องพิษภัยของฝืนจึงทำได้ค่อนข้างยาก

4.1.5 แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่ทำให้ยังคงมีการลักลอบปลูกฝืนในพื้นที่ เนื่องจากแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามารับจ้างในพื้นที่ที่มีการปลูกฝืน จึงมีการนำฝืนมาเป็นค่าจ้างแรงงาน รวมทั้งสนับสนุนให้แรงงานปลูกเอง ซึ่งสามารถระบุได้จากลักษณะหรือวิธีการปลูกฝืนของประเทศเพื่อนบ้านที่มักจะมีการปลูกฝืนเป็นหลุม ซึ่งแตกต่างจากลักษณะการปลูกฝืนของประเทศไทยที่จะมีลักษณะหว่าน หรือปลูกเป็นแนวคล้ายแปลงผัก

4.2 สาเหตุการแพร่ระบาดของยาเสพติด

ปัจจุบันยาเสพติดที่แพร่ระบาดในประเทศไทย ประกอบด้วย ฝืน เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า สารระเหย โคเคน ยาอี และวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทบางชนิด ซึ่งในอดีตพบว่ามีจำพวกฝืน เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า สารระเหย โคเคน เอ็กซ์ตาซี และยาเค โดยฝืนและเฮโรอีน เคยเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดรุนแรง แต่ปัจจุบันได้ลดระดับลง โดยฝืนยังคงมีการแพร่ระบาดเฉพาะกลุ่มชาวเขา ส่วนเฮโรอีนแพร่ระบาดในกลุ่มเสกเดิม สำหรับตัวยาที่แพร่ระบาดมากและมีปัญหาในระดับรุนแรงคือ ยาบ้า ซึ่งมีการแพร่กระจายเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน นักเรียนนักศึกษา สำหรับโคเคน เอ็กซ์ตาซี และยาเค การแพร่ระบาดจำกัดอยู่เฉพาะกลุ่มเยาวชน ผู้ใช้ในสถานบันเทิง ส่วนสารระเหยจะแพร่ระบาดในกลุ่มเด็กนอกสถานศึกษาและส่วนใหญ่จะอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สำหรับสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดในวงกว้าง พบมีปัจจัยที่หลากหลาย ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2555)

1. ปัจจัยด้านอุปสงค์ ที่มีผู้เสพยาใหม่ ผู้เสพยาเก่าเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น มีการกระจายไปในหลายกลุ่มอายุและอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนและผู้ใช้แรงงาน ทั้งในชนบทและเขตเมือง

2. ปัจจัยด้านอุปทาน ด้านกระบวนการผลิต การลำเลียง การกระจาย และตัวยา เมื่ออุปสงค์มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงต้องมีการลักลอบผลิตยาเสพติดในทุกวิถีทางเพื่อตอบสนอง

3. การขาดจริยธรรมของเจ้าหน้าที่รัฐที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับกระบวนการยาเสพติด โดยสังเกตได้จากการจับกุมและดำเนินคดียาเสพติดที่มีเจ้าหน้าที่รัฐร่วมกระทำผิดตามสื่อโทรทัศน์ เป็นต้น

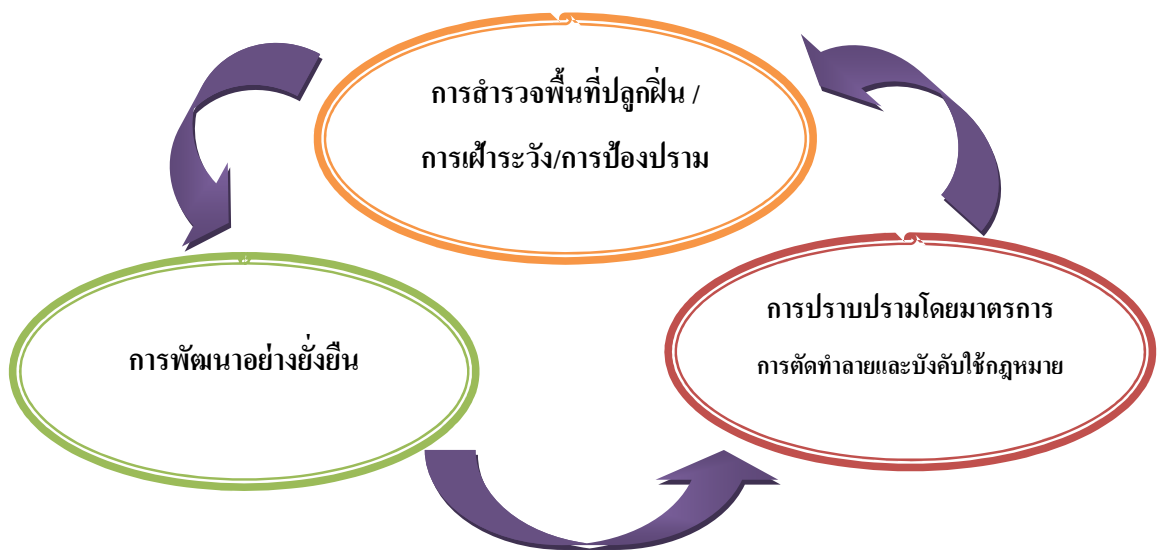
4. การรณรงค์ ปลุกจิตสำนึกแก่เยาวชนให้รับรู้ และตระหนัก ถึงโทษ และพิษภัยของยาเสพติด จากสถาบันครอบครัวมีน้อยมาก โดยเฉพาะครอบครัวชนบทห่างไกล

5. การบังคับใช้กฎหมายและข้อกฎหมายที่ไม่เข้มงวดทำให้ผู้กระทำผิดไม่เกรงกลัวต่อกฎหมายหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ

5. นโยบายและแนวทางการแก้ปัญหาการลักลอบปลูกฝิ่นและยาเสพติดในปัจจุบัน

5.1 นโยบายและแนวทางการแก้ปัญหาการลักลอบปลูกฝิ่นในปัจจุบัน

แนวทางในการแก้ปัญหาการปลูกฝิ่นในปัจจุบันเน้นการลดพื้นที่การปลูกฝิ่นให้น้อยลงและหมดไปภายในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) โดยใช้มาตรการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างยั่งยืน และมาตรการบังคับใช้กฎหมายควบคู่กับมาตรการปราบปรามโดยการตัดทำลายและบังคับใช้กฎหมายโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรปกครองท้องถิ่น ฯลฯ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยใช้กลยุทธ์ / แนวทางอย่างสมดุล (Balance approach) ในการแก้ไขปัญหาการลักลอบปลูกฝิ่น เพื่อนำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน ดังภาพที่ 1 และตารางที่ 1



ภาพที่ 1 แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน

(ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2556)

ตารางที่ 1 ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน

พื้นที่ยุทธศาสตร์และพื้นที่ศักยภาพ-ซ้ำซาก	พื้นที่ศักยภาพ-เฝ้าระวัง
ระยะสั้น (รายปี)	ระยะสั้น (รายปี)
<p>“การปราบปราม”</p> <p>1. จัดเจ้าหน้าที่ประจำพื้นที่</p> <p>2. ดำเนินการเก็บข้อมูล+วิเคราะห์พื้นที่</p> <p>3. พัฒนาการข่าว</p> <p>4. รมรณรงค์ประชาสัมพันธ์</p> <p>5. ดำเนินการต่อผู้เกี่ยวข้อง</p> <p>6. ตัดทำลายและบังคับใช้กฎหมาย</p> <p>7. ช่วยเหลือขั้นพื้นฐานพื้นที่สำคัญ</p> <p>8. ให้ท้องถิ่น/ประชาชนมีส่วนร่วม</p> <p>รวม</p>	<p>“การพัฒนาอย่างยั่งยืน”</p> <p>- พัฒนางองค์กรท้องถิ่นและภาคี</p> <p>ร่วม</p> <p>- ส่งเสริมเศรษฐกิจพอเพียง</p> <p>- พัฒนาปัจจัยพื้นฐานและสิ่งแวดล้อม</p> <p>- พัฒนาการศึกษา สาธารณสุข</p>
	<p>“เฝ้าระวัง” และ “ป้องปราม”</p> <p>- เฝ้าระวังสถานการณ์ปัญหา (สำรวจ ตรวจตรา แจ้งเตือน)</p> <p>- รมรณรงค์ประชาสัมพันธ์</p> <p>- ช่วยเหลือความเป็นอยู่พื้นฐาน</p> <p>- เสริมสร้างเศรษฐกิจพอเพียง</p> <p>- ตัดทำลาย และบังคับใช้กฎหมาย</p> <p>- พัฒนางองค์กรท้องถิ่นและภาคี</p> <p>รวม</p>

(ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2556)

5.2 นโยบายและแนวทางการแก้ปัญหาเสพติดในปัจจุบัน

จากกระแสพระราชดำริของสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2554 ที่พระราชทานแก่คณะบุคคลที่เข้าเฝ้า เนื่องในวันเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2554 ณ ศาลาดุสิดาลัย โดยขอความร่วมมืออย่างจริงจังจากรัฐบาลและคนไทยทั้งชาติ ในการแก้ไขปัญหาเสพติดนั้น รัฐบาลจึงได้กำหนดให้ปัญหาเสพติดเป็น “วาระแห่งชาติ” โดยมีนโยบายและแนวทางในการแก้ไขปัญหาภายใต้ยุทธศาสตร์ “พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด” โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นนโยบายการแก้ไขปัญหาเสพติดในปี 2554-2555 โดยใช้มาตรการ “กลยุทธ์ 7 แผน 4 ปรับ 3 หลัก 6 เร่ง” เป็นหลักในการขับเคลื่อนงานยาเสพติด

ระยะที่ 2 เป็นนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดในปี 2556 โดยใช้มาตรการ “ตั้งเป้าปลอดยาเสพติดระดับอาเซียน” โดยกำหนดเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดไว้ 4 เป้าหมาย คือ

เป้าหมายยุทธศาสตร์ (Strategic goal) คือควบคุมสถานการณ์และลดระดับของปัญหา ยาเสพติดให้เห็นผลชัดเจน เป็นรูปธรรม สังคมและชุมชนมีความปลอดภัยจากปัญหา ยาเสพติด

เป้าหมายเชิงปริมาณ (Output) ในภาพรวมให้เห็นผลในเชิงตัวเลขทั่วประเทศ

เป้าหมายเชิงผลลัพธ์/ผลกระทบ (Outcome) ในภาพรวม โดยมีการกำหนด เป้าหมายที่แสดงให้เห็นถึงงานเชิงคุณภาพและเป็นการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

เป้าหมายพื้นที่ (Area base) ให้ทุกจังหวัดกำหนดเป้าหมายในเชิงปริมาณที่เป็น ภาพรวมระดับประเทศ โดยให้สามารถควบคุมและลดปัญหาเสพติดภายในจังหวัดให้ได้ ในปี 2556

ทั้งนี้ สำนักงาน ป.ป.ส. มีการวางแผนกลไกและ โครงสร้างการบริหารจัดการในระดับ นโยบาย ซึ่งมีคณะกรรมการ ป.ป.ส. เป็นกลไกระดับชาติในการกำหนดนโยบาย มาตรการ และ แผนการแก้ปัญหาเสพติด โดยการดึงเอา ศพส. กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดเข้ามามีส่วนร่วมใน กิจกรรมต่างๆ โดยให้บูรณาการแผนงบประมาณและอำนาจการ กำกับ ติดตาม การดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่รับผิดชอบร่วมกับส่วนราชการ องค์กรประชาชนและ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเพื่อให้กระบวนการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติเป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพ ทุกหน่วยงานส่วนกลางที่มีงบประมาณยาเสพติดจะต้องจัดสรรงบประมาณและตัด โอนงบประมาณของหน่วยงานสู่จังหวัดเพื่อให้สามารถวางแผนการปฏิบัติการพลังแผ่นดินเอาชนะ ยาเสพติดในปี 2556 ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และรัฐบาลจะเน้นความเข้มข้นในเรื่องของ การติดตาม ดูแล ผู้ที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ เพราะผู้ช้ยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นคนที่มีความจิตใจที่อ่อนแอ เปราะบาง ซึ่งระหว่างการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ นั้นอาจสามารถหยุดการช้ยาเสพติดได้ แต่เมื่อกลับเข้าสู่สภาพแวดล้อมเดิม เจอปัญหาเดิม ทำให้ มักย้อนกลับมาช้ยาเสพติดซ้ำอีก ดังนั้น การติดตาม ช่วยเหลือและให้การดูแลหลังจากการ บำบัดฟื้นฟูนั้น ถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก รวมถึงครอบครัว ชุมชน สังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ สำคัญในการมีส่วนร่วมให้ผู้เสพยาเสพติดสามารถ ลด ละ เลิก ยาเสพติดได้ในที่สุด เพื่อให้ประเทศ ไทยเป็นเขตปลอดยาเสพติดระดับภูมิภาคอาเซียนภายในปี 2558

กล่าวโดยสรุปได้ว่ารัฐบาลยังคงให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาเสพติดและยา เสพติดประเภทฝิ่นอย่างต่อเนื่อง โดยมีการกำหนดนโยบายและแนวทางการแก้ปัญหาการลักลอบ ปลุกฝิ่นและให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสฝิ่น โดยเน้นการลดพื้นที่การปลุกฝิ่นในพื้นที่ให้ น้อยลงและให้หมดไปภายในปี 2558 โดยกำหนดแผนยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด และกำหนดพื้นที่ที่จำเป็นต้องเฝ้าระวังปราบปรามและพื้นที่ต้องพัฒนาโดยกำหนดกรอบเวลาทั้งใน

ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งต้องให้การช่วยเหลือในการติดตาม ดูแล ผู้ที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณเพื่อป้องกันไม่ให้กลับไปเสพยาอีก

6. โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน

6.1 โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2553 - 2556)

เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2551 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (สำนักงาน ป.ป.ส.) ได้ทูลองค์ประธานมูลนิธิโครงการหลวงขอเข้าดำเนินงานในพื้นที่ที่มีการปลูกฝิ่นซ้ำซากในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน และคณะกรรมการประสานงานและสนับสนุนงานโครงการหลวง (กปส.) เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2551 ซึ่งองค์ประธานได้มอบให้ สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง (องค์การมหาชน) รับไปดำเนินการ ต่อมาสำนักงาน ป.ป.ส. และสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง (องค์การมหาชน) ได้ร่วมจัดทำแผนแม่บทโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะเวลา 8 ปี (พ.ศ. 2553 -2560) ครอบคลุมในพื้นที่ 3 จังหวัด คือ เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอนและตาก ซึ่งมีพื้นที่ปลูกฝิ่นในปี 2550-2551 จำนวน 1,800 ไร่ มีหมู่บ้านเป้าหมาย จำนวน 115 หย่อมบ้าน ใน 15 ตำบล ของ 7 อำเภอ โดยมีกลุ่มประชากรเป้าหมายรวม 4,425 ครัวเรือน จำนวน 23,585 คน ซึ่งต่อมากองรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบแผนแม่บทดังกล่าว เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2552 โดยได้อนุมัติงบประมาณให้ดำเนินการตามแผนแม่บทโดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2556 และระยะที่ 2 ปี พ.ศ. 2557-2561 โดยโครงการได้ดำเนินการพัฒนาพื้นที่ตามแนวทางของโครงการหลวง โดยบูรณาการการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับส่วนกลางและท้องถิ่น

จากรายงานผลการสำรวจพื้นที่ลักลอบปลูกฝิ่นและการควบคุมการลักลอบปลูกฝิ่นในพื้นที่โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ในรัศมี 3 กิโลเมตร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ.2555 โดยการสำรวจทางอากาศ การสำรวจภาคพื้นดิน และการใช้เทคโนโลยีด้านภูมิสารสนเทศ เพื่อป้องกันและกำจัดฝิ่น และจำนวนพื้นที่ลักลอบปลูกฝิ่นในหมู่บ้านเป้าหมายของโครงการฯ จำนวน 115 หมู่บ้าน 15 ตำบล 7 อำเภอ 3 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และตาก ซึ่งสามารถสรุปผลการสำรวจได้ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2556)

6.1.1 ในฤดูกาลปลูกฝิ่นปี 2552/2553 ซึ่งเป็นหัวปีแรกที่เริ่มดำเนินการตามแผนแม่บทโครงการฯ ระยะที่ 1 พบพื้นที่ปลูกฝิ่นในพื้นที่โครงการฯ ในรัศมี 3 กิโลเมตร จำนวน 754.18 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 41 ของพื้นที่ปลูกฝิ่นทั้งประเทศ (1,804.06 ไร่)

6.1.2 ในฤดูกาลปลูกฝิ่นปี 2553/2554 พบพื้นที่ปลูกฝิ่นในพื้นที่โครงการฯ ในรัศมี 3 กิโลเมตร จำนวน 522.11 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 39 ของพื้นที่ปลูกฝิ่นทั้งประเทศ (1,355.46 ไร่)

6.1.3 ในฤดูกาลปลูกฝิ่นปี 2554/2555 พบพื้นที่ปลูกฝิ่นในพื้นที่โครงการฯ ในรัศมี 3 กิโลเมตร จำนวน 522.79 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 40 ของพื้นที่ปลูกฝิ่นทั้งประเทศ (1,303.67 ไร่)

นอกจากนี้ ยังพบสถานการณ์ปัญหาทางสังคมและการแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ดังนี้

1) ผู้เสพยายังคงเป็นกลุ่มผู้เสพยาเดิม แต่มีการปรับเปลี่ยนวิธีการใช้สารเสพติด โดยมีการใช้เข็มฉีดยาฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือด ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน ซึ่งเป็นช่วงการเตรียมพื้นที่ปลูกข้าวและพืชไร่ชนิดต่างๆ จึงทำให้เกิดการจ้างแรงงานโดยการใช้ฝิ่นเป็นค่าจ้างแรงงาน มีประชาชนในพื้นที่โครงการฯ ถูกจับกุมและดำเนินการทางกฎหมายในคดียาเสพติด โดยการรับจ้างขนยาบ้าพร้อมถูกเจ้าหน้าที่ ยึดทรัพย์สิน จากการประเมินสถานการณ์ในพื้นที่ พบว่ามีแนวโน้มที่อดีตผู้ค้ายาเสพติดรายสำคัญในพื้นที่จะกลับมามีพฤติกรรมการค้ายาอีกครั้ง นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกกลุ่มผู้เสพยาเสพติดได้ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 : กลุ่มผู้เสพยาเก่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยมีฐานเฉลี่ยอายุตั้งแต่ 55-73 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่โครงการฯ

กลุ่มที่ 2 : กลุ่มผู้ใช้แรงงาน โดยเฉพาะเป็นกลุ่มพ่อบ้านวัยแรงงานโดยมีช่วงอายุระหว่าง 25-60 ปี มีแนวโน้มในการใช้เข็มในการเสพยาเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 50 ของผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่โครงการฯ

กลุ่มที่ 3 : กลุ่มเยาวชน ที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป โดยมีพฤติกรรมเสพยาและยาบ้า พบว่าส่วนใหญ่จะเสพทั้ง 2 ชนิด ทั้งยาบ้าและฝิ่นคิดเป็นร้อยละ 20 ของผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่โครงการฯ และมีแนวโน้มการขยายตัวมากขึ้น

2) มีกลุ่มนายทุนสนับสนุนให้มีการปลูกฝิ่นเพื่อจำหน่าย โดยเป็นกลุ่มเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์กันเป็นอย่างดีและมีกลุ่มผู้นำหมู่บ้านเข้าไปเกี่ยวข้องในวงจรการค้าขายฝิ่น เนื่องจากทัศนคติของประชาชนโดยส่วนใหญ่แล้วถือว่าการเสพยาเป็นเรื่องธรรมดา แต่มีแนวโน้มสถานการณ์ที่ดีขึ้น คือ ในกลุ่มเยาวชนคนรุ่นใหม่พบว่ามีการเสพยาบ้าและฝิ่นที่ลดลง

3) เยาวชนในพื้นที่ ยังเป็นผู้เสพยาเก่าไม่มีการขยายของจำนวนผู้เสพยาใหม่ในพื้นที่และยังคงมีปัญหากลักลับมาเสพซ้ำของผู้ที่เคยได้รับการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เนื่องจากสภาพสังคมที่ผู้บำบัดกลับมายังมีผู้เสพในวัยเดียวกันชักชวนให้กลับไปเสพซ้ำ

กล่าวโดยสรุปได้ว่าภายหลังการดำเนินงานโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 1 (พ.ศ.2553-2556) พื้นที่ปลูกฝิ่นในฤดูกาลปลูกฝิ่นในปี 2552/2553 จำนวน 754.18 ไร่ ซึ่งเป็นปีแรกที่เริ่มดำเนินการโครงการฯ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ ฤดูกาลปลูกฝิ่นปี 2554/2555 จำนวน 522.79 ไร่ ซึ่งเป็นปีที่ 3 ของการดำเนินการโครงการฯ ในรัศมี 3 กิโลเมตร ของพื้นที่เป้าหมาย 115 หมู่บ้าน ใน 15 ตำบล 7 อำเภอ 3 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และตาก พบว่ามีพื้นที่ลักลอบปลูกฝิ่นลดลงจำนวน 229.64 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 31 ซึ่งถือว่าเป็นผลสำเร็จในระยะแรก ที่สามารถลดพื้นที่ปลูกฝิ่นลงได้

นอกจากนั้นแล้วจากผลการศึกษาและประเมินสถานะเศรษฐกิจในพื้นที่โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ปี พ.ศ.2553-2554 โดยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่ามีประเด็นสำคัญดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2556)

1) ปัญหาด้านยาเสพติด พบว่ายังมีการปลูกฝิ่นอยู่ในบางพื้นที่ ซึ่งพื้นที่การปลูกฝิ่นเริ่มมีระยะทางห่างจากหมู่บ้านมากขึ้น เพื่อหลีกเลี่ยงการตรวจพบจากเจ้าหน้าที่ และยังมีประชากรรุ่นใหม่เข้าไปเสฟฝิ่นอย่างต่อเนื่อง แม้ประชากรรุ่นใหม่ที่จะเข้าไปเสฟฝิ่นจะมีไม่มากนัก แต่ก็แสดงให้เห็นว่าปัญหาการปลูกฝิ่นและเสฟฝิ่นจะยังคงมีอยู่ต่อไปหากมิได้รับการแก้ไขที่เหมาะสม

2) นอกจากปัญหาเรื่องการปลูกและเสฟฝิ่น ปัญหายาเสพติดที่มีระดับความรุนแรงกว่าฝิ่นคือเรื่องยาบ้าที่พบการระบาดอยู่ในเกือบทุกหมู่บ้าน/กลุ่มบ้าน ปัญหานี้ต้องได้รับการแก้ไขควบคู่ไปกับการแก้ไขปัญหาระยะการปลูกและเสฟฝิ่น

6.2 โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2557 - 2561)

เมื่อสิ้นสุดแผนแม่บทโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ในระยะที่ 1 (พ.ศ.2553-2556) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการพัฒนาในทุกมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการแก้ไขปัญหาเสฟฝิ่น โดยผลจากการประชุมคณะอนุกรรมการอำนวยการโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ครั้งที่ 2/2555 ได้มีมติเห็นชอบอนุมัติในหลักการให้ดำเนินการขยายเวลาดำเนินงานโครงการ โดยจัดทำแผนแม่บทโครงการฯ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2557-2561) พร้อมทั้งให้เพิ่มเติมพื้นที่พัฒนาในชุมชนที่มีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาการแพร่ระบาดของฝิ่นและยาเสพติด จำนวน 11 หมู่บ้าน ใน 5 ตำบล 3 อำเภอ 2 จังหวัด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการแพร่ระบาดของฝิ่นและยาเสพติดในอนาคด

ลำดับที่	หมู่บ้าน	หมู่ที่	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด	ประชากร	
						ครัวเรือน	คน
1	ป่าหนา	6	แม่ทะลบ	ไชย ปราการ	เชียงใหม่	128	436
2	แม่ระมิด หลวง	17	อมก๋อย	อมก๋อย	เชียงใหม่	84	338
3	แม่ระมิดน้อย	17	อมก๋อย	อมก๋อย	เชียงใหม่	23	122
4	ห้วยตองสาด	2	อมก๋อย	อมก๋อย	เชียงใหม่	9	50
5	รังปี้	15	อมก๋อย	อมก๋อย	เชียงใหม่	47	155
6	ของแหละ	15	อมก๋อย	อมก๋อย	เชียงใหม่	80	325
7	พะอัน	5	สบโขง	อมก๋อย	เชียงใหม่	44	205
8	ขุนต้น	4	สบโขง	อมก๋อย	เชียงใหม่	83	307
9	ห้วยหมี	4	สบโขง	อมก๋อย	เชียงใหม่	42	152
10	แกงหอมใหม่	8	เมืองแปง	ปาย	แม่ฮ่องสอน	57	241
11	แม่เมือง หลวง	4	โป่งสา	ปาย	แม่ฮ่องสอน	197	650
รวม	11 หมู่บ้าน		5 ตำบล	3 อำเภอ	2 จังหวัด	794	2,981

ดังนั้น ภาพรวมพื้นที่เป้าหมายดำเนินงานตามแผนแม่บท โครงการฯ ระยะที่ 2 รวม 126 หมู่บ้าน ใน 18 ตำบล 7 อำเภอ ของ 3 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และตาก ครอบคลุม ประชากร จำนวน 26,707 คน 5,461 ครัวเรือน

ซึ่งวัตถุประสงค์หลักของแผนแม่บท โครงการขยายผล โครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 2 มีดังนี้

1. เพื่อขยายผลความสำเร็จของโครงการหลวง โดยใช้แนวทางของโครงการหลวงและหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในการมุ่งเสริมสร้างอาชีพและรายได้บนฐานความรู้ที่สอดคล้องกับสภาพภูมิสังคม และการลดปัญหาการปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ไปยังพื้นที่ที่มีปัญหาการปลูกฝิ่นซ้ำซาก ในจังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และตาก รวมทั้งพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการแพร่ระบาดของฝิ่นและยาเสพติดในอนาคต

2. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคมและชุมชน รวมทั้งส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานในพื้นที่ในการพัฒนาที่นำไปสู่การพึ่งพาตนเองได้ ตลอดจนเป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ ในด้านการป้องกันการแพร่ระบาดของฝุ่นและยาเสพติดในพื้นที่สูง

3. เพื่อสร้างความมั่นคงของฐานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมบนพื้นที่สูงอย่างยั่งยืน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

4. เพื่อเสริมสร้างกลไกการพัฒนาในพื้นที่ โดยให้หน่วยงานส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการพัฒนาที่ก่อให้เกิดความยั่งยืนแม้สิ้นสุดระยะเวลาของแผนแม่บท

สำหรับการดำเนินการตามแผนแม่บท โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2557 - 2561) ตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนากระบวนการชุมชนเพื่อแก้ปัญหาเสพติด ซึ่งสถาบันวิจัยยาเสพติด โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจเชียงใหม่ และโรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจแม่ฮ่องสอน เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและเสริมสร้างกระบวนการค้นหาและคัดกรองผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเสพติดในทุกมิติโดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. การพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในชุมชนพื้นที่เป้าหมายพร้อมติดตามช่วยเหลือประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีอย่างบูรณาการ

3. การเสริมสร้างและพัฒนาแกนนำชุมชน อาสาสมัคร เครือข่ายชุมชนและสร้างกระบวนการรณรงค์เพื่อนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่

4. การพัฒนาองค์ความรู้และสรุปสังเคราะห์บทเรียนจากการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การจัดการองค์ความรู้อย่างเป็นรูปธรรม

5. การประสานงานและบริหารยุทธศาสตร์การพัฒนากระบวนการชุมชนเพื่อแก้ปัญหายาเสพติด พร้อมทั้งติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

กล่าวโดยสรุปได้ว่าโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2557 - 2561) เป็นการดำเนินการต่อเนื่องจากโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ ระยะที่ 1 เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการพัฒนาประชากรชนเผ่าที่อาศัยบนที่ราบสูงให้มีการพัฒนาทั้งชีวิตความเป็นอยู่และเศรษฐกิจให้ดีขึ้น โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ให้มีการพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในชุมชนได้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และมีการพัฒนาศักยภาพในการจัดการแก้ปัญหายาเสพติดโดยชุมชนเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและส่งเสริมกระบวนการรวมกลุ่มในชุมชนเพื่อเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของยาเสพติดในชุมชน ให้ประชากรชนเผ่าในพื้นที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในพื้นที่โดยไม่ต้องพึ่งพาเสพติด

7. ฝิ่น การออกฤทธิ์ของสารกลุ่มฝิ่น และพยาธิวิทยาในกลุ่มผู้เสพยาฝิ่น

ฝิ่นเป็นพืชไม้ล้มลุก ชอบขึ้นในที่ราบสูงและมีอากาศหนาวเย็น เมื่อกรีดกระเปาะหรือเปลือกของผลฝิ่นดิบจะได้น้ำยางเหนียว สีขาวข้นคล้ายน้ำมัน เมื่อกรีดทิ้งไว้ประมาณ 1 วัน ยางฝิ่นจะทำปฏิกิริยากับอากาศทำให้ได้น้ำยางเหนียวสีน้ำตาล เรียกว่า “ฝิ่นดิบ” (Raw opium) หลังจากนั้นเมื่อนำมาเคี้ยวให้สุกก็จะได้อย่างเหนียวสีน้ำตาลไหม้หรือสีดำ มีกลิ่นเฉพาะ รสขม เรียกว่า “ฝิ่นสุก” (Prepared opium) ที่นำมาเสพกันทั่วไป

ในยางของฝิ่นประกอบด้วยสารเคมีหลายชนิด โดยน้ำหนักแล้วร้อยละ 75 ของยางฝิ่นเป็นสารที่พบตามพืชทั่วไป ไม่มีฤทธิ์เสพติด ส่วนอีกร้อยละ 25 เป็นสารเคมีสำคัญที่เป็นประโยชน์ทางการแพทย์เรียกว่า “อัลคาลอยด์ในฝิ่น” (Opium alkaloids) ซึ่งมีถึง 25 ชนิด เฉพาะอัลคาลอยด์ในฝิ่นที่มีความเข้มข้นสูง คือ (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแม่ฮ่องสอน, 2547)

1. มอร์ฟีน (Morphine) มีประมาณร้อยละ 10 ซึ่งมีฤทธิ์ในการกดประสาทโดยตรง ทำให้มีอาการมึนเมา นอนหลับ และระงับอาการปวดได้ดี มอร์ฟีนถือว่าเป็นตัวสำคัญที่ทำให้ฝิ่นกลายเป็นยาเสพติด

2. โคเคอิน (Codeine) มีประมาณร้อยละ 0.5 ใช้เป็นยาแก้ไอ

นอกจากนี้ยังมี ทีเบอิน (Thebaine) ปาปาเวอรีน (Papaverine) นาร์โคติน (Narcotin) มีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว ซึ่งไม่ถือว่าเป็นยาเสพติด

7.1 วิธีการเสพฝิ่น

วิธีการเสพฝิ่นสามารถกระทำได้ 3 วิธี ดังนี้

7.1.1 การสูบ ผู้เสพฝิ่นส่วนใหญ่มักนิยมเสพด้วยวิธีการสูบโดยใช้กล้องสูบฝิ่น ซึ่งวิธีการสูบมีลักษณะง่ายๆ เริ่มจากการวางเนื้อฝิ่นสุกที่ปรุงได้ที่แล้ววางบนปากกรูของกล้อง ใช้ตะเกียงลนไฟให้ฝิ่นไหม้จะได้ควันเกิดขึ้น แล้วใช้ปากดูดควันทางปากกระบอกของกล้องสูบฝิ่น กากที่เหลือติดอยู่ที่ปากกรูกล้องเรียกว่า “จีฝิ่น” สามารถนำไปสูบซ้ำได้แต่ต้องอาศัยกรรมวิธีพิเศษช่วยอีกขั้นหนึ่ง คือต้องผสมและปรุงแต่งขี้ฝิ่นด้วยยาแก้ปวดชนิด salicylate หรือ APC ด้วยวิธีการดังกล่าวนี้ทำให้ขี้ฝิ่นที่ปรุงแล้วเมื่อถูกเผาไหม้จะละลายผ่านกล้องสูบฝิ่นได้ โดยอาศัยการเผาไหม้และละลายตัวของยาแก้ปวด ขี้ฝิ่นที่เหลือจากการสูบฝิ่นครั้งเดียวสามารถนำมาใช้สูบกล้องได้อีก 1-2 ครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณภาพของฝิ่นสุกเดิม ถ้าเป็นฝิ่นที่มีคุณภาพดีจะสามารถนำมาสูบผ่านกล้องได้อีกถึง 4 ครั้งจึงจะหมดรสกลายเป็นกากทิ้งไป

7.1.2 การกิน การกินฝิ่นเป็นวิธีการที่ไม่เป็นที่นิยมแพร่หลายเพราะไม่ได้รับรสชาติและกลิ่นที่หอมของฝิ่น มักจะใช้เฉพาะเวลาที่จำเป็นเท่านั้น ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ อยู่ในสภาพแวดล้อมบังคับ ไม่มีสถานที่ลับตาในการสูบ ซึ่งวิธีการกินนั้นจะเป็นการกินขี้ฝิ่นหรือเนื้อฝิ่นโดยการปั้นเป็นเม็ดกลมๆ คล้ายยาลูกกลอน หรืออาจใช้ฝิ่นละลายน้ำผสมกับยาบางชนิดรับประทาน

นอกจากนั้นยังมีวิธีการอีกประเภทหนึ่ง คือการนำลูกฝิ่นแห้งมาบด ทบ หั่นให้ละเอียดแล้วต้มเกี่ยวกับน้ำเพื่อสกัดเอาฝิ่นออกมาแล้วนำมาต้ม

7.1.3 การฉีด การฉีดฝิ่นก็ไม่เป็นที่นิยมเช่นกัน เพราะเป็นกรรมวิธีที่มีความยุ่งยากในการเตรียม อีกทั้งสิ้นเปลืองฝิ่นมากกว่าวิธีอื่นและเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ส่วนมากใช้ในกลุ่มคนที่เคยฉีดเฮโรอีนแล้วหาเฮโรอีนมาฉีดไม่ได้ เมื่อได้ฝิ่นมาจะนำมาละลายน้ำแล้วกรองกับผ้าหนาๆหรือสำลีกรองจนได้น้ำสีดำ การกรองต้องกรองหลายๆครั้งจนกว่าจะไม่มีตะกอนแล้วจึงฉีดใส่กระบอกฉีดยาและนำมาฉีดเข้าเส้นเลือดดำ

7.2 การออกฤทธิ์ของสารกลุ่มฝิ่น

ฤทธิ์ของสารฝิ่นมีผลต่อระบบร่างกายดังนี้ (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแม่ฮ่องสอน, 2547)

7.2.1 ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system effect) ดังนี้

1) Analgesia: มีฤทธิ์ระงับความเจ็บปวด โดยฝิ่นจะออกฤทธิ์โดยการเพิ่มความทนทานต่อความเจ็บปวดมากขึ้น

2) Euphoria: หากให้ในขนาดปกติจะช่วยทำให้เกิดความรู้สึกสดชื่นสบายใจ เนื่องจากการเพิ่มการหลั่งของสารสื่อประสาท แต่ถ้าได้รับในขนาดที่สูงขึ้นจะทำให้เกิดความรู้สึกสับสน เกิดอาการ euphoria คือ มีอารมณ์สุขสดชื่น เคลิ้มฝิ่นคิ้มค้ำอย่างผิดปกติ

3) Sedation: ฝิ่นมีฤทธิ์ระงับประสาท ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดน้อยลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม กล้ามเนื้อคลายตัว เกิดอาการง่วงนอนและหลับได้

4) Respiratory depression: ออกฤทธิ์กดศูนย์ประสาทที่ควบคุมการหายใจในสมองส่วน medulla ทำให้หายใจลดน้อยลง การหายใจจะเบาและช้าลง ถ้าได้รับในขนาดที่สูงจะทำให้หยุดหายใจและตายได้

5) Cough suppression: ฤทธิ์ของฝิ่นจะกดศูนย์ประสาทที่ควบคุมการไอในสมองส่วน medulla จึงนิยมใช้ codeine หรือ morphine เป็นยาระงับอาการไอได้ดี แต่ codeine จะออกฤทธิ์กดศูนย์ควบคุมการหายใจได้น้อยกว่า morphine จึงทำให้เกิดอันตรายน้อยกว่า ดังนั้นในทางการแพทย์จึงนิยมใช้ codeine เป็นยาสำหรับระงับอาการไอมากกว่า

6) Emesis: ออกฤทธิ์โดยทำให้คลื่นไส้ อาเจียน โดยฝิ่นจะออกฤทธิ์ทางบริเวณ medulla ในสมองไปกระตุ้นศูนย์ควบคุมการอาเจียน ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ในบางราย

7) Miosis: ฝิ่นออกฤทธิ์โดยการทำให้รูม่านตาหดตัว โดยไปกระตุ้น oculomotor nuclei ทำให้รูม่านตาลีกลง ถ้าได้รับในขนาดสูง รูม่านตาจะหรี่เล็กลงมากจนมีลักษณะคล้ายรูเข็ม (Pinpoint pupils)

8) **กตศุนย์ประสาทควบคุมแรงดันโลหิต:** ฝิ่นจะออกฤทธิ์กตศุนย์ประสาทที่ควบคุมแรงดันโลหิตที่ตั้งอยู่ในบริเวณ medulla ถ้าได้รับในขนาดสูงอาจทำให้แรงดันโลหิตต่ำลงได้ ซึ่งการออกฤทธิ์ที่ศุนย์นี้ไม่ค่อยมีความสำคัญมากนัก

9) **กตศุนย์ควบคุมอุณหภูมิในร่างกาย:** โดยฝิ่นจะออกฤทธิ์ต่อ hypothalamus ซึ่งภายใน hypothalamus จะมีศุนย์ควบคุมอุณหภูมิในร่างกาย ซึ่งทำให้อุณหภูมิของร่างกายลดลงได้

10) **กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ:** โดยฝิ่นจะออกฤทธิ์เพิ่มการกระตุ้นฮอร์โมน prolactin และ growth hormone และลดการหลั่งฮอร์โมน ACTH, TSH, FSH, ICSH, testosterone, progesterone

7.2.2 ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system effect)

ปัจจุบันมีความเชื่อว่าฝิ่นจะออกฤทธิ์ต่อเส้นประสาทภายในผนังของลำไส้ ทำให้ลดการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร ทำให้มีอาหารคั่งค้างในกระเพาะอาหารนานขึ้น เพราะกล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณต่างๆมีการเกร็งตัวเพิ่มมากขึ้น แต่การบีบรัดของลำไส้ลดลง ทำให้การเคลื่อนที่ของอาหารที่อยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ทำงานได้ช้าลง และมักจะถูกดูดซึมออกจากทางเดินอาหารมากขึ้น ทำให้อุจจาระมีลักษณะแห้ง เป็นก้อนแข็ง ส่งผลทำให้เกิดอาการท้องผูก โดยปกติฝิ่นถูกดูดซึมจากทางเดินอาหารได้ไม่ดีเท่ากับการฉีด จึงนิยมฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือดดำ และภายหลังจากถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดแล้วจะไปสะสมอยู่ที่ปอด ตับและม้าม

7.2.3 ฤทธิ์ต่อระบบการไหลเวียนโลหิต (Blood circulatory system effect)

ฤทธิ์ของฝิ่นต่อระบบการไหลเวียนโลหิตนี้มีความสำคัญน้อยกว่าฤทธิ์ที่กล่าวมา แต่ถ้าได้รับฝิ่นในขนาดที่สูงก็จะทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ เส้นเลือดทั่วไปขยายตัว ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ เพราะศุนย์ควบคุมการไหลเวียนใน medulla ถูกกด ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลงด้วยการออกฤทธิ์ต่อระบบนี้มีน้อยมาก อาจเกิดระยะท้ายๆของการเกิดพิษเท่านั้น ฝิ่นยังทำให้มีการหลั่งหรือปล่อยสาร histamine ออกมาในรูปอิสระจากอวัยวะบางส่วน ซึ่งทำให้ออกฤทธิ์คลายความตึงของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เส้นเลือดขยายตัวกว้างออกส่งผลให้ความดันโลหิตลดต่ำลงด้วย

7.2.4 ฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อเรียบ (Muscle effect)

ฝิ่นมีฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อเรียบ ดังนี้

1) ฤทธิ์ต่อระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินอาหาร: โดยเพิ่มแรงบีบตัวที่ส่วนของหลอดไต เพิ่มแรงบีบเกร็งของกล้ามเนื้อ detrusor ของกระเพาะปัสสาวะและเพิ่มแรงบีบกดของ vesicle sphincter ซึ่งอาการทั้งหมดนี้ทำให้เกิดการคั่งของปัสสาวะ และเนื่องจากฤทธิ์ของ morphine ไปกระตุ้นการหลั่ง anti-diuretic hormone (ADH) ทำให้ปัสสาวะลดน้อยลง

2) ฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อหดตัว: โดยฝืนทำให้เกิดการบีบตัวของมดลูกขณะคลอดลดน้อยลง ทำให้การคลอดล่าช้าออกไป เมื่อรวมกับฤทธิ์กดการหายใจแล้ว อาจเป็นอันตรายต่อทารกแรกเกิดได้

3) ฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อหลอดเลือด: ฝืนทำให้เกิดการบีบเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดเลือดจนอาจทำให้เกิดอาการหอบหืดขึ้นได้

7.2.5 ฤทธิ์ต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Muscle and skeleton system effect)

ฝืนมีฤทธิ์ทำให้เกิดการสลายตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อลีบ และทำให้กระดูกอักเสบติดเชื้อได้ง่ายมากขึ้น

7.2.6 ฤทธิ์ต่อระบบการเผาผลาญของร่างกาย (Metabolism system effect)

ฝืนทำให้ร่างกายลดการใช้พลังงานเนื่องจากผู้ใช้ฝืนจะมีอริยาบถลดลง รวมทั้งการทำงานของกล้ามเนื้อลดน้อยลงด้วย

7.3 พยาธิวิทยาในกลุ่มผู้เสพฝืน

ส่วนใหญ่ฝืนจะออกฤทธิ์กดศูนย์อาร์มณีในบริเวณสมองส่วนกลาง ซึ่งผู้ที่ฝืนเข้าเส้นเลือดดำจะมีอาการเกร็งขณะฝืน แต่หลังการฝืนแล้วจะเริ่มรู้สึกผ่อนคลายจนถึงเคลิบเคลิ้ม กล้ามเนื้อจะไม่สามารถทำงานในส่วนที่ต้องใช้รายละเอียดได้ (Fine motor coordination) บริเวณที่ฝืนจะมีความเครียดเนื่องจากมีการหลั่งของ histamine หลอดเลือดขยายตัวทำให้ความดันโลหิตในกระแสต่ำลงแล้วจึงสูงขึ้นใหม่ หลังจากนั้นมักเกิดอาการเคลิ้มจนหลับไป ผู้ที่ฝืนครั้งแรกๆ มักมีอาการอาเจียนพุ่ง เนื่องจากศูนย์ควบคุมการอาเจียนถูกกระตุ้น นอกจากนั้นแล้วหลังฝืนมักจะเกิดอาการคอแห้ง ปากแห้ง ต้องดื่มน้ำบ่อยๆ ประการสำคัญคือ ฝืนจะมีฤทธิ์กดศูนย์ควบคุมการหายใจช้าลง ดังนั้น หากได้รับครั้งเดียวในขนาดที่สูงอาจกดมากจนหยุดหายใจได้ นอกจากอาการดังกล่าวแล้วผู้เสพฝืนจะมีอาการและอาการแสดงเรื้อรัง ดังนี้ (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด แม่ฮ่องสอน, 2550)

1. **อาการเคลิ้ม** ซึ่งจะมีอาการมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับฤทธิ์ของฝืน และบุคลิกภาพดั้งเดิมของผู้เสพฝืนด้วย

2. **สุขภาพเสื่อม** พบว่าผู้ใช้ฝืนมักมีความจำเสื่อม แต่จากการตรวจทางพยาธิวิทยาไม่พบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลง สำหรับลักษณะทางกายภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน คือ ร่างกายซูบผอมลงเนื่องจากขาดสารอาหาร มีโปรตีนต่ำ ขาดภูมิต้านทาน โรคจึงทำให้ติดเชื้อได้ง่าย การตรวจสภาพทางจิตใจของผู้เสพฝืนนานๆพบว่ามักจะไม่วางใจสิ่งแวดล้อม ขาดแรงจูงใจในการดำรงชีวิต

3. **การติดยา** พบว่าผู้เสพฝืนส่วนใหญ่จะเป็นการเสพติดทั้งร่างกายและจิตใจ โดยการติดยาทางจิตใจมักจะเกิดจากการเรียนรู้ถึงฤทธิ์ของฝืนที่มีผลให้เกิดอาการเคลิบเคลิ้ม หรือสามารถฝืน

ปัญหาของตนเองที่กำลังเผชิญอยู่ ฤทธิ์ของฝิ่นจะมีอำนาจเหนือผู้เสพทำให้ไม่สามารถหยุดเสพยาได้ ส่วนการติดทางร่างกายแสดงถึงว่าฝิ่นได้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายโดยไม่สามารถที่จะหยุดใช้ได้ เพราะจะทำให้เกิดอาการแสดงของการขาดฝิ่นทันที

4. การทนยา คือ หากผู้เสพยาในปริมาณเท่าเดิมฤทธิ์ของยาจะลดน้อยลง เพราะร่างกายมีการปรับตัวในการทนยาเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้เสพยาจึงมีความต้องการเพิ่มขนาดยาในปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้ฤทธิ์ยาเท่าเดิม

7.4 อาการขาดยา (Withdrawal)

โดยทั่วไปอาการขาดยาในผู้เสพยาที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว อาการแสดงของภาวะขาดยาจะหายไปได้เองในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพราะร่างกายจะสร้างสารประเภทฝิ่นในร่างกาย (Endorphins) มาทดแทน ซึ่งลักษณะเช่นนี้เป็นทฤษฎีพื้นฐานของการ “หักดิบ” ลักษณะอาการแสดงของการขาดฝิ่นจะเกิดขึ้นภายใน 8-12 ชั่วโมง ภายหลังจากเสพยาครั้งสุดท้าย และจะมีอาการรุนแรงมากขึ้นใน 24-48 ชั่วโมง และจะหายไปได้เองภายใน 7-10 วัน โดยทั่วไปอาการของการขาดสารประเภทฝิ่นแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ คือ

ระยะแรก จะเกิดอาการความต้องการยาอย่างรุนแรง หายใจแรงและเร็ว เหงื่อออก มีน้ำมูก และน้ำตาไหล หาว ขนลุก กระวนกระวาย คลื่นไส้ และม่านตาขยาย

ระยะหลัง จะมีอาการนอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องเกร็ง ท้องร่วง อ่อนเพลีย ใจสั่น ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อเกร็ง ปวดข้อ ปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ

7.5 อาการทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจสอบด้วยNaloxoneในผู้ป่วยเสพยาฝิ่น (อังกูร ภัทรากร, 2548)

7.5.1 อาการทางคลินิก (Clinical symptoms)

เนื่องจากสารกลุ่มฝิ่นใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวด อูจากระวัง และอาการไอ จึงจำเป็นต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่มฝิ่นมากน้อยเพียงใด เพราะถ้าใช้เป็นระยะเวลานาน ขาดการควบคุมอาจทำให้เกิดภาวะดื้อยาและมีอาการขาดยา (Tolerance and withdrawal) และหากมีการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจแล้วจะทำให้เกิดภาวะอยากยา (Craving) ซึ่งอาการขาดยานำมาซึ่งปัญหาในการเข้าสังคม ปัญหาเรื่องเงินทองและการกระทำผิดกฎหมาย เพื่อต้องการยามาเสพยาให้ได้

7.5.2 การประเมินทางคลินิก

ผู้ป่วยที่เสพติดฝิ่นอาจจะมาด้วยอาการที่แตกต่างกันตั้งแต่ อาการพิษเฉียบพลัน (Acute intoxication) และอาการเสพติด (Chronic intoxication) ซึ่งแต่ละอาการก็จะมีอาการรุนแรงแตกต่างกัน

กัน และมีผู้ป่วยหลายรายที่มีโรคแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่จำเป็นต้องให้การรักษาคอบคู่ไปด้วย

7.5.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจสอบด้วย Naloxone (Naloxone challenge test)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจสอบด้วย Naloxone (Naloxone challenge test) ในผู้ป่วยเสพติดฝิ่นมีดังนี้ (อังกูร ภัทรากร, 2548)

1. การตรวจปัสสาวะ ส่วนใหญ่การตรวจปัสสาวะโดยทั่วไปไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม ภายใน 24 ชั่วโมงจะให้ผลแม่นยำถึงร้อยละ 90 ที่สามารถบอกได้ว่ามีการใช้สารเสพติดประเภทกลุ่มฝิ่น แต่จะไม่สามารถบอกได้ว่าเสพติดหรือไม่

2. การตรวจสอบด้วย Naloxone (Naloxone challenge test) Naloxone เป็นตัวยารับสารกลุ่มฝิ่นแบบ antagonist จึงทำให้เกิดอาการภาวะขาดยา (Withdrawal symptoms) ได้ในผู้ป่วยที่ติดสารกลุ่มฝิ่น ซึ่งประโยชน์ที่นำ Naloxone มาใช้คือ ช่วยแก้ไขผู้ป่วยที่เกิดอาการพิษเฉียบพลันจากการเสพยาสารกลุ่มฝิ่น เช่น ผู้ป่วยในภาวะที่ไม่รู้สึกตัวที่ถูกนำส่งโรงพยาบาล เป็นต้น สำหรับวิธีการในการทดสอบมีดังนี้

2.1 ให้ Naloxone ขนาด 0.2-0.4 มิลลิกรัม เข้าทางเส้นเลือดดำซ้ำๆ (มากกว่า 5 นาที) หรืออาจใช้วิธีการฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง

2.2 สังเกตอาการขาดยาว่าเกิดขึ้นหรือไม่ เช่น ม่านตาขยาย หายใจเร็ว น้ำตาไหล น้ำมูกไหล เหงื่อออก เป็นต้น

2.3 หากภายในเวลา 5-10 นาทีแล้วยังไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงใดๆ ให้ยา Naloxone ขนาด 0.4 มิลลิกรัมฉีดเข้าเส้นเลือดดำอีกครั้ง หรืออาจให้ในขนาด 0.8 มิลลิกรัมฉีดเข้าเส้นเลือดดำหรือเข้ากล้ามเนื้อ หรือเข้าเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง แล้วให้สังเกตอาการอีกครั้ง

2.4 หากผู้ป่วยยังไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงใดๆ แสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้เสพติดสารกลุ่มฝิ่น

2.5 ในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดหลายตัว Naloxone ไม่สามารถแสดงผลการติดสารกลุ่มอื่นได้ สำหรับอาการแสดงทางคลินิกของการผู้ที่ได้รับยาเกินขนาด มีดังนี้ ม่านตาหดเล็ก (Meiosis) หายใจช้าลง 2-7 ครั้งต่อนาที อาการตัวเขียว ชีพจรเบา และหัวใจเต้นช้าลง อาจเกิดภาวะน้ำคั่งในปอด มีกล้ามเนื้อกระตุกหรืออ่อนแรง และอาจมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ

8. แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดฝิ่น

ในปัจจุบัน วิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดจะมีหลายวิธีและหลายรูปแบบด้วยกัน ทั้งนี้วิธีการบำบัดรักษาขึ้นอยู่กับเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การหักดิบ การใช้ยาระงับปวด การฝังเข็ม การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า การใช้ยาทดแทน และการใช้สมุนไพรบำบัด เป็นต้น และอาจให้การรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งส่วนใหญ่นิยมการรักษาด้วยการใช้ยาชนิดต่างๆ ร่วมกับการใช้จิตบำบัดวิธีการต่างๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเป้าหมายการบำบัดรักษาว่าเป็นไปเพื่อให้หยุดเสพเป็น

ครั้งคราว หรือหยุดเสพตลอดไป ในการบำบัดรักษา ซึ่งมีการดำเนินการทั้งในรูปแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แบบผู้ป่วยใน คือ การรับผู้ป่วยเข้าบำบัดรักษาในสถานพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษาตามกำหนดระยะเวลาที่สถานพยาบาลกำหนดไว้ และตามสภาพความรุนแรงของโรคจนกว่าอาการจะขาดหายเป็นปกติ ส่วนแบบผู้ป่วยนอกนั้น คือ การที่ผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาแบบไป-กลับ ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล โดยอาจได้รับการบำบัดรักษาทั้งขั้นตอนการถอนพิษยา (Detoxification) และขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Maintenance)

สำหรับหลักการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดฝิ่นสามารถแบ่งได้ 2 วิธีการใหญ่ๆ ดังนี้ (อังศุภภัทรกร, 2548)

8.1 การรักษาอาการพิษเฉียบพลันในผู้ป่วยเสพติดฝิ่น

ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักพบว่าฤทธิ์ฝิ่นจะกดการหายใจ และหมดสติ ทำให้เสียชีวิตได้ แต่ในรายที่มีอาการต่างๆ ไปมักจะพบว่ามีอาการรูม่านตาแคบ หายใจช้าลง ความดันโลหิตลดลง บางรายอาจมีอาการหุดหืด กระวนกระวาย ตัวสั่นหรือชัก ทั้งนี้เนื่องมาจากการได้รับสารกลุ่มฝิ่นมากเกินไป เช่น เฮโรอีน มอร์ฟีน เมทาโดน เมเพอริดีน โพรพอกซิโพน สำหรับวิธีการรักษาช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการพิษเฉียบพลันนี้ประกอบด้วย

1. ช่วยเหลือดูแลให้ระบบทางเดินหายใจโล่ง

2. การให้ยาที่เป็นทางเลือกแรก คือ Naloxone ขนาด 0.4-0.8 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดดำทันที ซึ่งจะช่วยให้ระบบหายใจและระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจของผู้ป่วยสามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติภายในระยะเวลาไม่กี่นาที หลักการทั่วไปของวิธีการรักษาด้วย Naloxone มีดังนี้

2.1 ในรายที่เสพติดสารกลุ่มฝิ่นหรือได้รับเกินขนาดในปริมาณที่สูง การให้ Naloxone ขนาด 0.2-0.4 มิลลิกรัม ครั้งเดียวไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงควรให้น้ำเกลือเข้าทางเส้นเลือดดำไว้ และอาจให้ยาซ้ำทุก 3-10 นาที เมื่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้น เริ่มรู้สึกตัว ให้สังเกตอาการต่อไป และอาจให้ยาอีกทุก 1 ชั่วโมงจนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

2.2 โดยที่ครึ่งชีวิตของ Naloxone มีอายุสั้นกว่าสารกลุ่มฝิ่น ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดีแล้วก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยได้รับสารกลุ่มฝิ่นที่ออกฤทธิ์ยาว ได้แก่ เมทาโดน เพนทาโซซิน หรือลิโวเมทาดิล จำเป็นต้องมีการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงแรก

สำหรับการให้สารกลุ่มฝิ่นที่ออกฤทธิ์ยาว เช่น เมทาโดน มีโอกาสที่จะเกินขนาดได้เสมอ เพราะฤทธิ์สะสมจะออกฤทธิ์สูงสุดหลังได้รับยาแล้วนานถึง 4 ชั่วโมง จึงอาจเกิดการกดการหายใจในเวลากลางคืนขณะนอนหลับได้ ดังนั้น จึงต้องเตือนให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเพื่อดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และให้รีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลหากมีอาการผิดปกติ

8.2 การบำบัดรักษาอาการเสพติดในผู้เสพติดฝิ่น

แม้ว่าการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดแต่ละประเภทจะมีขั้นตอนที่คล้ายคลึงกันก็ตาม แต่สำหรับผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดกลุ่มฝิ่นนั้นจะมีการเสพติดทางด้านร่างกายอย่างมาก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน สำหรับขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นแบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแม่ฮ่องสอน, 2550)

8.2.1 ขั้นการเตรียมการก่อนรักษา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้เตรียมตัวเตรียมใจให้พร้อมในการรับการบำบัดรักษาตามวิธีการและขั้นตอนที่สถานพยาบาลกำหนด

ระยะเวลา พิจารณาตามความพร้อมของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาแต่ไม่เกิน 7 วัน

หลักการ การดำเนินการในขั้นตอนนี้เป็นการวางพื้นฐานให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาบรรลุความสำเร็จในการเลิกยาเสพติด โดยมุ่งหวังให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีความพร้อมดังนี้

- ก. มีความตั้งใจจริงที่จะรับการรักษา
- ข. ได้เรียนรู้และเข้าใจวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตัวในระหว่างรับการรักษา
- ค. มีความเข้าใจและยอมรับสภาพความจริงของปัญหาที่เป็นอยู่และคิดที่จะแก้ไขอย่างจริงจัง

กิจกรรมการบำบัดรักษาในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย

1) การสัมภาษณ์สอบประวัติ โดยการศึกษาประวัติ ข้อมูลต่างๆตลอดจนภูมิหลังทั้งจากตัวผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและจากครอบครัว ญาติและผู้ใกล้ชิด

2) ตรวจร่างกายและสภาพจิต เป็นการตรวจวินิจฉัยสุขภาพร่างกายและบุคลิกภาพว่ามี ความผิดปกติหรือมีโรคแทรกซ้อนอะไรบ้าง เพื่อให้มีความเข้าใจผู้เข้ารับการบำบัดรักษาโดยละเอียด

2.1) การคัดกรองความเจ็บป่วยทางจิต เพื่อประเมินผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตว่าเหมาะสมที่จะเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสถานบำบัดยาเสพติดหรือแบบผู้ป่วยในของสถานพยาบาลจิตเวชที่มีห้องแยกดูแลผู้ป่วยเป็นพิเศษ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งแก่ตนเองและผู้อื่น การคัดกรองที่สำคัญคือ ภาวะก้าวร้าวที่รุนแรง ทำร้ายผู้อื่น มีภาวะหลงผิด หวาดระแวงอย่างรุนแรงจนอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น และภาวะซึมเศร้า หดหู่ ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

2.2) การประเมินอาการขาดยา โดยใช้แบบประเมินทางคลินิกของการถอนพิษยาที่เรียกว่า Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)

3) ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด เก็บปัสสาวะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยอาศัยข้อมูลตามแบบซักประวัติ ตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมในผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเฉพาะราย เช่น การส่ง CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte หรือการส่งตรวจเสมหะและภาพถ่ายรังสีทรวงอกในรายที่สงสัยมีการติดเชื้อวัณโรคปอด

โดยทั่วไปเมื่อทำการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วก็จะสามารถให้การวินิจฉัยขั้นต้นได้ว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายนี้เป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดหรือไม่ โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย การวินิจฉัยจำแนกโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV ทั้งเกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับ substance abuse (การใช้สารที่มีปัญหา ก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลเสียต่อตนเองขั้นเสพติด) และ substance dependence (การใช้สารที่มีปัญหาที่ทำให้เกิดความเสียหายหรือมีผลเสียต่อตนเองขั้นเสพติด)

4) วิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหา โดยนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมไว้นามาวินิจฉัยและวินิจฉัยปัญหา เพื่อวางแผนการบำบัดรักษา และให้คำแนะนำแก่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและญาติต่อไป

5) ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว เพื่อเป็นการเตรียมครอบครัวให้พร้อมที่จะให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจให้การเข้ารับการบำบัดรักษาจนหายขาด

6) ชักจูง แนะนำให้ตั้งใจรับการบำบัดรักษา โดยการจูงใจให้เข้าใจถึงความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องรับการรักษานครบตามกำหนดเวลา รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษายอมรับปัญหาและมีความคิดในการวางแผนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้บรรลุผลการรักษา

7) อธิบายวิธีการ ขั้นตอนการบำบัดรักษา เป็นการอธิบายให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทราบถึงขั้นตอน วิธีการ ตลอดจนกฎระเบียบและการปฏิบัติตัวในการบำบัดรักษา รวมทั้งอธิบายการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่อาจทำให้ไม่มีความสุขสบายขณะรับการรักษา เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษายอมรับและคลายความวิตกกังวล

8.2.2 ขั้นตอนการบำบัดด้วยยา (การถอนพิษยา) (Detoxification)

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้รับการบำบัดอาการทางกายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด (Physical dependence) หรือที่เรียกว่าอาการถอนยา (Withdrawal symptoms) ทำให้ความต้องการยาเสพติดลดลงและหมดไปในที่สุด

ระยะเวลา: พิจารณาตามอาการและประวัติการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาแต่ละคน แต่ไม่เกิน 45 วัน (การบำบัดรักษาที่ใช้เวลานานเกิน 45 วัน ต้องยื่นขออนุญาตต่อกรมการแพทย์)

หลักการ: การบำบัดรักษาในขั้นนี้เพื่อช่วยระงับความต้องการยา และบำบัดอาการขาดยา ตลอดจนรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ โดยการใช้วิธีการประกอบโรคศิลปะ ดังนี้

1) การทดแทนด้วยยาชนิดอื่นเพื่อระงับอาการอยากยา (Craving) ได้แก่

1.1) การให้ยาทดแทนสารเสพติด คือ การให้ยาทดแทนเพื่อระงับอาการอยากยา ไม่ให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทรมาณเกินไป ยาที่ใช้ทดแทนได้ต้องมีฤทธิ์คล้ายยาเสพติด ยาที่นิยมใช้ในการบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นคือ Opium tincture ซึ่งเป็นยาดำรับที่มีสารสกัดจากฝิ่นร้อยละ 10 โดยให้ยาขนาดสูงในวันแรกๆ และค่อยๆ ลดขนาดลง

1.2) การให้ยาตามอาการ (Symptomatic treatment) เช่น ยกโล่มประสาท ทั้งชนิดออกฤทธิ์แรงและออกฤทธิ์อ่อน เพื่อช่วยระงับอาการกระวนกระวายทางจิต เนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่หยุดใช้สารเสพติดมักพบว่ามีอาการเครียด หงุดหงิด หรือ ซึมเศร้า

1.3) การรักษาโรคแทรกซ้อน กรณีพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีโรคแทรกซ้อนจากการใช้ยาเสพติด หรือ โรคเรื้อรังเดิมอันเป็นเหตุให้ต้องใช้ยาเสพติด ผู้ให้การรักษาต้องทำการรักษาควบคู่ไปด้วย โดยเฉพาะผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่ติดฝิ่นมักมีโรคเรื้อรังประจำตัว

2) เทคนิคการให้ยาทดแทนสารเสพติด มีดังนี้

2.1) ควรซักประวัติให้แน่ใจว่าเป็นผู้ติดสารเสพติด หรือมีผลการตรวจปัสสาวะยืนยันในรายที่ไม่แน่ใจให้ยาจากขนาดต่างๆ ก่อน หรืออาจรอให้ผู้ป่วยเกิดอาการขาดยาก่อนก็ได้

2.2) ขนาดยาที่เริ่มต้นให้ไม่ควรเกินขนาดยาสูงสุดต่อวัน แต่ถ้ามีประวัติว่าติดยาในปริมาณน้อยก็อาจเริ่มในปริมาณที่ต่ำลง ไปอีกได้

2.3) การปรับขนาดยาต้องยึดหลักการให้ยาทดแทนเพียงพอแก่การระงับอาการขาดยาเท่านั้น ถ้าหากพบว่ามีอาการกดประสาทมากเกินไปต้องลดขนาดลง ในทางตรงกันข้ามถ้ามีอาการขาดยากก็จำเป็นต้องเพิ่มขนาดยา แต่ไม่ควรสูงเกินขนาดยาสูงสุด หรือสังเกตอาการจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยประกอบกัน อย่างไรก็ตามไม่ควรเชื่อเฉพาะคำบอกเล่าแต่เพียงอย่างเดียว เพราะโดยธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติดมักมีความต้องการยาในขนาดที่สูงไว้ก่อน

2.4) เมื่อพ้นระยะที่มีอาการอยากยาแล้วควรต้องมีการลดขนาดยาเป็นขั้นๆ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามดุลยพินิจของผู้ให้การรักษา

2.5) ควรมีมาตรการป้องกัน กรณีที่ผู้ป่วยใช้สารเสพติดร่วมกับการได้รับยาทดแทนสารเสพติด ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยจากพิษยาเกินขนาด อาจใช้วิธีการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดเป็นระยะตลอดการบำบัดรักษา

2.6) ต้องมีวิธีการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยนำยาทดแทนสารเสพติดของตนเองไปให้ผู้อื่นรับประทาน และต้องมีวิธีการเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยรับประทานยาทดแทนสารเสพติดจริง เช่น ให้ดื่มน้ำตามแล้วชั่งน้ำหนักตัวเอง เป็นต้น

ก. การบำบัดรักษาผู้เสพยาติกลุ่มฝิ่น (Opioids) ด้วยทิงเจอร์ฝิ่น (Tincture of opium)

ในการถอนพิษยาผู้เสพยาติฝิ่นโดยการสูบที่ยังพบจำนวนมากในกลุ่มชาวเขาทางภาคเหนือของประเทศไทย ส่วนใหญ่พบว่ายาที่ให้ทดแทนเพื่อการถอนพิษยา คือ ทิงเจอร์ฝิ่น (Tincture of opium) เนื่องจากผู้เสพยาติฝิ่นโดยการสูบมักเป็นกลุ่มเสพยาติที่มีจำนวนไม่มากและอาศัยประจำอยู่ในพื้นที่ ซึ่งตามธรรมเนียมนิยมปฏิบัติของชาวเขาแล้วจะมีการเสพยาติเป็นครั้งคราว หรือเป็นไปเพราะใช้เป็นยาเพื่อเอาฤทธิ์ฝิ่นมาใช้ในการระงับอาการปวดทางร่างกาย ซึ่งในผู้ป่วยรายที่เสพยาติโดยการสูบร่างกายก็จะได้รับปริมาณมอร์ฟีนน้อยเช่นเดียวกัน หากให้การรักษาด้วยการให้ Methadone ในการถอนพิษยาในผู้เสพยาติฝิ่นโดยการสูบนี้มักพบว่ามียาอันตรายจากการได้รับยาเกินขนาดได้ง่าย บางรายอาจถึงแก่ชีวิต ดังนั้นจึงถือว่ายาที่ได้รับคำแนะนำให้ใช้ (Drug of choice) ในการรักษาผู้ป่วยเสพยาติฝิ่นโดยการสูบ คือ ทิงเจอร์ฝิ่น (Tincture of opium)

1) วิธีการให้ยาทิงเจอร์ฝิ่นในผู้เสพยาติกลุ่มฝิ่น

การให้ทิงเจอร์ฝิ่นเพื่อการถอนพิษยาในผู้เสพยาติฝิ่นโดยการสูบมีหลักการคล้ายให้ยา Methadone แต่เนื่องจากทิงเจอร์ฝิ่นออกฤทธิ์สั้นเช่นเดียวกับมอร์ฟีนจึงจำเป็นต้องให้ทุก 6 ชั่วโมง ไม่สามารถให้วันละ 1-2 ครั้งเช่นเดียวกับ Methadone ในกรณีไม่สามารถให้ผู้ป่วยนำยา Methadone กลับไปรับประทานเองที่บ้าน การให้ทิงเจอร์ฝิ่นกลับไปรับประทานต่อที่บ้านในบางรายก็ช่วยอาการขาดยาในผู้เสพยาติอื่นขนาดต่ำๆได้

ตารางที่ 3 ความแตกต่างระหว่างการให้ Tincture of opium และ Methadone ในการถอนพิษยาผู้เสพยาฝิ่น

ลักษณะสำคัญ	Tincture of opium	Methadone
Half-life	2-3 ชั่วโมง	15-35 ชั่วโมง
Duration	3-4 ชั่วโมง	12-24 ชั่วโมง
Overdose	ค่าครึ่งชีวิตสั้นเพียง 2-3 ชั่วโมง ระยะเวลาที่อยู่ในกระแสเลือด 3-4 ชั่วโมง จึงยากในการเกิดภาวะ Opioid overdose	ค่าครึ่งชีวิตยาว 15-35 ชั่วโมง ระยะเวลาที่อยู่ในกระแสเลือด 12-24 ชั่วโมง จึงมีโอกาสเกิดภาวะ Opioid overdose ได้ง่ายกว่า
Withdrawal	ในผู้ป่วยที่มีประวัติใช้ยาปริมาณมากและใช้หลายชนิดอาจระงับอาการ Withdrawal ได้น้อยกว่า	ในผู้ป่วยที่มีประวัติใช้ยาปริมาณมากและใช้หลายชนิดสามารถช่วยระงับอาการ Withdrawal ได้ดีกว่า
Addiction	มีโอกาสเกิดการติดยา Tincture of opium แทนฝิ่นได้น้อยเนื่องจาก Tincture of opium สะสมอยู่ในร่างกายได้ไม่นาน	มีโอกาสเกิดการติดยา Methadone แทนฝิ่นได้เนื่องจาก Methadone สะสมอยู่ในร่างกายได้นาน

ทิงเจอร์ฝิ่นมีส่วนประกอบของฝิ่นร้อยละ 10 ซึ่งสูตรเดิม ประกอบด้วย Tincture of opium ร้อยละ 10 โดยปริมาตร Chloral hydrate และ Potassium bromide ร้อยละ 3.3 โดยน้ำหนัก ทิงเจอร์ฝิ่นมีความคล้ายคลึงกับฝิ่นมาก เพราะมีสารออกฤทธิ์ที่สำคัญเป็นมอร์ฟินเช่นเดียวกับฝิ่น มีค่าครึ่งชีวิตสั้นเพียง 2-3 ชั่วโมง ระยะเวลาที่อยู่ในกระแสเลือด 3-4 ชั่วโมง จึงยากที่จะเกิดภาวะ Opioid overdose แต่ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดฝิ่นโดยใช้ Methadone จะมีโอกาสเกิดการติดยา Methadone แทนฝิ่นได้ เนื่องจาก Methadone มีค่าครึ่งชีวิตยาว จึงมีโอกาสที่จะสะสมในร่างกายได้นอกจากนี้การใช้ Methadone ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดฝิ่นมีโอกาสเกิดภาวะ Opioid overdose ได้ง่ายกว่าการใช้ Tincture of opium (ตารางที่ 3) อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยาในปริมาณมากๆ และใช้หลายชนิด Tincture of opium อาจระงับอาการขาดยาได้น้อยกว่า Methadone

ข. การบำบัดรักษาผู้เสพยาฝิ่น (Opioids) ด้วยยาเมทาโดน (Methadone detoxification) (อังกูร ภัทรการ, 2548)

โดยทั่วไปแล้วเมื่อหยุดเสพยาผู้ติดยาจะมีอาการขาดยาเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความทรมานทางร่างกายและจิตใจอยู่ช่วงระยะเวลาหนึ่ง ในกรณีเป็นผู้ป่วยเสพยาฝิ่นหรืออื่นจะเกิดอาการขาดยาประมาณ 2-6 ชั่วโมงหลังเสพยาครั้งสุดท้าย อาการขาดยาจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นจนถึง

ขีดสูงสุดในวันที่ 3-4 หลังการหยุดเสพ หลังจากนั้นแล้วอาการขาดยาจะค่อยๆทุเลาและลดน้อยลงตามลำดับ จนหมดไปเองตามธรรมชาติ ระยะเวลาตั้งแต่หยุดเสพแล้วเกิดอาการขาดยาขึ้นจนถึงหมดอาการขาดยาโดยรวมเรียกว่า “ระยะถอนพิษยา” ซึ่งก็คือ ระยะเวลาของการแสดงออกซึ่งก็คือการเสพติดทางร่างกายนั่นเอง ยาเสพติดที่มีคุณสมบัติเสพติดทางร่างกายสูง เมื่อหยุดเสพแล้วก็จะเกิดอาการขาดยาที่รุนแรง เช่น เฮโรอีน ส่วนยาเสพติดที่มีคุณสมบัติเสพติดทางร่างกายต่ำหรือน้อย เมื่อหยุดเสพก็จะเกิดอาการขาดยาที่ไม่รุนแรงหรืออ่อน เช่น กัญชา เป็นต้น ดังนั้น ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการถอนพิษยา ทางกรมแพทย์จึงให้ยาช่วยระงับหรือบรรเทาอาการขาดยาที่ทรมาณร่างกายให้ลดน้อยลง และเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและช่วยไม่ให้ผู้ป่วยต้องทรมาณมากจนเกินไป สำหรับอาการขาดยาที่มีมากในระยะเริ่มต้นของการให้ยาช่วยระงับอาการขาดยาก็ควรให้ในขนาดที่มากในระยะต้นเท่านั้น เมื่ออาการขาดยาลดน้อยลงการให้ยาช่วยระงับอาการก็ควรต้องลดขนาดลงตามไปด้วย และเมื่อถึงระยะที่อาการขาดยาหายไปก็ต้องงดให้ยาไปด้วย

สำหรับการถอนพิษยาในผู้ติดยาเสพติดประเภทตระกูลฝิ่น พบว่า ผู้ป่วยมีอาการขาดยารุนแรงที่สุดเมื่อเทียบกับยาเสพติดชนิดอื่นๆที่เสพติดในขนาดหรือระดับเดียวกัน ดังนั้น ในทางการแพทย์แผนปัจจุบันการรักษาโดยการถอนพิษยาในผู้ติดยาตระกูลฝิ่นมักจำเป็นต้องให้ยาช่วยระงับอาการขาดยา เพื่อไม่ให้เป็นการทรมาณผู้ป่วยมากเกินไป ในบรรดาช่วยระงับอาการขาดยานี้ยาที่มีฤทธิ์คล้ายฝิ่นได้รับความนิยมสูงสุด เนื่องจากสามารถระงับอาการขาดยาได้อย่างมีประสิทธิภาพคือ ยาเมทาโดน (Methadone) อย่างไรก็ตามโดยที่ Methadone เป็นยาสังเคราะห์ที่ออกฤทธิ์คล้ายทดแทนยาเสพติดตระกูลฝิ่น การใช้ยาจึงจำเป็นต้องมีความรอบรู้ และต้องระมัดระวังอย่างยิ่ง ส่วนใหญ่การใช้ Methadone ในผู้ป่วยยาเสพติดมักจะมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. เพื่อการถอนพิษยาให้กับผู้ป่วยติดยาเสพติดจำพวกตระกูลฝิ่นที่มีฤทธิ์รุนแรง เช่น เฮโรอีน มอร์ฟิน เพททีดิน ฝิ่นฉีด
2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการถอนพิษยา
3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาสามารถผ่านพ้นระยะถอนพิษยาไปได้อย่างสงบ ไม่ทรมาณร่างกายมากเกินไป (ช่วยระงับอาการขาดยา)
4. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาสามารถเลิกหรือหยุดเสพยาเสพติดที่เคยเสพเป็นประจำได้ทั้งในช่วงระยะถอนพิษยา และระยะเลิกเสพติดต่อเนื่องต่อไป

1) วิธีการให้ Methadone

การใช้ยา Methadone เพื่อการถอนพิษยาผู้ป่วยติดยาเสพติดเป็นการใช้ในแบบ “ทดแทน” (Substitution) คือ ให้ยา Methadone เข้าไปสู่ร่างกายเพื่อทดแทนยาเสพติดที่เคยได้รับแต่ขาดไป เนื่องจากต้องหยุดเสพโดยทันที การหยุดเสพยาโดยทันทีจะก่อให้เกิด “อาการขาดยา” หรือ “อาการ

ถอนยา” (Withdrawal symptoms) ดังนั้น การให้ยาในตระกูลเดียวกันหรือที่มีฤทธิ์คล้ายกันก็จะช่วยเข้าไปทดแทนยาเสพติดที่ขาดทำให้อาการขาดยาหายไปหรือทุเลาลงได้ การให้ยา Methadone จึงต้องจัดขนาดของยาให้พอดีกับสภาพการติดยาเสพติดที่เคยติด การให้ยาในขนาดที่มากเกินไปจนเกินความจำเป็น แม้ว่าจะทำให้อาการขาดยาหมดไปได้ แต่ส่วนที่เกินจะก่อให้เกิดโทษ อันเนื่องจากฤทธิ์ของยาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกดประสาทส่วนกลางทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึม หลับ หายใจช้าลง จนถึงหยุดหายใจและตายได้โดยไม่รู้ตัวขณะนอนหลับ แต่การใช้ยา Methadone ในปริมาณที่น้อยเกินไปก็จะทำให้ผู้ป่วยยังคงมีอาการขาดยาและยังต้องทนทรมานร่างกายอยู่

2) ระยะเวลาในการบำบัดรักษาด้วยยา Methadone

การใช้ยา Methadone ในการถอนพิษยาผู้ป่วยติดยาเสพติดนั้นควรต้องให้อยู่ตามระยะเวลาของ “อาการขาดยา” คือ ตั้งแต่เริ่มเกิดอาการหายไปเองตามธรรมชาติ โดยทั่วไปอาการขาดยาของการติดเฮโรอีนจะเริ่มเกิดขึ้นประมาณ 2-6 ชั่วโมงหลังการเสพยาครั้งสุดท้ายและทวีความรุนแรงขึ้นจนมากที่สุดประมาณวันที่ 3-4 หลังหยุดเสพยา ต่อจากนั้นจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลงจนหมดไปได้เองตามธรรมชาติคือประมาณวันที่ 14-15 หลังหยุดเสพยา แต่อาจมีอาการทางร่างกายหลงเหลืออยู่บ้าง ได้แก่ ปวดเมื่อย นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร ต่อไปอีกจนถึงประมาณ 30-45 วัน หลังหยุดเสพยา สำหรับการติดมอร์ฟีนและฝิ่นก็จะเริ่มมีอาการขาดยาขึ้นประมาณ 6-8 ชั่วโมงหลังการเสพยาครั้งสุดท้าย อาการขาดยาจะรุนแรงสูงสุดประมาณวันที่ 7-10 หลังหยุดเสพยา และจะหมดไปได้เองประมาณ 30 วันหลังการหยุดเสพยา และอาการที่หลงเหลืออยู่บางอย่างก็อาจมีต่อไปอีกจนถึงประมาณ 45 วันของการรักษา

3) ลักษณะของยา Methadone ที่ใช้ในการรักษา

ปัจจุบันยา Methadone ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยเสพยาฝิ่นในประเทศไทยนั้นมีลักษณะอยู่ในรูปแบบเป็น “ยาน้ำ” ใช้ในการรับประทาน เช่น อาจเป็นแบบ elixir หรือ syrup หรือบางแห่งอาจใช้ ในลักษณะของ “น้ำส้ม” (Orange juice) ซึ่งการที่ยาอยู่ในลักษณะเป็นยาน้ำทำให้มีประโยชน์ในทางปฏิบัติได้หลายประการคือ (อังกูร ภัทรการ, 2548)

3.1) ผู้ป่วยรับประทานยาน้ำได้ง่ายกว่าและไม่ค่อยก่อให้เกิดอาการข้างเคียงอันไม่พึงปรารถนา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ในขณะที่รับประทานยาในระหว่างการรักษาระยะถอนพิษยา ทั้งนี้เนื่องจากในยาน้ำ elixir มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์อยู่ประมาณร้อยละ 8-10 ซึ่งจะช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนลงได้มากหรืออาจระงับไปได้หมดเลย นอกจากนั้นแล้วแอลกอฮอล์ยังเป็นสารช่วยกันบูด ทำให้สามารถเก็บรักษาเอาไว้ใช้งานได้ยาวนานกว่าการใช้ยาน้ำในลักษณะของน้ำเชื่อม (Syrup) ซึ่งมีรสหวานจากการมีส่วนผสมของน้ำตาลมาก ซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนระหว่างรับประทานได้มากกว่า ส่วนยาน้ำที่ผสมในลักษณะของน้ำส้ม (Orange juice) นั้นมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อต้องการให้ยาน้ำใช้งานได้เพียงระยะสั้นๆ เพียง 1-2 วันเท่านั้น เพราะหาก

เก็บไว้นานเกินกำหนดจะทำให้ยาเน่าบูดเสียและไม่สามารถนำมารับประทานได้ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเก็บสะสมยา Methadone ไว้รับประทานในภายหลังหรือรับประทานครั้งละหลายๆได้

3.2) การปรุงยา Methadone ในลักษณะเป็น “ยาน้ำ” สามารถปรับขนาดความเข้มข้นของเนื่อยาได้สะดวกและง่ายดายกว่ายาในลักษณะแบบอื่นๆ ช่วยให้สะดวกแก่การจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้มากกว่า

3.3) ยา Methadone ในลักษณะเป็นยาน้ำเมื่อจ่ายให้กับผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยจะแยกเก็บสะสมไว้ได้ยากกว่า เป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเก็บสะสมยา Methadone ไว้ใช้ในทางที่ผิด

3.4) การปรุงยา Methadone ในลักษณะของยาน้ำทำได้ง่ายกว่าในลักษณะแบบอื่นๆ รวมทั้งแต่ละสถานพยาบาลสามารถปรับลักษณะสีของยาน้ำให้เป็นเอกลักษณ์ของตนเองได้ โดยไม่ให้ซ้ำซ้อนกับสถานพยาบาลอื่นๆ เพื่อเป็นการป้องกันการลักลอบจ่ายถ่ายเทยา Methadone ออกนอกระบบการควบคุมได้เป็นอย่างดี เช่น กำหนดลักษณะด้านความเข้มข้นของ Methadone สี กลิ่น และรสชาติของยา รวมทั้งภาชนะและสลากที่ติดประจำภาชนะด้วย เป็นต้น

4) ขนาดของยา Methadone ที่ใช้ในการรักษา

การให้ยา Methadone แก่ผู้ป่วยติดยาเสพติด เพื่อการถอนพิษนั้นต้องจัดขนาดให้สมดุลกับความรุนแรงของ “อาการขาดยา” ที่เกิดขึ้นและ “ระยะเวลาของการเกิดอาการขาดยา” ซึ่งในทางปฏิบัติการจัดขนาดของยา Methadone อาจแบ่งเป็นระยะๆ ดังนี้

4.1) **ระยะเริ่มต้นยา** ควรเริ่มยาในขนาดปริมาณที่น้อยที่สุดเท่าที่สามารถจะระงับหรือบรรเทาอาการขาดยาทางร่างกายได้เท่านั้น เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด สำหรับขนาดเริ่มต้นในขนาดไม่เกิน “ขนาดที่ทำให้ตายได้” (Lethal dose) ซึ่งเท่ากับ 50 มิลลิกรัมสำหรับบุคคลที่มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 50 กิโลกรัม ดังนั้น ในทางปฏิบัติจึงเริ่มต้นด้วยขนาดไม่เกิน 40 มิลลิกรัมต่อวัน แต่หากประวัติของผู้ป่วยติดยาเสพติดในปริมาณน้อยก็ควรเริ่มต้นในปริมาณที่น้อยกว่านี้ลงไปตามส่วนอีก เช่น อาจเริ่มต้นในขนาดเพียง 10-20 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นต้น ระยะเริ่มต้นยานี้โดยปกติจะกินเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมงแรก

4.2) **ระยะปรับขนาดยา** ภายหลัง 24 ชั่วโมงแรกไปแล้วต้องตรวจอาการขาดยาของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างใกล้ชิดกว่ายา Methadone ที่ให้นั้นสามารถระงับอาการขาดยาได้มากน้อยเพียงใด หากพบว่าอาการขาดยาทางร่างกายยังคงมีมากก็อาจเพิ่มขนาดยาขึ้นได้อีก แต่อย่างสูงไม่เกิน 40-50 มิลลิกรัมต่อวัน ไม่ว่าจะติดยาเสพติดในปริมาณมากเพียงใดก็ตาม เท่าที่ผ่านมามพบว่าผู้ป่วยต้องการยา Methadone สูงสุดไม่เกินวันละ 60 มิลลิกรัม การให้ยาขนาดสูงกว่านี้อาจก่อให้เกิดภาวะการรับยาเกินขนาด ซึ่งมักจะพบได้ในวันที่ 3-5 ของการให้ยา เนื่องจากมีการสะสมของยา Methadone ในร่างกายผู้ป่วย ในทางตรงกันข้ามหากพบว่าผู้ป่วยมีสภาพอาการทางประสาทถูกกดมากเกินไปก็

ต้องลดขนาดของยาตามส่วน ระยะปรับขนาดของยานี้ควรใช้เวลาไม่เกิน 1-2 วัน คือ ควรเป็นวันที่ 2-3 ของการรักษา สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดชนิดเฮโรอีน ส่วนผู้ป่วยยาเสพติดชนิดมอร์ฟีนหรือฝิ่นชนิดต้องการระยะเวลาที่นานกว่า

4.3) ระยะคงขนาดยา เมื่อปรับขนาดของยาได้พอเหมาะแล้วก็ต้องให้ยาในขนาดที่คงที่ต่อไปอีกชั่วระยะหนึ่ง จนพ้นกำหนดที่อาการขาดยาขึ้นสูงสุด สำหรับเฮโรอีนจะประมาณวันที่ 3-4 ของการรักษา สำหรับมอร์ฟีนหรือฝิ่นชนิดจะประมาณ 7-10 ของการรักษา

4.4) ระยะลดขนาดยา เมื่อพ้นระยะที่ “อาการขาดยา” เกิดสูงสุดหรือรุนแรงที่สุดแล้วก็ต้องเริ่มลดขนาดเป็นขั้นๆและทุกช่วงเวลา ซึ่งผู้ให้การรักษาสามารถกำหนดเองได้ตามความเหมาะสม โดยให้สมดุลกับขนาดยาที่ให้ไว้แล้ว ตามอาการขาดยาและสภาพร่างกายของผู้ป่วย และตามกำหนดเวลาของการถอนพิษยาของสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ เช่น การลดขึ้นของยาอาจลดลงทีละครึ่งของขนาดยาที่เคยใช้หรือลดลงทีละ 10 มิลลิกรัมหรือ 5 มิลลิกรัมก็ได้ การกำหนดช่วงเวลาที่จะลดยาก็อาจกำหนดไว้ทุกๆ 2-4 วันก็ได้ทั้งนี้แล้วแต่ดุลยพินิจของผู้ให้การรักษา แต่ทั้งนี้ตามหลักการถอนพิษยาเมื่อลดขนาดของยาตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้แล้วจะต้องไม่มีการเพิ่มขนาดยาให้กลับสูงขึ้นไปอีกไม่ว่าในกรณีใดๆทั้งสิ้น

4.5) ระยะงดยา เมื่อลดขนาดยาเป็นขั้นๆดังกล่าวข้างต้นแล้วจะต้องงดยา Methadone เมื่อครบกำหนดเวลาของการถอนพิษยาตามที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งกำหนด ทั้งนี้ไว้ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ก็ตามจะต้องไม่มีการเพิ่มเติมให้ยา Methadone เป็นครั้งเป็นคราวต่อจากการถอนพิษยาอีก ถ้าหากยังคงมีอาการขาดยาหลงเหลืออยู่ก็ให้การรักษาตามอาการด้วยยาอื่นที่เหมาะสมต่อไป

การให้ยา Methadone ในระยะต่างๆดังกล่าวข้างต้นนี้ ในทางปฏิบัติอาจจะให้วันละครั้งเดียวหรือแบ่งให้วันละ 2, 3 หรือ 4 ครั้งก็ได้แล้วแต่ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยนอกอาจสะดวกที่จะจ่ายยา Methadone วันละ 1 ครั้ง แต่ผู้ป่วยในอาจแบ่งให้เป็นวันละ 2-4 ครั้งก็ได้ การแบ่งให้หลายครั้งต่อวัน ขนาดของยาแต่ละครั้งจะลดน้อยลง เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยได้มากขึ้น การให้ยาเพียงวันละครั้งเดียวสำหรับผู้ป่วยนอกควรให้เป็นเวลาช่วงเย็น เนื่องจากในระยะเริ่มต้นถึงระยะคงขนาดยาควรใช้เวลาเช้า เพราะยาจะออกฤทธิ์สูงสุดจะอยู่ช่วงบ่ายและเย็น หากได้รับยาเกินขนาดจะได้พบเห็นและนำตัวส่งโรงพยาบาลได้ทันเวลา ส่วนในระยะลดขนาดยาเมื่อยาเริ่มออกฤทธิ์จนถึงระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุดจะอยู่ในช่วงกลางคืน ผู้ป่วยจะสงบ และเป็นเวลาพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วย เมื่อยาเริ่มอ่อนฤทธิ์และผู้ป่วยเริ่มฟื้นตัวจากฤทธิ์ของยาก็จะเป็นเวลาเช้าของอีกวันหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ใกล้เคียงกับสภาพร่างกายของคนปกติ และพอถึงเวลาเย็นเมื่อยาเริ่มจะหมดฤทธิ์ก็จะถึงเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับยาครั้งต่อไปพอดีเป็นการช่วยให้สภาพร่างกายสามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับ

การเป็นผู้ป่วยนอกได้อย่างดีที่สุด แต่ทั้งนี้ผู้ให้การรักษาอาจมีเหตุผลอื่นในการจัดเวลาให้ยา Methadone ที่แตกต่างกันก็ได้

5) ข้อควรปฏิบัติในการรักษาด้วยยา Methadone

ในทางปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยด้วยยาเมทาโดนนั้นมีสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงเพื่อให้เกิดผลดี และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดบริการการรักษา ดังนี้

5.1) การเริ่มให้ยา Methadone ครั้งแรก : ควรเริ่มให้ยา Methadone ครั้งแรกเมื่อผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการขาดยา โดยก่อนจะให้ยาแก่ผู้ป่วยนอกจากต้องแนะนำให้ผู้ป่วยงดหรือหยุดเสพยาเสพติด โดยเด็ดขาดตลอดไปแล้ว ควรต้องรอให้ผู้ป่วยเกิดอาการขาดยาเสียก่อนจึงค่อยเริ่มให้ยาครั้งแรก เพื่อเป็นการพิสูจน์ทางคลินิกว่าผู้ป่วยติดยาเสพติดจริง มิฉะนั้นอาจเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาเพื่อต้องการเมทาโดนนั้น อย่างไรก็ตามการรอให้ผู้ป่วยเกิดอาการขาดยาก่อนนี้อาจเป็นปัญหาอยู่บ้าง ในทางปฏิบัติ เช่น กรณีการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งก็ควรต้องรอคอยให้ผู้ป่วยเกิดอาการขาดยาก่อน แต่ในระหว่างช่วงเวลาที่รอคอยให้ผู้ป่วยเกิดอาการขาดยานั้นผู้ให้รักษาก็ควรใช้เวลาที่รอคอยให้เกิดประโยชน์ที่คุ้มค่ากับผู้ป่วย เช่น จัดให้มีการเตรียมตัวก่อนการรักษา การปฐมพยาบาล การให้คำปรึกษาปัญหาครอบครัว เป็นต้น

5.2) การปรับขนาดยา Methadone : โดยที่การให้ยา Methadone เป็นไปเพื่อช่วยบรรเทาหรือระงับอาการขาดยาทางร่างกายเป็นส่วนใหญ่เท่านั้น แต่ส่วนใหญ่ก็จะสามารถช่วยทางจิตใจของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ด้วย ประการสำคัญคือในระยะปรับขนาดยาผู้ให้การรักษาจะประเมินอาการขาดยาที่เกิดขึ้นด้วย ดังนั้นหากผู้ป่วยมีอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงอาการขาดยาที่ผู้ให้การรักษาสามารถตรวจสอบหรือประเมินได้ ทำให้การปรับขนาดยาจะไม่เกิดปัญหาตามมา แต่หากผู้ให้การรักษาประเมินอาการขาดยาตามคำบอกเล่าของผู้ป่วยมาเป็นเกณฑ์ในการเพิ่มขนาดยา ก็อาจเกิดการให้ยาเกินขนาดได้ เพราะโดยทั่วไปผู้ป่วยเมื่อหยุดยาเสพติดก็จะเกิดความต้องการยา Methadone จำนวนมาก ๆ ไว้ก่อน ดังนั้น ผู้ให้การรักษาควรตระหนักไว้เสมอว่ายา Methadone เป็นยาช่วยระงับอาการขาดยาทางด้านร่างกายหรือทางคลินิกเท่านั้น

5.3) ควรมีมาตรการป้องกันการเสพติกร่วมและการรับยา Methadone ซ้ำซ้อน: ผู้ให้การรักษาควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการได้รับยาเกินขนาด (Over dose) และเพื่อประสิทธิภาพของการรักษาในระยะถอนพิษยา ดังนั้น ควรมีวิธีการตรวจสอบว่าผู้ป่วยยังคงใช้ยาเสพติดในระหว่างการรักษาหรือไม่ เช่น การตรวจปัสสาวะหาเสพติกร่วมเป็นระยะๆระหว่างการรักษา เป็นต้น

5.4) การหามาตรการในการป้องกันอันตรายจากการได้ยาเกินขนาด : ควรมีมาตรการเชิงบังคับหรือเป็นหลักฐานยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับยา Methadone ในขนาดเท่าที่ผู้ให้รักษาจ่ายให้จริง เช่น การให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าผู้ให้การรักษาเพื่อป้องกันผู้ป่วยแอบซุกซ่อนนำไปใช้เอง

ในภายหลัง แต่ในกรณีที่ผู้ให้การรักษาไม่สามารถเฝ้าระวังหรือดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลาทั้งวัน เช่น กรณีการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ก็ควรให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ช่วยเหลือและเฝ้าดูแลอาการของผู้ป่วยแทนด้วย โดยให้คำแนะนำสิ่งที่จำเป็นต้องสังเกตหรือข้อที่ควรระวัง ซึ่งนอกจากจะช่วยป้องกันอันตรายอันจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อได้รับยาเกินขนาด โดยสามารถนำส่งโรงพยาบาลเพื่อช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่แล้ว ยังเป็นการช่วยดูแลและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยแอบเสพยาเสพติดควบคู่ไปกับการกินยา Methadone ร่วมด้วย

5.5) จัดให้เตรียมยาต้านฤทธิ์ของยา Methadone ไว้: สถานพยาบาลทุกแห่งที่ให้บริการรักษาถอนพิษยาแก้ผู้ป่วยยาเสพติดจะมีเฉพะยา Methadone อย่างเดียวไม่ได้ จำเป็นต้องมีการจัดเตรียมยาต้านฤทธิ์ของยา Methadone ไว้ด้วยเสมอ เช่น ยานาลอร์ฟิน หรือยานาล็อกโซน เป็นต้น เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือและป้องกันอันตรายให้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาเกินขนาดได้ทันทั่วทั้ง

ก. การรักษาด้วยการให้ยา Methadone ระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy: MMT)

สำหรับหลักเกณฑ์ในการพิจารณาการให้ยา Methadone ระยะยาวนั้นนิยามให้ในผู้ป่วยยาเสพติดประเภทฝิ่น ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ใช้ฝิ่นขนาดสูงและเสพติคมาเป็นเวลายาวนานหลายปี มีความคื้อต่อยาเสพติดสูง ซึ่งการใช้วิธีถอนพิษยาหลายครั้งแล้วก็ไม่สามารถประสบความสำเร็จ ดังนั้นการให้ยา Methadone ระยะยาวในขนาดที่สูงเพื่อทดแทนฤทธิ์ของฝิ่นที่ผู้ป่วยเคยเสพประจำวัน (ผู้ป่วยแต่ละรายจะรับขนาดไม่เท่ากัน) หลักสำคัญคือขนาดยาต้องเพียงพอและพอเหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ขนาดยาขึ้นอยู่กับความคื้อต่อยาเสพติดของผู้ป่วยแต่ละราย หากได้รับยาแล้วต้องไม่เกิดอาการขาดยาเสพติค ผู้ป่วยสามารถประกอบกรงานได้ตลอดวัน และขณะเดียวกันก็ไม่จ่ายยามากเกินไปจนทำให้เกิดอาการมึนเมาหรือหลับมากเกินไป เมื่อปรับขนาดยาได้พอเหมาะแล้วจะต้องคงขนาดยาไว้ในระดับนั้น โดยการจ่ายยาวันละ 1 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่สูงแล้ว หากผู้ป่วยกลับไปเสพฝิ่นอีกก็จะเกิดอาการเคลิ้มเมาได้อีก ดังนั้นผู้ป่วยก็จะกินยา Methadone ทุกวัน ซึ่งในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา Methadone ระยะยาวนี้ผู้ให้การรักษาก็จะทำการรักษาการติดยาร่วมด้วย โดยอาจให้ผู้ป่วยได้รับ โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดจนกว่าผู้ป่วยจะเริ่มมีทัศนคติที่ดีและมีพฤติกรรมที่ดีจนอยากเลิกยาเสพติค และต้องการลดขนาดยา Methadone ลง ทั้งนี้ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยลดขนาดผู้ให้การรักษาต้องให้คำปรึกษา แนะนำและเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถลดและหยุดยา Methadone ได้

1) วิธีการปรับขนาดยา Methadone ทดแทนในการรักษา ระยะยาว

การประเมินว่าผู้ป่วยรายใดควรให้การรักษาโดยยา Methadone ระยะยาวนั้น ผู้ให้การรักษาต้องมีการซักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรเสพฝิ่นอย่างละเอียด ปริมาณฝิ่นที่ใช้ต่อวัน เสพโดยการฉีดเข้าเส้นเลือดดำหรือการสูบ และระยะเวลาที่เสพครนานพอสมควรอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า

2 ปี หรือผู้ป่วยเคยเข้ารับการถอนพิษยาแล้วหลายครั้งแล้ว ก็ไม่สามารถเลิกได้จึงจะต้องใช้วิธี Methadone maintenance ซึ่งวิธีการปรับขนาดยา มี ดังนี้

1.1) ให้กินยา Methadone ในวันแรก ควรให้ปริมาณยาน้อยก่อน เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเสพยาก่อนมาโรงพยาบาล และขึ้นอยู่กับอาการทางคลินิกที่บ่งชี้ถึงความรุนแรงของการติดยาเสพติด ดังนั้น ผู้ให้การรักษาต้องระมัดระวังการจ่ายยาในวันแรก เพราะการจ่ายยามากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาดเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และอาจเริ่มขนาดยาได้ถึง 20-30 มิลลิกรัม ก่อนในช่วง 2-3 วันแรก

1.2) ในวันต่อมาผู้ให้การรักษาซักถามผู้ป่วยให้ได้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ได้กินยา Methadone ไปจนถึงขณะที่มาพบ รวมทั้งสังเกตอาการและพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยด้วย ก่อนการซักถามอาการของผู้ป่วยควรอธิบายถึงผลดีผลเสียจากการบอกความจริงของผู้ป่วยว่าจะประโยชน์กับตัวผู้ป่วยอย่างไร เพื่อป้องกันผู้ป่วยปิดบังอาการที่แท้จริงของตนเอง สำหรับการให้ยาต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งโดยทั่วไปการเพิ่มขนาดของยา Methadone นั้นจะค่อยๆเพิ่มขึ้นใน 3-5 วัน แต่จะเพิ่มไม่เกิน 5-10 มิลลิกรัม/ครั้ง และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับสภาพร่างกายให้มีความทนต่อยา โดยก่อนการเพิ่มยาทุกครั้งต้องสังเกตอาการและพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยเสมอ ซึ่งระยะเวลาในการปรับขนาดยาให้พอเหมาะกับผู้ป่วยจะใช้เวลาประมาณ 10-21 วันแล้วจึงจะจ่ายยาให้คงขนาดนั้นตลอดไป โดยอาจจ่ายยา Methadone ให้ประมาณ 80 มิลลิกรัม/วัน ภายใน 2-3 สัปดาห์

1.3) สำหรับการพิจารณาการคงปริมาณยาเท่าเดิม (Fix dose) หรือปรับขนาดตามความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วย (Variable dose) ซึ่งการให้ยาแบบระยะยาวพบว่าการให้ปริมาณขนาดสูง และการให้แบบปรับขนาดได้ผลดีกว่าการให้ปริมาณขนาดต่ำ แต่ทั้งนี้การจะเลือกให้แบบใดขึ้นอยู่กับภาวะการวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วยแต่ละรายว่าจะเหมาะสมกับรูปแบบใด

2) ข้อปฏิบัติและข้อควรระวังในการให้ยา Methadone ทดแทนระยะยาว

สิ่งที่ผู้ให้การรักษาพึงระมัดระวังในการรักษาด้วยยา Methadone ทดแทนระยะยาว คือ ผลข้างเคียงของยา Methadone ได้แก่ ทำให้ง่วง เหนื่อยออก ท้องผูก ความต้องการทางเพศลดลง ซึ่งผลข้างเคียงเหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดจากยาเกินขนาดเล็กน้อย แต่จะหายไปเมื่อลดขนาดของยาลง การแก้ปัญหาดังกล่าวอาจทำได้โดยเริ่มขนาดที่น้อยคือ 20-30 มิลลิกรัม และค่อยเพิ่มใน 2-3 สัปดาห์ จนถึงระดับที่พอเพียง ส่วนอาการท้องผูกแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ รวมทั้งรับประทานผักและผลไม้มากขึ้นก็จะช่วยแก้ปัญหาก็ได้ ซึ่งอาการเหล่านี้ส่วนใหญ่จะหายไปภายในสัปดาห์หรือประมาณเดือนก็ได้

นอกจากนั้นแล้วควรให้บริการในการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบได้ยา ทดแทนระยะยาวสัปดาห์ละ 1 ครั้งจนกระทั่งร่างกายเริ่มฟื้นฟูเป็นปกติแล้วจึงตรวจให้ห่างขึ้นอาจ

ทุก 1-3 เดือน ดังนั้น โดยทั่วไปผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบได้รับยาทดแทนระยะยาวมักจะมีสุขภาพดีขึ้น และสามารถไปประกอบอาชีพได้ตามปกติในระหว่างที่รักษาตัวอยู่

ง. การบำบัดรักษาผู้เสพติดกลุ่มฝิ่น (Opioids) ด้วยยา ترامาดอล (Tramadol) (กองควบคุมวัตถุเสพติด, 2556)

เป็นยากลุ่มโอปิออยด์ ใช้บรรเทาอาการปวดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง และมีการใช้อย่างแพร่หลายในการรักษา fibromyalgia (Chronic widespread pain) บรรเทาปวดจากโรคมะเร็ง (Cancer pain) และบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ใช้สำหรับรักษาอาการปวดชนิดเรื้อรัง ประสิทธิภาพในการรักษาอาการปวดแบบจับปล้นมีผลน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับ Hydrocodone แต่ดีกว่า Codeine ترامาดอลมีประสิทธิภาพในการบรรเทาปวดได้ดีเทียบเท่ามอร์ฟีนสำหรับอาการปวดระดับต่ำถึงปานกลาง แต่มีประสิทธิภาพด้อยกว่ามอร์ฟีนสำหรับอาการปวดรุนแรง

การออกฤทธิ์ของยา การออกฤทธิ์จับที่ μ -opioid receptor อย่างอ่อนเพื่อให้หลังสารที่ชื่อว่า serotonin และยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine แต่เมื่อรับประทานเข้าไป ترامาดอลจะถูกเปลี่ยนเป็น O-desmethyltramadol ซึ่งจะมีผลต่อ μ -opioid receptor agonist อย่างรุนแรง โดย O-desmethylated ซึ่งเป็น metabolite ของ ترامาดอลนั้นมีฤทธิ์มากกว่า ترامาดอลถึง 700 เท่า ถูกเมทาบอลไลต์ที่ตับ และขับออกทางไต มีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 6 ชั่วโมง และ 7.5 ชั่วโมง ตามลำดับ

หากใช้ยาในรูปแบบรับประทานยาจะออกฤทธิ์ภายหลังรับประทานยาประมาณ 1 ชม. โดยฤทธิ์สูงสุดหลังรับประทาน 2 – 3 ชั่วโมง และหมดฤทธิ์ภายใน 6 ชั่วโมง ขนาดรับประทานที่แนะนำไม่เกิน 400 มิลลิกรัมต่อวัน เพราะเสี่ยงต่อการใช้ยาเกินขนาด เนื่องจากจะเป็น agonist อย่างอ่อน ที่ opioid receptors ในสมอง สามารถทำให้เกิดภาวะเคลิ้มสุขและภาวะกดการหายใจได้แล้วยังยับยั้งการดูดกลับสารสื่อประสาท serotonin และ norepinephrine ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของสารสื่อประสาททั้งสองชนิดในสมองด้วยสองกลไกดังกล่าวนี้ทำให้ opioid antagonists เช่น naloxone สามารถยับยั้งฤทธิ์ของยา ترامาดอลได้เพียงบางส่วน หากใช้ยา ترامาดอลในขนาดสูงจะทำให้เกิดอาการชัก ไข้สูง สภาพกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง และมีอาการปวด แต่ในบางรายแม้จะใช้ยาในปริมาณไม่สูงก็ทำให้เกิดอาการชักได้

อาการไม่พึงประสงค์/พิษจากการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม มึนงง วิงเวียน ปวดศีรษะ ท้องผูก ชัก เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์เช่นเดียวกันกับการใช้ opioid ตัวอื่นๆ และพบว่าเกิดภาวะกดการหายใจ (Respiratory depression) ได้ในผู้ที่ใช้ยาขนาดสูงหรือใช้ยาเกินขนาด นอกจากนั้นหากเกินขนาดทำให้เกิดอาการเซื่องซึม (Drowsiness) รูม่านตาหรี่ (Constricted pupils) ภาวะหายใจไม่สงบ อัตราหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง คลื่นไส้ อาเจียน

เหงื่อออก ซึ่งพบว่ายา ترامาโดลทำให้เกิดอาการชักได้มากกว่ายาอื่นในกลุ่ม opioids โดยเฉพาะอาการพิษรุนแรง ได้แก่ โคม่า ชัก ความดันโลหิตต่ำ สำหรับภาวะกดการหายใจ (Respiratory depression) พบได้น้อยเมื่อเทียบกับยาอื่นในกลุ่ม opioids ผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง (Renal impairment) จะยิ่งทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพิษจาก ترامาโดล

นอกจากนั้นแล้วพิษจากยา ترامาโดลสามารถทำให้เกิดภาวะ serotonin syndrome ขึ้นรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะไข้สูงเกิน (Hyperpyrexia) นำไปสู่อาการแทรกซ้อน คือ ภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย (Rhabdomyolysis) ภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วไปในหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation) ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney failure) ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นมากในผู้ที่ใช้ยาหลายตัวร่วมกัน

ศักยภาพในการพึ่งยาและการเสพติด ยา ترامาโดลสามารถทำให้เกิดการเสพติดได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากยาออกฤทธิ์ที่ μ -opioid receptor การเสพติดและการนำไปใช้ในทางที่ผิด เช่น พฤติกรรมอยากยา รวมถึงกระทำการผิดกฎหมายเพื่อพยายามเสพอย่างไม่จำกัด ترامาโดลมีศักยภาพในการทำให้เสพติดต่ำกว่ามอร์ฟีน และมีศักยภาพในการนำไปใช้ในทางที่ผิดต่ำกว่า codeine และ pentazocine อย่างไรก็ตามต้องมีการใช้ยาอย่างระมัดระวังในผู้ที่มีความเสี่ยงในการติดยา มีประวัติเสพติดยาหรือแอลกอฮอล์ และมีการใช้ยาในปริมาณสูงติดต่อกัน ดังนั้นหากได้รับยาเป็นเวลานานและหยุดยาทันที อาจเกิดอาการถอนยาได้ จึงต้องค่อยๆลดขนาดการใช้ลง

อาการถอนยา การใช้ยาอย่างต่อเนื่องและหยุดยาอย่างกะทันหันจะทำให้เกิดอาการถอนยา ซึ่งแบ่งเป็น ๒ ลักษณะ คือ (กองควบคุมวัตถุเสพติด, 2556)

1) Typical opioid withdrawal ได้แก่ ปวดท้อง กังวล ปวดกระดูก ชิมเส้ร่า ท้องเสีย นอนไม่หลับ เกิด Flu-like symptoms กระสับกระส่าย มีอาการอยากยา ซึ่งอาการถอนยารูปแบบนี้เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่มีอาการถอนยา tramadol ทั้งหมด

2) Atypical opioid withdrawal ได้แก่ วิดกกังวล ชิมเส้ร่า ตื่นตระหนก สับสน ประสาทหลอน หวาดระแวง ชาบริเวณแขน ขา ซึ่งอาการถอนยารูปแบบนี้เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีอาการถอนยา tramadol ทั้งหมด

ผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่าอาการถอนยาสามารถบรรเทาได้โดยการรักษาเช่นเดียวกับอาการถอนยากกลุ่ม opioids โดยค่อยๆ ลดขนาดยาลงอย่างช้าๆ และให้ยารักษาพร้อมตามอาการ ปัจจุบันยา ترامาโดลได้รับการควบคุมเป็นยาอันตรายตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

จ. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่มฝิ่น (Opioids) ด้วยยา โคเดอีน (Codeine) (สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด, สืบค้นข้อมูลวันที่ 6 สิงหาคม 2558)

โคเดอีนเป็นอนุพันธ์ของฝิ่น (Opium) ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง มีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยา คือ ระงับปวดและมีประสิทธิภาพในการระงับอาการไอได้ดีมาก โดยออกฤทธิ์กดศูนย์

ควบคุมการไอในสมอง ด้วยคุณสมบัติดังกล่าว โคลเดอีนจึงถูกนำมาใช้ในทางการแพทย์โดยใช้เป็นส่วนผสมในยาแก้ไอ ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ยาแก้ไอชนิดเม็ด ชนิดแคปซูล และชนิดน้ำ โคลเดอีนจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

โคลเดอีนผลิตมาจากฝิ่น ซึ่งเป็นน้ำยางที่กรีดได้จากผลฝิ่น มีชื่อเรียกทางพฤกษศาสตร์ว่า *papaver somniferum* ซึ่งมีความหมายว่า “เหนียวน้ำให้หลับ” ฝิ่นถือได้ว่าเป็นยาเสพติดร้ายแรงที่สร้างปัญหาให้แก่มวลมนุษยชาติ และเป็นยาเสพติดชนิดแรกที่คนไทยรู้จัก

การรับประทานยาแก้ไอที่มีโคลเดอีนเป็นส่วนผสม อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ใจสั่น มึนงง หายใจและถ่ายปัสสาวะลำบาก และเกิดอาการคันหรือแพ้ยาได้ การใช้น้ำแก้ไอที่มีโคลเดอีนเป็นส่วนผสมติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดการดื้อยาได้ ทำให้ต้องใช้น้ำยาของยาสูงขึ้นจนนำไปสู่ภาวะติดยาได้ ฉะนั้นจึงไม่ควรใช้ติดต่อกันนาน 7 วัน

ฤทธิ์ของโคลเดอีน อาจทำให้เกิดอาการง่วงซึม จึงไม่ควรรับประทานนี้ร่วมกับเครื่องดื่ม อาหารหรือยาที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ ผู้ใช้ยาไม่ควรขับรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล เพราะอาจก่อให้เกิดอันตรายในขณะที่เดินทางหรือขณะปฏิบัติงานได้ เนื่องจากยานี้มีฤทธิ์กดศูนย์การหายใจด้วย จึงไม่ควรใช้กับสตรีมีครรภ์ ผู้เป็นโรคหอบหืด หรือมีอาการหายใจลำบาก เพราะอาจเป็นอันตรายได้และห้ามใช้กับเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี อย่างเด็ดขาด นอกจากนี้คำสั่งจากแพทย์เท่านั้น

การนำสารเสพติดประเภทโคลเดอีนเพื่อมาใช้เสพติด จะส่งผลให้ผู้เสพมีร่างกายซูบซีด ผอมเหลือง อ่อนเพลีย ฟุ้งซ่าน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย สมองเสื่อม และเมื่อเกิดการขาดยา ก็จะมีอาการทุรนทุราย หงุดหงิด เหงื่อออกมาก ปวดกล้ามเนื้อ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดท้อง อาเจียน ชักหมดสติ และอาจถึงเสียชีวิตเช่นเดียวกับยาเสพติดจำพวกฝิ่น เฮโรอีน ซึ่งผู้เสพจำเป็นต้องได้รับการบำบัด

ปฏิกริยาของโคลเดอีนกับยาอื่นๆ การกินยาโคลเดอีนร่วมกับยาแก้ปวดอาจก่อให้เกิดอาการชักได้ง่าย อีกทั้งทำให้ระบบการหายใจทำงานผิดปกติ และมีภาวะหายใจลำบาก ซึ่งกลุ่มยาแก้ปวด เช่น ทรามาดอล (Tramadol) เป็นต้น

การกินยาโคลเดอีนร่วมกับยาลดความดันโลหิต อาจเสริมฤทธิ์กันและทำให้ความดันโลหิตต่ำลงมาก จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกัน กลุ่มยาลดความดันโลหิต เช่น เนฟีดีปีน (Nefedipine)

การกินยาโคลเดอีนร่วมกับยานอนหลับบางกลุ่ม จะเสริมฤทธิ์กดการหายใจ และมีความเสี่ยงต่อการขาดอากาศหายใจ กลุ่มยานอนหลับดังกล่าว เช่น อัลปราโซแลม (Alprazolam)

การกินยาโคลเดอีนร่วมกับยารักษาอาการภูมิแพ้ จะเสริมฤทธิ์การกดการหายใจ ทำให้รู้สึกมึนงง และอ่อนเพลีย ยารักษาอาการภูมิแพ้ เช่น คลอร์เฟนิรามีน (Chlorpheniramine)

ผลข้างเคียง ผลข้างเคียงจากยาโคเดอีน ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วและผิดปกติ หายใจถี่ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง เหงื่อออกมาก ง่วงนอน มึนงง ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ อ่อนหภูมิร่างกาย ลดลง ประสาทหลอน อารมณ์แปรปรวน และอาจเกิดอาการชัก

ในปัจจุบันได้มีวิธียุ่่นำยาแก้ไอที่มีส่วนผสมของโคเดอีนผสมกับเครื่องดื่มใช้เพื่อเสพให้ มีนเมา และเสพติดในที่สุด ผู้เสพจะมีร่างกายซูบซีด ผอมเหลือง อ่อนเพลีย ฟุ้งซ่าน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย สมองเสื่อม และเมื่อขาดยามีอาการทรมาน หงุดหงิด เหงื่อออกมาก ปวดกล้ามเนื้อ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดท้อง อาเจียน ชัก หมดสติและอาจถึงเสียชีวิตเช่นเดียวกัน กับยาเสพติดจำพวกฝิ่น เฮโรอีน

8.2.3 ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้ปรับสภาพร่างกายและจิตใจพร้อมทั้งปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้มีความเข้มแข็ง ไม่คิดกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำอีก

ระยะเวลา: พิจารณาตามความเหมาะสมแต่ไม่ควรเกิน 180 วัน (สามารถขออนุญาตต่อกรมการแพทย์เพื่อขยายเวลาได้ครั้งละไม่เกิน 6 เดือน รวมแล้วไม่เกิน 3 ปี)

หลักการ: เนื่องจากยาเสพติดทุกชนิดจะออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนกลางโดยตรงทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีการติดยาทางจิตใจ (Psychological dependence) เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาขั้นถอนพิษยาแล้วหวนกลับไปใช้ยาเสพติดอีก เพราะไม่สามารถลืมความสบายใจอันเกิดจากการใช้ยาเสพติดได้ ดังนั้นในขั้นตอนนี้จึงมุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีจิตใจมั่นคง เข้มแข็ง แต่ในทางปฏิบัติเป็นไปได้ยากเพราะต้องอาศัยความร่วมมือทั้งของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อมที่ต้องคอยช่วยเหลือดูแลและให้กำลังใจผู้เข้ารับการบำบัดรักษาอย่างใกล้ชิด สำหรับวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีดังนี้

1) จิตบำบัดและการแนะแนวเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม

1.1) การทำจิตบำบัดเฉพาะราย (Individual psychotherapy) เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้ระบายออกถึงความคับแค้นและปัญหาที่ประสบอยู่ และช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ว่าการกระทำอะไรที่ถูกต้อง อะไรผิด พร้อมทั้งชี้แนะให้เห็นข้อบกพร่อง

1.2) การทำจิตบำบัดเป็นกลุ่ม (Group psychotherapy) การจัดกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อทำจิตบำบัดแต่ละครั้งไม่ควรเกินกลุ่มละ 15 คน โดยให้แต่ละคนกล่าวถึงปัญหาของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟังแล้วให้ทุกคนช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยมีผู้ให้การบำบัดทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม

1.3) การทำจิตบำบัดครอบครัว (Family psychotherapy) โดยวิธีการนำครอบครัวเข้ามาร่วมถกเถียงกันเพื่อให้เห็นว่าอะไรเป็นปัญหา และครอบครัวจะช่วยเหลือกันแก้ไขอย่างไร โดยให้ครอบครัวยอมรับสภาพของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา

2) กิจกรรมบำบัดและอาชีวบำบัด เป็นการช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาไม่อยู่ว่าง มีสมาธิไม่ฟุ้งซ่าน ได้ออกกำลังกาย หรือมีความเพลิดเพลินกับกิจกรรมนั้นๆ อีกทั้งยังเป็นการสร้างนิสัยให้ มีงานหรืออาชีพที่สมควรใจ เช่น ช่างไฟฟ้า เกษตรกรรม วาดภาพ ทำอาหาร เป็นต้น

3) การอบรมทางใจ ทางศีลธรรม ทางศาสนา เพื่อช่วยบำบัดจิตใจและขัดเกลาพฤติกรรมของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา เช่น การอบรมศีลธรรมจรรยาโดยพระภิกษุสงฆ์หรืออนุศาสนาจารย์ การฝึกสมาธิ การสวดมนต์ไหว้พระ รวมทั้งส่งเสริมให้ออกบวช

4) นันทนาการ เป็นการจัดกิจกรรมบันเทิงเพื่อช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษารู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น กีฬา ดนตรี การละเล่นต่างๆ การจัดงานรื่นเริง การชมภาพยนตร์ รายการโทรทัศน์ ฟังรายการวิทยุ อ่านหนังสือ เป็นต้น

5) การฝึกอุปนิสัยและวินัย เพื่อสร้างวินัยและนิสัยความเป็นระเบียบเรียบร้อย การตรงต่อเวลา มีมรรยาท การอยู่ร่วมในสังคมส่วนรวม โดยการกำหนดภารกิจประจำวันให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาต้องปฏิบัติ รวมทั้งมีการควบคุมความประพฤติ เช่น ลงโทษเมื่อทำความผิด และให้รางวัลเมื่อกระทำความดี เป็นต้น

8.2.4 ขั้นตอนการติดตามผล

วัตถุประสงค์: เพื่อติดตามดูแลผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาขึ้นฟื้นฟูสมรรถภาพตามกำหนด เรียบร้อยแล้วให้สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ตลอดไป

ระยะเวลา: ควรติดตามอย่างน้อย 1 ปี หรือจนกว่าจะมั่นใจว่าผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาไม่กลับไปใช้ยาเสพติดอีกต่อไป

หลักการ: การรักษาในขั้นตอนการติดตามนี้มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผลของการเลิกยาเสพติดคงอยู่และเป็นการป้องกันการกลับไปเสพติดใหม่ ผู้ให้การบำบัดในขั้นตอนนี้เปรียบเสมือน พี่เลี้ยงที่ต้องคอยให้ความช่วยเหลือ แนะนำ เสริมสร้างและเป็นกำลังใจให้ทั้งผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาและครอบครัว สำหรับวิธีการติดตามมีดังนี้

1) การติดตามทางตรง: โดยผู้ให้การบำบัดพบกับผู้เลิกยาเสพติดหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง โดยอาจใช้วิธีการต่างๆคือ

1.1) การเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และสามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

1.2) การเยี่ยมที่ทำงานของผู้เลิกยาเสพติด ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลจากที่ทำงานและได้พบปะกับนายจ้างหรือผู้ร่วมงานของผู้เลิกยาเสพติด

1.3) การนัดให้มาพบที่สถานพยาบาลหรือสำนักงานสาขา หรือสำนักงานชั่วคราว เพื่อทดสอบความร่วมมือของผู้เลิกยาเสพติดอาจนัดหมายให้มารายงานตัวกับเจ้าหน้าที่ผู้บำบัด

คน เพื่อลดอันตรายหรือภาวะเสี่ยงอันตรายที่มากับการใช้ยาเสพติดในขณะที่ผู้ใช้ยาเสพติดยังไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้

การลดอันตรายในเรื่องการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด เกิดขึ้นในช่วงปลายทศวรรษ 1970 และเริ่มรู้จักมากขึ้นในปี ค.ศ.1980 โดยมีพื้นฐานเน้นหนักในด้านการให้บริการสาธารณสุขที่จะลดผลกระทบทางลบที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ใช้ยาเสพติดมากกว่าจะทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยา หรือปลอดจากยาเสพติด ในประเทศอังกฤษ คำว่า Harm Reduction เกิดจากกลุ่มบุคคลที่พยายามทำให้การใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายเป็นที่ยอมรับของสังคม สามารถจัดการได้และลดอันตรายต่อผู้ใช้ยา การเลิกใช้ยาเสพติดโดยเด็ดขาดไม่เป็นประเด็นหรือเป้าหมายที่ต้องการ แนวคิดนี้ได้นำมาใช้เป็นวิธีการที่จะลดการแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และเมื่อมีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีจึงได้มีการนำแนวคิดนี้มาใช้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับเนื้อหาสาระและผลการดำเนินงานตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้งในประเทศและต่างประเทศนำเสนอโดยสังเขปมีดังนี้ (สถาบันวิจัยยาเสพติด, 2553)

9.1 เหตุผลและความจำเป็นของแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

จากนโยบายของรัฐบาลต่อปัญหายาเสพติดที่ถือว่า ผู้เสพเป็นผู้ป่วย เป็นอาการของโรคสมองติดยาหรือติดยาเคมีที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา บำบัดรักษาฟื้นฟู และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ โดยให้ยึดถือระยะของการรักษาครอบคลุมจนถึงขั้นการติดตามการรักษาอีก 1 ปี รวมระยะเวลาการบำบัด 12 เดือนขึ้นไปเป็นช่วงเวลาของการบำบัดรักษา ยาเสพติดจนครบทุกกระบวนการ ทั้งนี้ทางการแพทย์ได้จำแนกผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มใช้เป็นประจำทุกวัน กลุ่มเสพยา กลุ่มติด และกลุ่มติดรุนแรง ซึ่งกลุ่มติดรุนแรงเป็นกลุ่มที่ใช้ยาเสพติดต่อเนื่องเป็นเวลานาน ไม่สามารถเลิกหรือหยุดเสพยาได้ ไม่ตั้งใจเลิกยาเสพติดอย่างจริงจัง และไม่ยอมรับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ บางคนได้พัฒนาการเสพยาจากการกิน สูบ เป็นฉีด ทำให้การใช้ยาเสพติดมีความเสี่ยงกับการเป็นโรคเอดส์ รวมไปถึงโรคที่ติดต่อทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบี และซี ซึ่งในกลุ่มติดรุนแรงมีความจำเป็นจะต้องได้รับบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นอันดับต้นๆ

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นทุกปี ยาเสพติดที่ใช้ก็มีความหลากหลาย โดยตัวยาหลักที่ผู้ใช้เข้ารับการรักษาครั้งแรกใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า กัญชา ไอซ์ และพืชกระท่อม ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้โดยวิธีการสูบและกิน ทั้งนี้ประเภทยาเสพติดที่มีการใช้ด้วยวิธีการฉีด ได้แก่ เฮโรอีนฝิ่น ยาบ้า ซึ่งการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดมีการเปลี่ยนประเภทของยาที่ใช้จากเฮโรอีนไปเป็นตัวยานี้ที่มีรูปแบบยาไม่เหมาะสมกับการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เช่น domicum ยานอนหลับ เป็นต้น นอกจากนี้จะเกิดอันตรายจากยาที่ใช้แล้วยังอาจเกิดผลต่อการดูดซับในหลอดเลือดได้ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันก็เป็นภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และเมื่อร่างกายอ่อนแอการป่วยด้วยโรคฉวยโรคก็มักควบคุม

กันไป การดูแลผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดยาจะต้องมองปัญหาให้เป็นรูปธรรมและเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้ยังไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้และมีอัตราการกลับไปเสพติดซ้ำสูง รวมถึงเข้าถึงได้ยาก การดำเนินงานกับผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดยาจึงจำเป็นที่จะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของภาคประชาสังคมที่มีอาสาสมัครในการเข้าถึงผู้ยาในกลุ่มดังกล่าวอยู่แล้ว

ในวันที่ 25 มิถุนายน 2552 มีการลงนามในบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือด้าน harm reduction (Memorandum of understanding on cooperation in harm reduction) ระหว่างหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) และมีผู้แทนจาก UNAIDS UNODC และ WHO ประจำประเทศไทยเป็นสักขีพยานในพิธีดังกล่าว โดยมีสาระสำคัญในการที่จะพัฒนามาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่ออื่นในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการใช้ยาเสพติดโดยการฉีดเข้าเส้นเลือด การให้กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่ยังเลิกไม่ได้และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรมการแสวงหาหาระหว่างการใช้ยาและหลังการใช้ยาที่อาจเกิดต่อตนเองและชุมชน จึงให้ความสำคัญแก่การป้องกันและเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดโดยให้ยามาหาโคโคเนระยะยาว ตลอดจนพัฒนารูปแบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอื่นที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของสังคมไทย ผลจากการลงนามในบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือด้าน harm reduction สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Office) ได้อนุมัติให้การบำบัดรักษาเสพติดด้วยเมทาโคโคเนระยะยาวเป็นสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับการรักษาฟรี (สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์, 2553)

จากการคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในประเทศไทย จำแนกตามช่องทางการติดต่อปี 2555-2557 โดยใช้วิธีการ Asian epidemic model พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 43,040 คน โดยจำแนกเป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 41 กลุ่มผู้ติดเชื้อจากคู่อ้อยละ 32 กลุ่มพนักงานบริการกับลูกค้าร้อยละ 11 กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดยาร้อยละ 10 และกลุ่มผู้ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คู่อ้อยละ 6 ซึ่งจากสถานการณ์ปัญหาโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดยาที่เข้ารับบริการในปี 2555 พบว่ามีผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดยาติดเชื้อร้อยละ 25.2 ของประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวี (ผลการเฝ้าระวัง IBBS ปี 2555, สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค อ้างอิงใน เอกสารภาคผนวกแนบท้ายคำสั่ง ศพส. ที่ 1/2557 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2557) มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 49.1 ซึ่งเป็นอัตราการใช้ถุงยางน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น มีการใช้เข็มและอุปกรณ์ปลอดเชื้อร้อยละ

80.4 มีอัตราตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 43.6 (เอกสารประกอบการประชุม คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ครั้งที่ 2/2556 ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2556 อ้างอิงในเอกสารภาคผนวกแนบท้ายคำสั่ง ศพส.ที่ 1/2557 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2557) และขณะที่หน่วยงานภาคประชาสังคมเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดที่เข้าร่วม โครงการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี จำนวน 9,460 คน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประมาณ การผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดจำนวนประมาณ 40,300 คน (Nation-wide network scale-up survey ขององค์กรเครือข่ายวิชาการสารเสพติดเดือนธันวาคม 2553 เอกสารภาคผนวกแนบท้ายคำสั่ง ศพส. ที่ 1/2557 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2557 อ้างอิงในสถาบันวิจัยยาเสพติด, 2553)

นอกจากการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดยังติดเชื้อโรคที่ติดต่อทางเลือด ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในอัตราสูงเช่นกัน ซึ่งเป็นที่ทราบกันว่าปัญหาหายาเสพติด เอดส์ และเพศสัมพันธ์ มีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิด หากไม่มีการดำเนินการเพื่อลดอันตรายการติดเชื้อที่ได้ผลแล้วจะทำให้ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี เอดส์ และโรคติดต่อทางเลือดอื่นๆ แพร่กระจายออกไปในกลุ่มประชากรทั่วไปในที่สุด

เหตุผลและความจำเป็นในการใช้มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด คือ สามารถลด ความเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเลือดอื่นๆของผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธี ฉีดที่ยังเล็กไม่ได้ ลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด ลดการใช้ ยาเกินขนาดและเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด ลดความเสี่ยงที่มีต่อผู้ใช้ยาจากสิ่งแวดล้อมและ สังคม และช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีโอกาสเข้ารับการรักษาหายาเสพติดเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันต้อง ปรับเปลี่ยนเจตคติของผู้ปฏิบัติงานทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมในด้านการยอมรับความเป็น ตัวตนของผู้ใช้ยาเสพติด รวมทั้งการจัดกระบวนการรองรับ เช่น การมีโครงการตรวจเลือดโดยความ สัมครใจ ยาต้านไวรัส และยารักษาวัณโรค กระบวนการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดควรได้เริ่ม นำมาใช้ในประเทศไทยอย่างเป็นระบบและมีกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาค ประชาสังคม ครอบครัวยุวมชน และรัฐบาลท้องถิ่นที่มีความพร้อม เพื่อการแก้ไขปัญหาหายาเสพติด เป็นไปอย่างบูรณาการอันจะทำให้ผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

9.2 วัตถุประสงค์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

วัตถุประสงค์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมี 5 ประการ ดังนี้

1. เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยการ พัฒนาระบบการให้การดูแลรักษา และติดตามผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดโดยเน้นการมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วน

2. เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคที่ติดต่อทางเลือดในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด

3. เพื่อช่วยเหลือผู้เสียหายเสพติดด้วยวิธีการฉีดเข้าสู่การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยความสมัครใจให้สามารถลด ละ เลิก ยาเสพติดได้ในที่สุด
4. เพื่อลดอันตรายที่เกิดกับผู้เสียหายเสพติดด้วยวิธีการฉีด สังคมและชุมชนที่มาจากการใช้ยาเสพติดที่มีฤทธิ์ต่อจิตและประสาท
5. เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงานทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

9.3 หลักการสำคัญของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มี 4 ประการ คือ

1. **ด้านสาธารณสุข** เป็นการป้องกันและลดผลกระทบทางลบที่มีต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากพฤติกรรมบางอย่างของผู้ใช้ยาเสพติด
2. **ด้านสิทธิมนุษยชน** สิทธิ คือ อำนาจหรือการกระทำโดยชอบธรรมตามประเพณี หรือกฎหมายในการอยู่ การมี เพื่อประกันศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาในขณะที่เดียวกันต้องเคารพสิทธิของผู้อื่นด้วย สำหรับสิทธิในการมีสุขภาพ เป็นสิทธิในสุขภาพซึ่งเป็นสิทธิของทุกคนในการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะมีได้ รวมทั้งสิทธิในสุขภาพที่สามารถเติมเต็มและเพิ่มขึ้นตามกาลเวลา
3. **ด้านมนุษยธรรม** โดยเป็นไปเพื่อการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ของมนุษย์ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นในส่วนไหนของโลกก็ตาม ไม่เว้นแม้แต่ในเรือนจำในฐานะที่ผู้เสียหายเสพติดเป็นมนุษย์คนหนึ่งที่ถูกจับกุม คุมขัง และการถูกตีตราจากการใช้ยาเสพติด
4. **ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข** การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าใช้จ่าย รวมทั้งสามารถขยายผลและเกิดความยั่งยืนได้ ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และ โรคติดเชื้ออื่นๆที่ติดต่อทางเลือด เช่น ป้องกันบุคคลอื่นให้รอดพ้นจากการติดเชื้อเอชไอวี เชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น

9.4 เป้าหมายของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

- เป้าหมายของการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด แบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้
1. เป้าหมายเบื้องต้น คือ การลดอันตรายต่างๆที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด และให้ผู้เสียหายเสพติดได้รับสิทธิในการดูแลด้านสุขภาพ
 2. เป้าหมายระยะสั้น คือ การปกป้อง ป้องกันและดูแลการติดเชื้อที่สำคัญในผู้เสียหายเสพติดด้วยวิธีการฉีด โดยเฉพาะ โรคเอดส์และ โรคติดต่อทางเลือด
 3. เป้าหมายเฉพาะ คือ การช่วยให้ผู้เสียหายเสพติดด้วยวิธีการฉีดออกจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมายและหยุดเสพติดยาเสพติด เช่น การใช้เมทาโดนทดแทน เป็นต้น
 4. เป้าหมายสูงสุด คือ การช่วยให้ผู้เสียหายเสพติดด้วยวิธีการฉีดสามารถปรับตัวเองให้ลดการใช้ยาเสพติดลง และสร้างสถานภาพการไม่กลับไปเสพซ้ำให้นานขึ้น ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อ

การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และหาแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขจนสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้

9.5 ประโยชน์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มีดังนี้

1. เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้จะเลิกใช้ยาเสพติดกับผู้ให้การช่วยเหลือ
2. หลีกเลี่ยงความกดดันต่างๆ ในชีวิต
3. ช่วยให้ผู้บุคคลปรับเปลี่ยนตนเองและสิ่งแวดล้อม
4. เป็นจุดเริ่มต้นของการนำไปสู่การเลิกใช้ยาเสพติดของบุคคล
5. ช่วยรักษาชีวิตผู้ใช้ยาเสพติดจำนวนเพิ่มมากขึ้น
6. ช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อต่างๆ เช่น เอชไอวี วัณโรค ตับอักเสบ
7. เป็นวิธีการบริหารจัดการเพื่อให้โอกาสผู้ใช้ยาเสพติดที่พยายามเลิกหรือไม่เลิกครอบคลุมมากขึ้น
8. เป็นรูปแบบที่ตอบสนองพฤติกรรมอย่างเข้าใจตามธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติด
9. เป็นวิธีการหนึ่งในการช่วยลดปัญหาสังคม

9.6 แนวปฏิบัติการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

เน้นการปฏิบัติที่เข้าถึงตัวบุคคล โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มนุษยธรรม สิทธิมนุษยชน ความเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติดบนพื้นฐานของคุณภาพชีวิต สุขภาพของบุคคล และชุมชน ซึ่งแนวปฏิบัติการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จะเป็นชุดบริการที่หลากหลายที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพสามารถคัดสรรเพื่อเสนอเป็นทางเลือกให้กับผู้ใช้ยาเสพติดในแต่ละสถานการณ์และแต่ละโอกาส โดยคำนึงถึงความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล สำหรับแนวปฏิบัติด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านประกอบด้วย 10 ชุดบริการดังนี้ (ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ, 2558)

1. การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเองรวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด (Information Education and Communication หรือ IEC)
2. การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment หรือ MMT)
3. การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด (Clean injecting equipment)
4. การแจกถุงยางอนามัย (Condom provide)
5. การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจและส่งต่อรับบริการการดูแลรักษา (Voluntary Counseling and Testing หรือ VCT)

6. การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexual Transmitted Diseases Treatment :STD)
7. การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาโรควัณโรค (Prevention, diagnosis and tuberculosis treatment)
8. กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer educator)
9. การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด
10. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดรวมถึงกิจกรรมกลับสู่สังคม และการป้องกันการกลับไปเสพยา (Treatment and rehabilitation for drug users)

1) การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเองรวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด (Information Education and Communication หรือ IEC) หมายถึง การให้บริการเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารและความรู้เพื่อช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพในทางปัญญาให้กับผู้ติดยาเสพติดและชุมชน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ อันจะช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถประเมินหรือสามารถป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้ยาเสพติด รวมทั้งป้องกันไม่ให้นำตนเองไปติดเชื้อเอชไอวีแพร่กระจายสู่บุคคลอื่นด้วย ซึ่งสามารถจัดบริการได้หลากหลายช่องทาง เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การกระจายเสียงตามสายในชุมชน แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ รวมทั้งบุคคลต่างๆ ในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อาสาสมัครหมู่บ้าน แกนนำทางสุขภาพชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข

2) การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment หรือ MMT) หมายถึง เป็นการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพยาเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยการให้กินยาเมทาโดนทดแทนแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงจากการแพร่เชื้อเอชไอวีได้มากกว่าร้อยละ 50 และเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสทางเลือดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด จุดประสงค์ในการให้กินยาเมทาโดนทดแทนระยะยาวก็เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการรักษาทางสุขภาพ โดยลดอาการขาดยาและมีความปลอดภัยในการได้รับยาทดแทน ความสำเร็จจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยได้รับคำอธิบายให้เข้าใจอย่างชัดเจนถึงพิษและอันตรายจากการได้ยามาโดน ตลอดจนอาการถอนยาที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะสั้นถอนพิษและฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นในการให้บริการของบุคลากรด้านสุขภาพควรมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยในขณะที่บำบัดรักษา การพิจารณาขนาดยาเมทาโดนที่ปลอดภัย และต้องคอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (สถาบันวิจัยรณรงค์, 2553)

นอกจากนั้นแล้วการให้ยาเมทาโดนระยะยาว ควรให้ความสำคัญไปกับการบำบัดรักษาอื่นๆ เพื่อช่วยป้องกันการใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน รวมทั้งการตรวจหาเชื้อเอชไอวี การให้คำปรึกษา หากมี

การฉีดเชื้อเอชไอวีก็ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้ใช้ถุงยางอนามัยสำหรับผู้ฉีดยาเสพติดและคู่อรอง การให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษา การสื่อสารแก่ผู้ฉีดยาเสพติดและคู่อรอง การให้วัคซีน การวินิจฉัยและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ การป้องกันวินิจฉัย และรักษาวัณโรค ผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการยังคงสามารถดำเนินชีวิตได้ตามกิจวัตรประจำวัน เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ

3) การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด (Clean injecting equipment) หมายถึง การบริการในลักษณะของการให้คำแนะนำให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดด้วยวิธีการฉีดที่ยังไม่สามารถหยุดใช้ยาได้ ให้ใช้เข็มและอุปกรณ์สะอาดปราศจากเชื้อโรค เพื่อนำยาหรือสารเสพติดเข้าสู่ร่างกายโดยอธิบายวิธีการทำความสะอาดเข็มและอุปกรณ์การฉีด การหาซื้อเข็มใหม่ หรือ การเข้าร่วมโปรแกรมการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยากับองค์กรเอกชน ตลอดจนวิธีการทำลายเข็มและอุปกรณ์การฉีดที่ใช้แล้ว ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดด้วยวิธีการฉีดให้มีความเสี่ยงจากการใช้ยาเสพติดน้อยลง ลดการติดเชื้อของโรคที่ติดต่อทางเลือด เช่น เชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น

4) การแจกถุงยางอนามัย (Condom provide) หมายถึง การให้บริการผู้ใช้ยาเสพติดเกี่ยวกับ ความรู้ความเข้าใจถึงความสำคัญและประโยชน์ของถุงยางอนามัยว่า เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ใช้ยาเสพติดติดเชื้อโรคจากการมีเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งมีการแจกถุงยางอนามัย และให้คำแนะนำวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง และวิธีการเก็บทิ้งอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้เกิดความปลอดภัย

5) การให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจและส่งต่อรับบริการ การดูแลรักษา (Voluntary Counseling and Testing หรือ VCT) หมายถึง การจัดบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีที่ผู้ใช้ยาเสพติดสมัครใจหรือให้การยินยอมในการตรวจเลือด โดยการให้บริการกระบวนการให้คำปรึกษา จัดให้มีการปรึกษาก่อนตรวจ (Pre -counseling) การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ การตรวจเลือดและพิจารณาความพร้อมในการรับการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ รวมทั้งการให้คำปรึกษาหลังการตรวจ (Post counseling) แก่ผู้ใช้ยาเสพติดที่มีผลเลือดที่เป็นบวกและลบเพื่อส่งต่อสถานพยาบาลหรือแพทย์เฉพาะทางเพื่อให้ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งเป็นบริการที่เคารพในสิทธิมนุษยชน เน้นการตรวจรักษาที่เป็นความลับ เพราะการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องร้ายแรงที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ต่อครอบครัว สังคม และชุมชนที่ยาวนาน ดังนั้น การให้บริการปรึกษาและการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจและส่งต่อรับบริการการดูแลรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะนอกจากเป็นการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเข้าสู่การดูแลรักษาในระบบสาธารณสุขแล้ว ยังเป็นการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีอีกทางหนึ่งด้วย (สถาบันวิจัยยาเสพติด, 2553)

6) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexual Transmitted Diseases Treatment: STD) หมายถึง การให้บริการในการเจาะเลือดส่งตรวจแก่ผู้ใส่ยาเสพติดที่เข้ารับบริการบำบัดรักษา เพื่อตรวจสอบการติดเชื้อจากโรคเพศสัมพันธ์หรือเชื้อเอชไอวี หากพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีการติดเชื้อจากโรคเพศสัมพันธ์ก็ให้บริการรักษาจนกว่าจะหายเป็นปกติ

7) การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาโรควัณโรค (Prevention, diagnosis and tuberculosis treatment) หมายถึง การให้บริการการตรวจสุขภาพกับผู้เข้ารับการบำบัดรักษา โดยการตรวจร่างกายทั่วไปและการเอ็กซเรย์ปอดเพื่อวินิจฉัยโรควัณโรค และให้การรักษาหากพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นวัณโรค

8) กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer educator) หมายถึง การทำกิจกรรมโดยกลุ่มเพื่อนผู้ใส่ยาเสพติดช่วยเพื่อนผู้ใส่ยาเสพติดด้วยกันในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วย ซึ่งกิจกรรมสำคัญคือการเป็นอาสาสมัครเชิงรุก เพื่อเข้าถึงเพื่อนผู้ใส่ยาเสพติดด้วยวิธีการค้นหาและชักชวนผู้ใส่ยาเสพติดที่ยังหลบซ่อนตัวให้ออกมาทำกิจกรรมเพื่อการบำบัดรักษา ยาเสพติดและการทำกิจกรรมเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนั้นยังเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อนผู้เสพยาในลักษณะตัวต่อตัวผ่านความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน โดยใช้เวลาที่พบปะกันอย่างไม่เป็นทางการ และลักษณะพบกันเป็นกลุ่ม โดยมีการนัดหมายเพื่อนในกลุ่มของตนมาพบพร้อมกัน มีวัตถุประสงค์ชัดเจน มีกำหนดเวลา และกระบวนการดำเนินค่อนข้างเป็นทางการ มีรายงานผลการวิจัยพบว่า การให้ความรู้เพื่อนผู้ใส่ยาโดยผู้ใส่ยาด้วยกันมีประสิทธิภาพในการช่วยเพิ่มความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันโรคเอดส์ เพิ่มความตระหนักต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและทัศนคติต่อถุงยางอนามัยมากกว่าการได้รับข้อมูลความรู้จากแหล่งอื่นๆ (สถาบันธัญญารักษ์, 2553) เนื่องจากมีความสนิทสนมเป็นกันเองทำให้กล้าซักถามในประเด็นที่สงสัยและสนใจจากเพื่อน การทำงานของเพื่อนผู้ใส่ยาที่เป็นอาสาสมัครนั้นจะต้องผ่านการคัดเลือกและเตรียมความพร้อม โดยต้องผ่านการอบรมเพิ่มพูนความรู้ตามโปรแกรมต่างๆที่กำหนดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

9) การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด หมายถึง การจัดให้มีบริการตรวจ รักษา และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตกับผู้เข้ารับการบำบัดรักษา เช่น มีอาการเครียด นอนไม่หลับ หวาดระแวง ซึมเศร้า ตลอดจนให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษพิษภัยและอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่มีต่อร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาตระหนัก และเริ่มสนใจอยากเลิกใช้ยาเสพติด ซึ่งผู้ให้การบำบัดให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีการลดละเลิกอย่างค่อยเป็นค่อยไปที่เหมาะสมกับแต่ละราย รวมทั้งให้การช่วยเหลือดูแลและให้กำลังใจตลอดเวลาที่อยู่บำบัดรักษา

10) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดรวมถึงกิจกรรมกลับสู่สังคม และการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Treatment and rehabilitation for drug users) หมายถึง การให้บริการ การตรวจวินิจฉัย การให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดด้วยวิธีการต่างๆ ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม รวมทั้งมีการติดตามช่วยเหลือให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขสามารถเรียนหนังสือ ทำงานหาเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว และสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ในที่สุด

กล่าวโดยสรุปได้ว่าแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นการช่วยลดปัญหาการแพร่ระบาดของและลดการสูญเสียอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดที่อาจเกิดขึ้นกับตัวบุคคล ชุมชน และสังคม เป็นการป้องกันอันตรายโดยการทำให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อบุคคลรอบข้างลดลง ในขณะที่ผู้ติดยาเสพติดยังไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ ซึ่งเป็นการยึดหยุ่นวิธีการรักษาที่ยึดความพร้อมของผู้ติดยาเป็นฐาน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มนุษยธรรม สิทธิมนุษยชน และความเข้าใจธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติดเป็นสำคัญ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนำเสนอให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตากให้มีมุมมองและทัศนคติที่ยอมรับความเป็นตัวตนของผู้ติดยาเสพติด รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในรูปแบบที่แตกต่างไปจากเดิม เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้เหมาะสมกับบริบท สภาพแวดล้อมและสภาพพื้นที่อยู่อาศัยของผู้ติดยาเสพติด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่เป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก

9.6 ผลการดำเนินงานตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในต่างประเทศ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอตัวอย่างประเทศที่มีการนำแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดไปใช้ ประกอบด้วย แคนาดา รัสเซีย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เยอรมัน บราซิล สหรัฐอเมริกา แทนซาเนีย อินโดนีเซีย จีน เวียดนาม บังคลาเทศ อิหร่านและมาเลเซีย ซึ่งมีเนื้อหาสาระโดยสังเขปดังนี้ (สถาบันวิจัยอาชญากรรม, 2555)

ประเทศแคนาดา ประเทศแคนาดามีเป้าหมายในการจัดการกับยาเสพติดที่ผิดกฎหมายและหากองทุนสนับสนุนในการรักษาผู้ติดยา พบว่าจากการรวบรวมข้อมูลด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่เกิดจากผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด หากจะดำเนินการตามแนวคิดการลดอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด จำเป็นต้องมีการแก้ไขข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายว่าด้วยการกระทำความผิดในข้อหาเสพติด คือ 1) พัฒนาการและแนวทางระหว่างกฎหมายและการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้มีความครอบคลุมและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน 2) ค้นหาองค์กรที่สามารถให้การสนับสนุนในการบำบัดรักษากลุ่มเป้าหมายได้

3) พัฒนาวิธีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเพื่อลดอันตรายที่เกิดจากการฉีดยาเสพติด และ 4) ออกกฎระเบียบที่ให้ความสำคัญกับการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ซึ่งต่อมาได้มีการนำเสนอข้อสรุปและข้อเสนอแนะแก่รัฐบาลว่า การแจกเข็มฉีดยาให้กับผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเป็นหนึ่งในวิธีการลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อเอชไอวีที่ไม่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง อีกทั้งยังเป็นหนทางในการเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดได้อีกทางหนึ่งด้วย ซึ่งจากการตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานจากโครงการต่างๆแล้วยังไม่มีหลักฐานและยังไม่มีรายงานใดที่แสดงว่าการมีโครงการแจกเข็มฉีดยาทำให้การใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นในชุมชนนั้นๆ แต่สิ่งที่ค้นพบคือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และอันตรายจากการเสพยาเสพติดมีส่วนทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง และการแจกเข็มฉีดยาทำให้กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดได้รับความรู้มากขึ้น มีการเข้ารับบริการการให้คำปรึกษา และการเข้าถึงการรักษาและบริการอื่นๆ นอกจากนั้นแล้วประสบการณ์จากโครงการการแจกเข็มฉีดยาในแวนคูเวอร์ พบว่า การแจกเข็มเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะยืนยันได้ว่าจะสามารถลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ฉะนั้น ยุทธวิธีในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่ประเทศแคนาดานำมาซึ่งจะต้องบูรณาการร่วมไปกับการดำเนินการในการให้บริการผู้ใช้ยาเสพติด ดังนี้ การให้ความรู้ (Education) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Outreach) การช่วยเหลือสนับสนุน (Support) การควบคุมการสั่งยา (Drug prescription) และการรักษา (Treatment)

ประเทศรัสเซีย ประเทศรัสเซียพบว่าการปฏิรูปนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดระหว่างปี 2003-2004 เนื่องจากพบว่า จากการสำรวจมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำนวน 283,000 คน ซึ่งร้อยละ 80 พบว่ามีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับการใช้สารเสพติดชนิดฉีด โดยประมาณการณ์ว่ามีผู้ป่วยเอดส์จำนวน 56,000 คนที่ต้องการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และมีผู้ใช้สารเสพติดที่เสียชีวิตจำนวนมากถึง 3,000 คน โดยพบว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งต่อมารัฐบาลรัสเซียได้ให้สัญญาแก่ประชาชนชาวรัสเซียตั้งแต่ปี 2001 ว่าจะปฏิรูปนโยบายเกี่ยวกับเรื่องยาเสพติดให้มากขึ้น ซึ่งปัจจุบันนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นประเด็นสำคัญในลำดับต้นๆที่รัฐบาลให้ความสนใจและใส่ใจอย่างจริงจัง

ประเทศออสเตรเลีย สำหรับประเทศออสเตรเลียได้เริ่มนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดตั้งแต่ปี 1976 เนื่องจากมีประชากรมากถึง 185 ล้านคนที่ติดยาเสพติด และในปัจจุบันมีการใช้ยาเมทาโดนสำหรับกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่อาศัยตามท้องถนนด้วย

ประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเทศเนเธอร์แลนด์ได้ก่อตั้งหน่วยงานที่ดำเนินงานตามแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction) โดยมีการจัดทำโปรแกรมการรักษาด้วยยาเมทาโดนในปลายทศวรรษที่ 70 และเริ่มแพร่ขยายในทศวรรษที่ 80 โดยมีเป้าหมายเพื่อจัดการกับการแพร่ระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ รวมทั้งอาชญากรรมที่เกี่ยวกับยาเสพติดและอันตรายอื่นๆที่เกิดจากยาเสพติด โดยการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดด้วยยาเมทาโดนเพื่อ

วัตถุประสงค์ 3 เป้าหมาย คือ มีการติดต่อกับผู้เสพยาเฮโรอีนอย่างต่อเนื่อง คงระดับจำนวนของผู้เสพยาเฮโรอีน การลดอุปชยาและรักษาผู้เสพยาเฮโรอีน พบว่าหนึ่งในความสำเร็จของการรักษาด้วยโปรแกรมเมธาโดนในการชักจูงให้ผู้เสพยาเสพติดเข้าร่วมการรักษาของกรุงอัมสเตอร์ดัม คือ แม้ว่าการให้บริการแบบ methadone bus จะไม่มีการตรวจปัสสาวะ และไม่มีการติดต่อกับผู้ให้คำปรึกษา แต่กลับพบว่าจำนวนของผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าตั้งแต่การเริ่มประชาสัมพันธ์โครงการฯ ทั้งๆที่การแจกเข็มฉีดยามีข้อจำกัดเหมือนกับประเทศอเมริกา คือ ไม่มีการรักษาเพื่อคงระดับการให้ยาเมทาโดนที่สูงเพียงพอในการป้องกันการให้เฮโรอีน และไม่มีการให้ยาเมทาโดนในลักษณะแบบอื่นนอกจากการรับประทานเท่านั้น

ประเทศเยอรมัน ในประเทศเยอรมันมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรักษาด้วยเมทาโดนและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดในกรุงเบอร์ลิน ผลการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยยาเมธาโดนมีส่วนช่วยลดจำนวนการแลกเปลี่ยนเข็มในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ซึ่งเท่ากับเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีได้ทางหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือ ควรให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดโดยการกำหนดมาตรการป้องกันอื่นๆ ด้วย และควรนำแนวทางการรักษาด้วยยาเมทาโดนไปใช้ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดที่มีอัตราการแลกเปลี่ยนเข็มในระดับสูง เช่น กลุ่มผู้ต้องขังและผู้ที่ใช้ยาเร่งับประสาท

ประเทศบราซิล ประเทศบราซิลได้เริ่มนำแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ที่เมืองซานตอส ในปี 2532 ซึ่งจากการประเมินผลการดำเนินงานพบว่า จากโครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ใช้เข็มฉีดยามีการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น โครงการนี้จึงถูกปิดลงไปในปี 2538 ด้วยเหตุผลว่าเป็นการสนับสนุนให้คนใช้ยาเสพติด ต่อมาได้มีการร่างกฎหมายเกี่ยวกับแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อใช้เฉพาะในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด โดยชี้ให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดต่ำกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ให้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบจากการใช้เข็มฉีดยาที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งกฎหมายฉบับนี้มีผลบังคับใช้ในปี 2541 ในรัฐเซาเปาโลและต่อมามีการขยายผลบังคับใช้ทั่วประเทศบราซิล ซึ่งการดำเนินงานตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนี้ได้เน้นให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีส่วนร่วมมากขึ้น มีสถานที่เฉพาะในการใช้เพื่อฉีดยาที่ปลอดภัยเพื่อลดอันตรายจากการติดเชื้อโรค และมีการออกกฎหมายเพื่อช่วยเหลือคุ้มครองผู้ใช้ยาเสพติด รวมทั้งมีการปรับปรุงระบบการศึกษาเพื่อเอื้อให้ผู้ใช้ยาเสพติดสามารถเข้ารับการศึกษาได้สะดวกมากขึ้น

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานผลการดำเนินงานของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 1987 พบว่า โครงการแจกเข็มฉีดยาสามารถป้องกันผู้ติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด รวมไปถึงสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีไปสู่สามี- ภรรยา และลูกๆประมาณ 10,000 คน และ

ตัวเลขเพิ่มมากขึ้นเป็น 11,000 คนในปี 2000 ซึ่งเมื่อกำหนดค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายในการรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวีในระหว่างปี 1987 -1995 อยู่ที่ประมาณ 244 และ 538 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนเงินดังกล่าวสามารถนำมาจัดตั้งเป็นโครงการแจกเข็มฉีดยาได้มากถึง 161 และ 354 แห่งทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศแทนซาเนีย สำหรับประเทศแทนซาเนียได้นำแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาพัฒนาโดยการผสมผสานการให้บริการคำปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ (VCT) ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Primary health care) ซึ่งเดิมการบริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ (VCT) ไม่ได้มีการกระจายอย่างทั่วถึง และยังใช้วิธีการตรวจหาเชื้อโดยวิธี ELISA ซึ่งต้องใช้เวลาตรวจนาน 2 สัปดาห์ เปลี่ยนมาใช้วิธีการตรวจเลือดอย่างรวดเร็ว (Rapid HIV-testing technique) ในโรงพยาบาล สถานีอนามัย และร้านขายยา โดยเริ่มทดลองดำเนินการใน 3 ตำบล ผลการประเมินพบว่าเมื่อใช้วิธีการผสมผสานดังกล่าว ทำให้การให้บริการคำปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ (VCT) เพิ่มขึ้นหลายเท่าตัว เนื่องจากมีข้อเด่นในเรื่องระยะเวลาการอ่านผลเลือดเพียงวันเดียว

ประเทศอินโดนีเซีย จากสถิติที่สำรวจในกรุงจาการ์ตา และเวสจาวา ในปี 2003 พบว่ามีจำนวนผู้ใช้สารเสพติดโดยการฉีดเข้าเส้นทั้งหมดประมาณ 18,000-26,000 ราย แต่กลับมีแนวโน้มของการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มดังกล่าวเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20-50 ซึ่งจากผลการสำรวจดังกล่าวทำให้ 2 จังหวัดมีการรวมตัวกันของกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำรวจ เรือนจำ โรงพยาบาลเอกชนและองค์กรภาคเอกชน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานฯ วัตถุประสงค์ของการรวมกลุ่มดังกล่าว เพื่อให้กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดสามารถเข้าถึงบริการด้านเข็มฉีดยาสะอาด ได้รับความปลอดภัย การรับบริการในการให้คำปรึกษา ทั้งนี้เพื่อลดอัตราการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ ซึ่งต่อมาข้อเสนอดังกล่าวนำไปสู่การขยายผลจากระดับจังหวัดไปสู่ระดับประเทศ คือ ได้รับการสนับสนุนเงิน โบนัสจากผู้บริหารระดับสูง และมีการปรับกลไกทางกฎหมายเพื่อให้เอื้อต่อกิจกรรมในลักษณะดังกล่าวนี้ให้มากขึ้น รวมทั้งกำหนดให้ประชาชนในท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ

ประเทศจีนและเวียดนาม ในปี 2002 ได้มีองค์กรเอกชนซึ่งเป็นกลุ่มคนที่อยู่ในประเทศจีนและเวียดนามได้ก่อตั้งขึ้นเพื่อร่วมมือกันริเริ่มโครงการแจกเข็มฉีดยาให้กับผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดในมณฑลเซียจู่ ประเทศจีนและตามแนวชายแดนเวียดนาม จังหวัด Lang Song โดยจะมีเจ้าหน้าที่จากองค์กรเอกชนดังกล่าวเป็นผู้ที่คอยเก็บเข็มฉีดยาที่ใช้แล้วจากกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และแจกถุงป้องกันที่สามารถนำไปแลกเข็มฉีดยาใหม่ได้จากร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ ผลการประเมินพบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้าร่วมโครงการมีอัตราแลกเปลี่ยนเข็มลดลงครึ่งหนึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใช้ยาเสพติดที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ

ประเทศเวียดนาม การดำเนินงานตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของประเทศเวียดนามเริ่มต้นในลักษณะงานวิจัย โดยทำการศึกษาการให้บริการคำปรึกษาในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นในชุมชนแบบเชิงรุก (Community-based outreach on use of VCT among IDU) และเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ทำงานในลักษณะเชิงรุก เพื่อเพิ่มจำนวนการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีกับระบบเดิมซึ่งไม่มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ผลการศึกษาพบว่า จากการให้บริการใน 21 คลินิก โดยใช้วิธีการให้บริการในชุมชนสามารถเพิ่มการยอมรับในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้สูงถึงร้อยละ 94 และจำนวนผู้มารับบริการต่อเดือนสูงกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้น่าจะมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่ยังไม่เปิดเผยตัว โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดโดยการฉีดเข้าเส้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อบริการโดยใช้คลินิกการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจเพื่อเชื่อมต่อการบริการที่ผสมผสาน มีการประชุมและใช้บัตรรับส่งต่อร่วมกัน และกำหนดข้อตกลงร่วมกันเพื่อให้มีหลักประกันการบริการส่งต่อ ซึ่งผลจากพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อบริการโดยใช้คลินิกการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจดังกล่าวเป็นตัวเร่งให้เกิดโครงการเอชไอวีแบบเบ็ดเสร็จ (VCT referral network as catalyst for comprehensive HIV program) ในประเทศเวียดนามในเวลาต่อมา

ประเทศบังกลาเทศ มีรายงานผลการสำรวจ 3 รอบในระหว่างปี 1999-2000 ในแหล่งที่มีการให้บริการแลกเปลี่ยนเข็มสำหรับกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด ผลการสำรวจไม่พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น และจำนวนผู้ติดเชื้อซิฟิลิสก็มีอัตราการลดลงจากร้อยละ 4.1 เหลือ 1.7

ประเทศอิหร่าน ในประเทศอิหร่านพบว่ามีรายงานจากร้านขายยาบางแห่งว่ามีการขายเข็มฉีดยาได้ถึงเดือนละ 1,000-1,500 อัน ซึ่งร้อยละ 70 ของผู้ซื้อเข็มฉีดยาเป็นผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ซึ่งในรายงานนี้ได้สรุปผลของโครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยานี้ว่าสามารถช่วยลดอัตราการแลกเปลี่ยนเข็มลงได้ประมาณครึ่งหนึ่ง

ประเทศมาเลเซีย นายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรีของประเทศมาเลเซียได้ตกลงให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดำเนินงานเกี่ยวกับนโยบายการให้บริการรักษาและการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติดอย่างเต็มที่ในปี 2005 ซึ่งในปี 2006 พบว่า ประเทศมาเลเซียมีผู้ติดเชื้อรายใหม่จากการฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือดเพียงจำนวน 3,127 คน จากจำนวนการติดเชื้อสะสมทั้งหมดในประเทศ 52,407 คน และมีการคาดประมาณว่ามีผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดทั้งสิ้นประมาณ 120,000 คน นอกจากนั้นแล้วรายงานผลจากการสำรวจใน drug rehabilitation center จำนวน 28 แห่ง พบว่า มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ระหว่าง ร้อยละ 8-41 ทั้งนี้แตกต่างกันตามภูมิภาค และผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดมีอัตราการติดเชื้อยุงยอนามัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.7 จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทำให้ประเทศมาเลเซียตัดสินใจนำแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ในปี

2006 เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดผ่านโครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยา ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ใช้ยาเสพติดลดหรือเลิกการใช้ยาเสพติดและหันมาใช้สารทดแทนโดยผ่านโครงการที่มีชื่อเรียกว่าการให้บริการบำบัดรักษาโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy: MMT) ซึ่งการผลักดันนโยบายนั้นจำเป็นต้องมีการประชุมและจัดเตรียมข้อมูลให้พร้อม ซึ่งการผสมผสานนโยบายดังกล่าวใช้หลักการสามประการ คือ การลดอุปสงค์ การลดปริมาณการใช้ยาเสพติด และการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ผลปรากฏว่าโครงการนี้ช่วยทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดถูกดึงตัวจากที่มีคู้ที่สว่าง ทำให้มีความกล้าที่จะเปิดเผยตัวและเข้ารับการบำบัดรักษาจากศูนย์ต่างๆ

ส่วนการให้บริการบำบัดรักษาด้วย MMT นั้นมีใน 3 สถานที่ คือ ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในคลินิกเอกชน ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในเรือนจำและศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน โดยศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในเรือนจำเริ่มต้นในปี 2009 ผลการดำเนินงานสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมรวมทั้งให้บริการเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาด้วย สำหรับศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนดำเนินงานพบว่า มีผู้ใช้ยาเสพติดเป็นอาสาสมัครแกนนำค้นหาและเข้าถึงผู้ใช้ยาเสพติดคนอื่นๆ ในชุมชน เพื่อให้ความรู้และให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การใช้ถุงยางอนามัย การแลกเปลี่ยนเข็ม และกระบอกฉีดยาที่สะอาด รวมทั้งชักจูงให้ผู้ใช้ยาเสพติดรายใหม่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา หรือเข้ารับบริการการรับยาเมทาโดนระยะยาว ส่วนกระบวนการดำเนินงานในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนั้นจะมีวิธีการดำเนินงานที่เป็นความลับ เช่น การลงทะเบียนประวัติผู้ป่วยเน้นเป็นความลับทางการแพทย์ และมีระบบรักษาความปลอดภัยประวัติของผู้ป่วยแต่ละคน การแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาใช้ระบบ โท๊ค โดยจะมีบัตรประจำตัวเป็นรหัส ไม่มีชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย ซึ่งบัตรประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละคนจำเป็นต้องมีการเก็บรักษาไว้เป็นอย่างดีเพราะหากถูกจับตำรวจจะมีการประสานงานกับศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดตามเลขรหัสในบัตรประจำตัว ซึ่งก็จะได้รับการปล่อยตัวเพราะถือว่าเป็นผู้เข้าร่วมโครงการ กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้มีการกำหนดตัวชี้วัด และกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแต่ละแห่งอย่างชัดเจนทั้งการบำบัดรักษาด้วยวิธีการให้เมทาโดนระยะยาว และการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยาที่สะอาด

9.7 การดำเนินงานตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทย

การดำเนินงานให้บริการป้องกันและดูแลรักษาผู้ใช้ยาเสพติดในประเทศไทยเริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2533 โดยการดำเนินงานอยู่ในลักษณะเป็นโครงการนำร่อง เช่น โครงการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดด้วยยาเมทาโดนทดแทน โดยภายหลังจากการประชุมสมัชชาแห่งชาติใน พ.ศ. 2544 ประเทศไทยได้มีความพยายามที่จะดำเนินการแก้ปัญหาในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดมาโดยตลอด จนถึง

ปลายปี พ.ศ. 2545 จึงได้มีการจัดตั้ง “คณะทำงานเร่งรัดการลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด” เพื่อให้มีกลไกขับเคลื่อนทั้งในเชิงข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับปัญหา ตลอดจนผลกระทบของการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ กองป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร สถาบันชัชวาลย์ กรมการแพทย์ เครือข่ายผู้ใช้ยาเสพติดประเทศไทย (TDN) มูลนิธิรณรงค์ฯ มูลนิธิพีเอสไอประเทศไทย มูลนิธิรณรงค์เพื่อการเข้าถึงการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (TTAG) กรมราชทัณฑ์ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม สำนักงานคณะกรรมการปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (ปปส.) และสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) องค์การอนามัยโลก (WHO) กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) และสำนักงานสหประชาชาติด้านยาเสพติดและอาชญากรรม (UNODC) ศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐด้านสาธารณสุข (TUC) และองค์การส่งเสริมสุขภาพครอบครัวสากล (FHI) คณะทำงานได้เริ่มการจัดแผนงานและโครงการร่วมภายใต้คณะทำงานดังกล่าวข้างต้น โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานสหประชาชาติ เช่น โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ องค์การอนามัยโลก กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และสำนักงานสหประชาชาติด้านยาเสพติดและอาชญากรรม ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้ได้เผยแพร่เอกสารเชิงนโยบายและข้อมูลสนับสนุนเป็นอย่างดีทำให้หลายหน่วยงานเริ่มมีความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น มีการริเริ่มดำเนินการด้านต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ทั้งนี้ได้รับการสนับสนุนการจัดประชุมต่างๆ โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) กรมควบคุมโรค ภายใต้คณะทำงานดังกล่าวทำให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด อีกทั้งมีการประสานงานกันมากขึ้น หน่วยงานหลัก ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (ปปส.) กรมการแพทย์ และกรมควบคุมโรค มีการผลักดันการแก้ปัญหาทำให้มีผลดีขึ้นตามลำดับ ประกอบกับมีการประกาศใช้ พรบ. ว่าด้วยความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในปี 2545 โดยกำหนดให้ผู้ใช้ยาเป็นผู้ป่วย ซึ่งช่วยทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีโอกาสเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาได้ง่ายขึ้น จนกระทั่งวันที่ 1 กรกฎาคม 2547 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มอบนโยบายในการประชุมเพื่อรายงานผลโครงการเร่งรัดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดให้กรมการแพทย์ สถาบันชัชวาลย์เป็นศูนย์กลางการดำเนินงานการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และเห็นความสำคัญของการขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการดำเนินงานตามแผนงานฉบับแรก (พ.ศ. 2547-2548) ต่อมานายกรัฐมนตรีได้ประกาศสนับสนุนงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ในระหว่างการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2547 ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี ในเวลาต่อมาคณะทำงานได้เปลี่ยนชื่อเป็น “คณะทำงานด้านการลดอันตรายจาก

การใช้จ่าย” มีการจัดทำแผนงานร่วมกันฉบับที่ 2 เพื่อใช้ดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2549-2550 ซึ่งในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีการดำเนินงานจากหน่วยงานต่างๆที่ดำเนินงานด้านยาเสพติดและเอดส์มาอย่างต่อเนื่อง เช่น (สถาบันวิจัยวาระกิจ, 2555)

1) กองป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้ดำเนินงานโครงการเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐอเมริกา ด้านสาธารณสุข (TUC)

2) มูลนิธิเพื่อเอสไอประเทศไทย ได้จัดทำโครงการการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดภายใต้ชื่อว่า “บ้าน OZONE” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 มีการให้บริการข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ใช้ยาเสพติดในรูปแบบ drop-in center เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ใช้ยาเสพติด รวมทั้งให้บริการคลินิกสุขภาพและการให้คำปรึกษา

3) มูลนิธิริรักษ์ไทย และเครือข่ายผู้ใช้ยาประเทศไทย (TDN) ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาเลเรีย (กองทุนโลกด้านเอดส์) ดำเนินโครงการป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเพิ่มการช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติด โดยเปิดศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 3 แห่งทั่วประเทศ มีการดำเนินงานแบบ drop-in center มีการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ การแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยา การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ โดยให้เครือข่ายผู้ใช้ยาเสพติดเป็นผู้ดำเนินการโดยตรง

4) สถาบันวิจัยวาระกิจ ได้รับงบประมาณจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) และสำนักงานสหประชาชาติด้านยาเสพติดและอาชญากรรม (UNODC) ในการดำเนินโครงการ Drug and HIV/AIDS outreach program และได้รับงบประมาณจากองค์การส่งเสริมสุขภาพครอบครัวสากล (FHI) ในปี พ.ศ. 2550-2551 ในการพัฒนาศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่เข้าถึงได้ง่าย โดยใช้ชื่อว่า “บ้านอุ่นไอรัก” สร้างกลุ่มอาสาสมัครผู้ใช้ยาเสพติดที่ทำงานกับผู้ใช้ยาเสพติด สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้าถึงผู้ใช้ยาเสพติด

5) สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) ได้รับงบประมาณจากรัฐบาลในการดำเนินงานโครงการพัฒนาเครือข่ายการทำงานด้านเอดส์ในผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดระดับชาติในปี พ.ศ. 2550-2551 ได้พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลนำร่อง 10 แห่ง พร้อมสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานเพื่อให้บริการการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

สำหรับการดำเนินงานของสถาบันวิจัยวาระกิจได้ก่อให้เกิดโครงการเข้าถึงผู้ใช้ยาเสพติด ซึ่งนำร่องโดยศูนย์บำบัดในกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่และสงขลา เกิดเป็นบทเรียนของศูนย์บำบัดของภาครัฐครั้งแรก นอกจากนี้ยังได้จัดให้มีการประชุมวิชาการด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดขึ้นเป็นครั้งแรกในเดือนมิถุนายน 2548 ครั้งที่ 2 เมื่อปี พ.ศ. 2550 และครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ.

2551 ซึ่งการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆทำให้เกิดรูปแบบกิจกรรมตามแนวทางการลดอันตรายมากขึ้น เช่น โครงการ outreach เพื่อเข้าถึงตัวผู้ใช้ยาเสพติด การตั้งศูนย์ drop-in ให้กับผู้ใช้ยาเสพติด การทำงานกับผู้ต้องขังในเรือนจำ การพัฒนาคู่มือการฝึกอบรม การทำงานใกล้ชิดโดยให้มีส่วนร่วมของผู้ใช้ยาเสพติดมากขึ้น การจัดทำหนังสือและเอกสารทางวิชาการต่างๆ เช่น หนังสือทบทวนองค์ความรู้และประเมินสถานการณ์ปัญหาและการแก้ไขที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด หนังสือทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านนโยบายและกระบวนการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด แนวทางการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดด้วยยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว คู่มือการทำงาน outreach แนวทางการปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น ต่อมาต้นปี พ.ศ. 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศให้ยาเมทาโดนรวมอยู่ในบัญชีหลักที่สามารถบริการผู้ใช้ยาเสพติดภายใต้พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ เป็นต้น

นอกจากนี้ การที่คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิบัติทางการป้องกันเอดส์ ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ได้สนับสนุนงบประมาณ 34 ล้านบาทจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแก่สถาบันวิจัยรณรงค์และหน่วยงานเครือข่ายให้ดำเนินการด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และลดการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ 13 จังหวัด ซึ่งเป็น โอกาสที่ได้ขยายความครอบคลุมของการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดให้มากขึ้น นับได้ว่าตั้งแต่ปี 2549 เป็นต้นมา กลไกคณะทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ได้มีการปรับเปลี่ยนทั้งองค์ประกอบของคณะทำงานที่มีองค์กรและกรมการที่หลากหลายมากขึ้น และแต่ละองค์กรมีศักยภาพทางการเงินและทรัพยากรบุคคลดำเนินการมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้การทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดได้ผลดียิ่งขึ้น และได้รับการตอบสนองในระดับองค์กรและหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งมีความเอกภาพในการทำงานร่วมกันมากขึ้น

10. แนวคิดการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Drop-in center concept)

10.1 ความหมายของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Drop-in center) หมายถึง แหล่งหรือสถานที่ปลอดภัยสำหรับผู้ใช้ยาเสพติดที่ใช้ในการจัดกิจกรรมและให้บริการที่เป็นประโยชน์ทางสุขภาพตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ซึ่งบริการทางสุขภาพที่จัดให้เน้นบริการตามความต้องการที่จำเป็นของผู้ใช้ยาเสพติดครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (Holistic needs) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการบริการ 10 ชุดบริการ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ใช้ยาเสพติดเห็นความสำคัญของตนเอง เกิดเจตคติที่ดีว่าตนเองมีคุณค่าต่อสังคม ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพให้กับผู้ใช้ยาเสพติดในการดูแลตนเอง และป้องกันโรคที่อาจเกิดจากการใช้ยาเสพติด เช่น การติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อตับอักเสบบีไวรัส ให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ใช้ยาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพของรัฐตามสิทธิพึงมีพึงได้ของตนเอง รวมทั้งเป็นแหล่งที่ผู้ใช้ยาเสพติดใช้เป็นที่พักพิงเพื่อทำ

กิจกรรมสร้างสรรค์ ฝึกทักษะการเข้าสังคม ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่อาจมีผลกระทบต่อผู้อื่น โดยได้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม ประการสำคัญคือได้รับการตรวจสุขภาพตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตลอดทั้งได้รับการส่งเสริมอาชีพ อันจะช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกๆด้านจนกว่าจะสามารถลดละเลิกการใช้ยาเสพติดได้ในที่สุด

10.2 มาตรฐานสำคัญของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

มาตรฐานสำคัญของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดประกอบด้วย 3 ด้านดังนี้ (สถาบัน รัชฎญารักษ์, 2556)

1) ด้านสถานที่ตั้ง มีดังนี้

1.1) เหมาะสม แหล่งที่ตั้งควรอยู่ในบริเวณใกล้กับที่พักอาศัยของกลุ่มเป้าหมาย และใกล้กับสถานบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งกำหนดเวลาเปิด-ปิดการให้บริการสอดคล้องกับเวลาที่กลุ่มเป้าหมายสะดวกในการเข้าใช้บริการ

1.2) เพียงพอ ควรมีพื้นที่กว้างขวาง ไม่แออัดเกินไป จัดไว้เป็นส่วน เช่น ห้องทำงาน ของเจ้าหน้าที่ ห้องประชุม ห้องพักผ่อน ห้องพยาบาล ห้องอาหาร เป็นต้น

1.3) สะดวก สามารถเดินทางไปมาได้ง่าย มีรถประจำทางผ่าน แต่ไม่ควรอยู่ในย่านที่มีการจราจรคับคั่ง

1.4) สะอาด ทั้งตัวอาคาร ห้องพัก ห้องอาบน้ำ ห้องอาหาร ฯลฯ และอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆภายในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมีลักษณะที่พร้อมใช้และสะอาดถูก สุขอนามัย

1.5) ปลอดภัย ไม่ตั้งอยู่ในบริเวณที่ล่อแหลมต่อการเผชิญกับอาชญากรรม ภัยธรรมชาติ หรือมีเสียงอึกที่รบกวนมากเกินไป

1.6) ไม่แปลกแยก ไม่โดดเด่นจนทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน ถูกตีตรา หรือมีอคติในด้านต่างๆ เช่น อาคารสถานที่และแหล่งที่ตั้งควรมีลักษณะกลมกลืนกับสภาพแวดล้อมของชุมชน ชื่อสถานที่ควรตั้งให้เกิดความรู้สึกอยากมาใช้บริการ หรือทำให้ชุมชนรู้สึกมีส่วนร่วม เช่น ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์ลดอันตราย ศูนย์บริการคุณภาพชีวิต เป็นต้น ไม่ควรตั้งชื่อที่ล่อแหลมต่อ มุมมองด้านศีลธรรมหรือค่านิยมหมาย เช่น ศูนย์กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด เป็นต้น

2) ด้านบุคลากร

2.1 มีโครงสร้างการทำงานที่แบ่งบทบาทหน้าที่กันชัดเจน เช่น ผู้อำนวยการ กรรมการ ผู้จัดการ เจ้าหน้าที่ประสานงาน แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ใช้บริการ

2.2 ศักยภาพของทีมงาน ควรมีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ความรู้เรื่องแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด รวมทั้งมีเจตคติที่ดีต่อการทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และมีทักษะในการทำงานตรงกับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในทีมงาน

2.3 จัดให้มีการดำเนินกิจกรรมการบริการข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือทั้งในด้านการบริการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการบริการทางสังคม

2.4 มีการจัดวางระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

3) ด้านอุปกรณ์

3.1 มีพื้นที่กว้างเพียงพอต่อการให้บริการด้านนันทนาการ เช่น โทรทัศน์ เกมส์ นิตยสาร วารสาร อุปกรณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น อุปกรณ์การออกกำลังกายทั่วไป

3.2 มีพื้นที่และบริการด้านที่พักผ่อน เช่น ห้องนั่งเล่น ห้องพักผ่อน

3.3 มีพื้นที่และบริการด้านการดูแลสุขภาพ เช่น มีห้องพยาบาล

3.4 มีสื่อและอุปกรณ์การเรียนรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย เช่น เอกสาร แผ่นพับ ห้องให้คำปรึกษา

3.5 มีอุปกรณ์ลดความเสี่ยง เช่น ถุงยางอนามัย

10.3 กิจกรรมภายในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

กิจกรรมภายในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ส่วนใหญ่เน้นกิจกรรมการให้ความรู้ ฝึกทักษะต่างๆ และจัดบริการทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้ใช้ยาเสพติดที่เป็นสมาชิก ดังนี้

1) ด้านการบริการส่งเสริมสุขภาพ

1.1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และโรคที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติด เช่น เชื้อเอดส์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบ

1.2) ตรวจสอบสุขภาพ เพื่อค้นหาความผิดปกติ โรคแทรกซ้อนของผู้ใช้ยาเสพติดที่เป็นสมาชิก

1.3) การให้บริการการดูแลสุขภาพให้กับผู้ใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านครอบคลุม 10 ชุดบริการ

1.4) จูงใจให้ผู้ใช้ยาเสพติดที่เป็นสมาชิกให้เข้ารับการบำบัดรักษา โดยทำการคัดกรอง และส่งต่อเข้ารับการบำบัดรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในแล้วแต่กรณีที่เหมาะสม

1.5) มีกิจกรรมการพัฒนาทักษะในการป้องกันการติดเชื้อโรค เช่น การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง วิธีการทำความสะอาดเข็มฉีดยา เป็นต้น

1.6) การให้คำปรึกษาผู้ใช้ยาเสพติดเป็นรายบุคคลและกลุ่ม

1.7) เป็นที่พึ่งทางใจ คลายเครียด

1.8) สร้างพลังให้สมาชิกเพื่อให้คงอยู่ในระบบเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

1.9) กิจกรรมการออกกำลังกาย และจัดนันทนาการตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุเพศใดแต่ละคน

2) ด้านการบริการทางสังคม

- 2.1) กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน
- 2.2) กลุ่มบำบัด เช่น กลุ่มฝึกทักษะทางสังคม
- 2.3) ระบบส่งต่อบริการการบำบัดรักษา
- 2.4) กิจกรรมพัฒนาทักษะอาชีพ และบริการฝึกอาชีพตามความสนใจของผู้สูงอายุเพศใดที่เป็นสมาชิกของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด
- 2.5) กิจกรรมการบำเพ็ญประโยชน์ทางสังคม
- 2.6) สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวผู้สูงอายุเพศใดที่เป็นสมาชิก
- 2.7) กิจกรรมทางสังคมอื่นๆ เช่น การร่วมกิจกรรมของชุมชนในเทศกาลและประเพณีท้องถิ่น กิจกรรมพัฒนาชุมชนเนื่องในวันสำคัญ เป็นต้น

3) ความรู้ที่จำเป็นในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

- 3.1) บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 10 ชุดบริการ
- 3.2) สุขอนามัยทั่วไป
- 3.3) โรคติดเชื้อที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด เช่น โรคเอดส์ โรคตับอักเสบ
- 3.4) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และโรคจิตเวช
- 3.5) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 3.6) โรคสมองติดยา
- 3.7) แนวทางการเลิกใช้ยาเสพติด
- 3.8) สิทธิและหน้าที่รับผิดชอบของประชาชนไทย
- 3.9) การรับประทานยามาเมทาโดนทดแทนระยะยาว
- 3.10) การเข้าถึง เข้าใจผู้สูงอายุเพศใด และบทบาทหน้าที่ของผู้ที่ค้นหาและคัดกรองผู้สูงอายุเพศใดในชุมชน (Outreach worker)

4) กิจกรรมการฝึกทักษะที่จำเป็นภายในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

- 4.1) ทักษะการควบคุมอารมณ์และการจัดการกับอารมณ์
- 4.2) ทักษะการลดภาวะความตึงเครียด
- 4.3) ทักษะการสอน แนะนำแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด
- 4.4) ทักษะการพัฒนาจิตใจให้สงบและมั่นคง
- 4.5) ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- 4.6) ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและระบบประสาทสัมผัส

กล่าวโดยสรุปได้ว่าศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นแหล่งหรือสถานที่ปลอดภัยสำหรับผู้ใช้ยาเสพติดที่สามารถร่วมกันจัดกิจกรรม และมารับบริการด้านการดูแลสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ซึ่งภายในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมีการจัดบริการด้านการดูแลสุขภาพแบบรอบด้าน 10 ชุดบริการ รวมทั้งการให้บริการอื่นๆควบคู่กันไปด้วยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ใช้ยาเสพติด หากผู้ใช้ยาเสพติดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดย่อมมีผลให้เกิดพฤติกรรมลดความเสี่ยงและรู้จักใช้ยาเสพติดให้ปลอดภัยมากขึ้นหากยังไม่สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ ทั้งนี้การจัดบริการในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการสามารถเลิกใช้ยาเสพติดในระยะยาวได้ในที่สุด

11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับฝิ่นและชาวไทยภูเขาในประเทศไทย

มีการรายงาน The risk of tramadol abuse and dependence : Findings in two patients (Journal of the American Academy of Physician Assistants เดือนกรกฎาคม 2009 อ้างอิงใน กองควบคุมวัตถุเสพติด, 2556) โดยรายแรกเป็นชาย อายุ 38 ปี เข้าโรงพยาบาลด้วยอาการชัก ประวัติมีการใช้ยา ترامาดอลเป็นประจำ ได้รับยาสูงสุด 27 เม็ด (50 มิลลิกรัม/เม็ด) ทุกวัน รายที่สองเป็นหญิง อายุ 57 ปี ที่มีประวัติการติดยาแก้ปวดชนิดอื่นมาก่อน และมีการใช้ยา ترامาดอล 300 มิลลิกรัม จำนวน 3-6 ครั้งต่อวัน มาเป็นเวลา 3 เดือน

หน่วยงาน Drug Enforcement Administration (DEA) ประเทศสหรัฐอเมริกา (Drug Enforcement Administration, 2013 อ้างอิงใน กองควบคุมวัตถุเสพติด, 2556) ได้รายงานว่ายา ترامาดอลเป็นยาที่สามารถนำไปใช้ในทางที่ผิดได้ง่ายทั้งในผู้เสพยา ผู้ป่วยที่ใช้ยาบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่อง และบุคลากรทางการแพทย์ และ Drug Abuse Warning Network (DAWN) รายงานว่าในปี 2010 มีผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินด้วยเหตุอันเนื่องมาจากยา ترامาดอล จำนวน 16,251 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 20,000 รายในปี 2011

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2009 อ้างอิงใน วีรวัด อูครานันท์, 2558) ได้ให้คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดฝิ่นในการพยายามที่จะหยุดการเสพยาฝิ่นอาจจะด้วยวิธีหักดิบ (Cold turkey) หรือถอนพิษยา (Detoxification) ก่อนที่จะพิจารณาการให้การรักษาด้วยสารทดแทนระยะยาว

Tamaskar, RP. และคณะ. (2003 อ้างอิงใน วีรวัด อูครานันท์, 2558) ทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วย Heroin withdrawal ระหว่างการใช้ยา Tramadol กับ Buprenorphine ผลการศึกษาพบว่า Tramadol สามารถบรรเทาอาการถอนพิษยาในผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง

Chawla, JM. และคณะ. (2013 อ้างอิงใน วีรวัต อุครานันท์, 2558) ได้ทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบแบบ randomized control trial ระหว่าง Tramadol กับ Buprenorphine ผลการศึกษาพบว่า Tramadol มีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการถอนพิษยาของสารกลุ่มโอปิออยด์ แต่มีประสิทธิภาพจำกัดในกลุ่มที่มีอาการถอนพิษยาปานกลางถึงรุนแรง และที่สำคัญมีความเสี่ยงสูงต่อการชัก (Seizure) มากกว่ายาในกลุ่ม Buprenorphine ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอแนะว่าหากนำมาใช้ในการรักษาควรได้รับการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ

Ray, Kattimani, และ Sharma. (อ้างอิงใน วีรวัต อุครานันท์, 2558) ได้กล่าวถึงการรักษาผู้ป่วยเสพติดว่าได้มีความพยายามในการศึกษาการให้การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวพบว่าค่าเฉลี่ยเมทาโดนที่ใช้ในผู้เสพติดที่อยู่ที่ประมาณ 45 มิลลิกรัม

Ahmadi, และคณะ. (2004) และ Daneshmand, และคณะ. (2014) (อ้างอิงใน วีรวัต อุครานันท์, 2558) ได้รายงานผลการศึกษาในประเทศอิหร่านว่ามีการนำสารทดแทนอื่น เช่น Buprenorphine หรือ Tincture of opium มาใช้เป็นสารทดแทนระยะยาว

Rahimi-Movaghar และคณะ. (อ้างอิงใน วีรวัต อุครานันท์, 2558) ได้กล่าวสรุปว่าจากการทบทวนข้อมูลการศึกษาในปัจจุบันอย่างเป็นระบบยังไม่สามารถสรุปถึงผลลัพธ์ความแตกต่างในการรักษาระหว่างการบำบัดด้วยยาทั้งการบำบัดระยะยาวหรือ detoxification และการบำบัดโดยไม่ใช้ยา

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2555) ได้รวบรวมสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฝิ่นในปี 2545-2554 เป็นรายภาค พบว่า จากข้อมูลสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฝิ่นรายเก่าในช่วงปี 2545-2554 ภาคเหนือมีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสูงกว่าภาคอื่น เมื่อพิจารณาในช่วงระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2550-2554) พบว่า จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากจำนวน 878 คนในปี 2550 เป็น 978 คน, 981 คน, 1,004 คน และ 1,434 คน ตามลำดับ ส่วนสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฝิ่นรายใหม่ในช่วงปี 2545-2554 รายภาคพบว่า จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่ยังคงเป็นภาคเหนือ ส่วนภาคอื่นๆมีรายงานค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่มีจำนวนเพิ่มสูงมากเป็นพิเศษในปี 2546 มีจำนวนถึง 7,446 คน เนื่องจากผลของนโยบายสงครามเอาชนะยาเสพติดในปีนั้น แต่ภายหลังจากนั้นก็เริ่มมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง สำหรับในปี 2554 พบว่ามีจำนวน 1,133 คน โดยมากกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในพื้นที่สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5 (เชียงใหม่ เชียงราย น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน) นอกจากนี้ยังพบว่าวิธีการเสพติดส่วนใหญ่ใช้วิธีการสูบ แต่ยังคงมีรายงานการฉีดอยู่บ้างในทุกปี โดยพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งรายเก่าและรายใหม่ในปี 2554 รายงานว่าใช้วิธีการฉีดฝิ่นประมาณร้อยละ 4 ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงขึ้นจากในปี 2547-2553 อย่างชัดเจน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมีการ

เปลี่ยนวิธีเสพจากการสูบมาเป็นฉีดมากขึ้น โดยเฉพาะผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฝิ่นรายใหม่ในปี 2554 มีรายงานการฉีดฝิ่นก่อนข้างสูง ผู้วิจัยได้สรุปผลการศึกษาว่าวิธีการเสพฝิ่นในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงจากวิธีการสูบมาเป็นฉีดมากขึ้น

เครือข่ายของคักกรวิชาการสารเสพติด (2555) ได้ทำการศึกษาเรื่องสถานภาพการใช้สารเสพติด พ.ศ. 2554 การสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำการสำรวจคุณภาพชีวิตของประชากรไทยทั่วประเทศและสำรวจจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดทั้งหมด 12 ชนิด ผลการศึกษาพบว่า ประมาณการได้ว่ามี “ผู้เคยใช้” ฝิ่นจำนวน 167,330 คน หรือคิดเป็นประมาณประชากร 3.5 คนใน 1,000 คน โดยมีความหนาแน่นสูงสุดในภาคเหนือ (9.2 ต่อพันคน) รองลงมาเป็นภาคกลาง (3.3 ต่อพันคน) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2.5 ต่อพันคน) ซึ่งอัตราการเคยใช้ฝิ่นในประชากรชาย (3.0 ต่อพันคน) สูงกว่าในประชากรหญิง (0.5 ต่อพันคน) ถึงประมาณ 6 เท่า ส่วนกลุ่มอายุที่มีประสมการณ์เคยใช้สูงสุดคือกลุ่มอายุ 45-65 ปี (2 ต่อพันคน) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25-44 ปี (1 ต่อพันคน)

โสภานิมมวและคณะ (2546) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหยุดเสพฝิ่นของชาวไทยภูเขาที่ผ่านการบำบัดรักษาการเสพฝิ่นที่ศูนย์บำบัดรักษาเสพฝิ่นแม่ฮ่องสอนจำนวน 168 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 7.8) มาจากชนเผ่ามูเซอมากที่สุด รองลงมาเป็นชนเผ่ากะเหรี่ยง ม้งและลีซอ (ร้อยละ 54.8, 26.2 และ 17.3 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 41.9 ปี (ร้อยละ 82.1) เป็นผู้เสพฝิ่นร่วมกับยาแก้ปวดมากที่สุด (ร้อยละ 47.0) ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาด้วยความสมัครใจ (ร้อยละ 79.6) และสามารถอยู่ครบกำหนดการรักษา (ร้อยละ 58.3) ส่วนการติดตามผลการรักษาหลังจากการเข้ารับการบำบัดรักษาในระยะเวลา 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่กลับไปเสพฝิ่นซ้ำร้อยละ 30.3, 25.2, 27.5 และ 17.2 ตามลำดับ โดยในกลุ่มตัวอย่างที่มีการติดตามผลหลังการบำบัดรักษา 1 เดือน พบว่า เพศชายหยุดเสพได้มากกว่าเพศหญิง ชนเผ่ากะเหรี่ยง และม้งหยุดเสพได้มากกว่าชนเผ่าอื่น ผู้ป่วยรายใหม่หยุดเสพได้มากกว่าผู้ป่วยรายเก่า การใช้ฝิ่นร่วมกับสารอื่นสามารถหยุดเสพได้มากกว่าการใช้ฝิ่นอย่างเดียว ผู้ที่สมัครใจเข้ารับการรักษายุ่งเสพได้มากกว่าผู้ป่วยที่ถูกบังคับรักษา ผู้รับการรักษาอยู่บำบัดรักษาครบ 21 วัน มีแนวโน้มหยุดเสพได้มากกว่าผู้รับการรักษาไม่ครบกำหนด

สลินดา แวสูงเนินและธัญญารัตน์ ขจัดพาล (2544) ศึกษาสาเหตุ ปัจจัยและการรับรู้ต่อการบำบัดรักษาของผู้ป่วยชาวเขาเสพฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่ศูนย์บำบัดรักษาเสพฝิ่นจังหวัดแม่ฮ่องสอนจำนวน 7 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ชาวเขาติดฝิ่น คือ การใช้เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและอาการไม่สุขสบาย โดยได้รับการถ่ายทอดความรู้และวิธีการเสพฝิ่นมาตั้งแต่อดีต เนื่องจากการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สะดวก และต้องใช้เวลาใน

การเดินทางมาก รวมทั้งมีความเชื่อว่าการใช้ฝืนเป็นยารักษาโรค ไม่ก่อให้เกิดการเสียดและเป็นอันตรายต่อร่างกาย นอกจากนั้นยังพบว่าฝืนมีส่วนช่วยให้สามารถทำงานได้มากขึ้นและยังจำหน่ายเป็นรายได้เพิ่มเติมทำให้อยู่ใกล้ชีวิตกับฝืนจึงเสียด และสาเหตุประการสุดท้ายคือ การถูกชักจูงจากเพื่อนฝูงทำให้ลองจนติดฝืนในที่สุด ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับฝืนพบว่า ชาวเขารับรู้เกี่ยวกับฝืนใน 2 ทาง คือ มองว่าฝืนมีประโยชน์ต่อตนเองในการรักษาโรคและช่วยให้สามารถทำงานได้ อีกทางหนึ่งคือ รับรู้ว่าฝืนมีโทษต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม อย่างไรก็ตามชาวเขาต่างยอมรับว่ามีความต้องการและตั้งใจเลิกเสียดฝืน รับรู้ต่อการบำบัดรักษาในทางที่ดี ส่วนชาวเขาที่ถูกบังคับให้มารักษามีการรับรู้ต่อการบำบัดรักษาในทางที่ไม่ดี และเมื่อสิ้นสุดการรักษาก็กลับไปเสียดซ้ำอีก ส่งผลให้การบำบัดรักษาไม่ได้ผล

เกสร สมพฤษย์ (2534) ศึกษาการใช้ยาเสียดของชาวบ้านห้วยน้ำค้าง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ และศึกษาความคิดเห็นของครอบครัวผู้ติดฝืนที่มีต่อการป้องกันและบำบัดรักษา ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวเขาเผ่าลีซอ (ร้อยละ 75.9) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.4) อายุระหว่าง 15-17 ปี (ร้อยละ 79.6) ไม่ได้รับการศึกษาเลย (ร้อยละ 89.7) ส่วนใหญ่ครอบครัวมีรายได้ระหว่าง 2,001-3,000 บาทต่อปี ซึ่งถือว่าไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว (ร้อยละ 31) สำหรับความคิดเห็นต่อการบำบัดรักษาการติดฝืนพบว่า สมาชิกในครอบครัวและญาติควรให้การสนับสนุนโดยการทำงานแทนเมื่อผู้ป่วยเสียดฝืนไปรับการบำบัดรักษาและครอบครัวควรเอาใจใส่ในเรื่องอาหารการกินตลอดจนเป็นที่เลี้ยงช่วยเหลือในเรื่องอื่นๆแทนตนเอง (ร้อยละ 79.7) และกรรมการหมู่บ้านควรช่วยเหลือหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในการบำบัดรักษาผู้ติดฝืน (ร้อยละ 70.7)

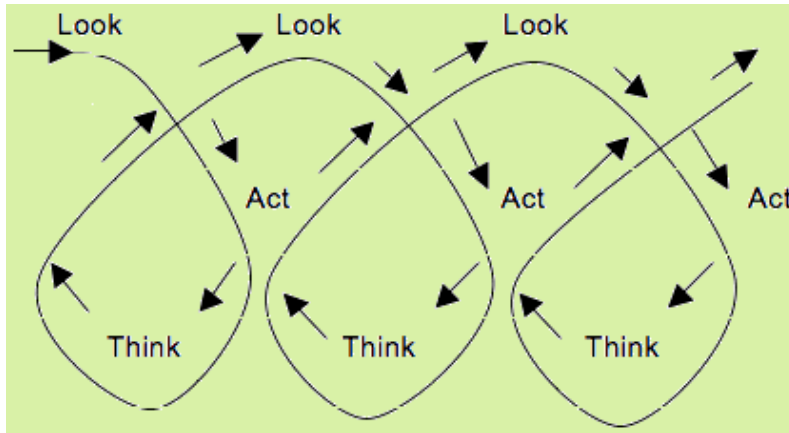
พัชรินทร์ สิริสุนทร (2531) ศึกษาพฤติกรรมและการเยียวยาตนเองด้วยฝืนของชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง โดยศึกษาในชุมชนม้งแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยการเฝ้าสังเกตและสัมภาษณ์ตลอดจนบันทึกอาการเจ็บป่วยทั้งผู้ป่วยที่ใช้ฝืนและไม่ใช้ฝืนในการรักษาเยียวยาจำนวนทั้งสิ้น 24 ราย ผลการศึกษาพบว่า ชาวม้งทั้ง 24 ราย มีอาการป่วยทั้งสิ้น 50 ครั้ง และมีผู้ป่วยที่ใช้ฝืนรักษาอาการเจ็บป่วยจนถึงแก่ความตาย 1 ราย และสามารถจัดการกลุ่มอาการเจ็บป่วยได้ 4 กลุ่มอาการหลัก คือ 1) กลุ่มอาการท้องเสีย ท้องเดิน 2) กลุ่มอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย 3) กลุ่มอาการเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร และ 4) กลุ่มอาการไข้หนาวสั่น ส่วนพฤติกรรมกรักษาเยียวยาของชาวม้งที่เจ็บป่วยมีลักษณะเป็นขั้นตอนต่างกันไปตามลักษณะความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ประเภทของโรคที่ผู้ป่วยนิยมรักษาด้วยฝืนเป็นโรคระดับเล็กน้อยที่เกิดขึ้นบ่อยๆในชีวิตประจำวัน เช่น ท้องร่วง ปวดศีรษะ เป็นไข้ ปวดเมื่อยตามร่างกาย และยังใช้ฝืนเป็นยาฆ่าเชื้อในกรณีที่เกิดบาดแผล ซึ่งผลที่ได้จากการใช้ฝืน พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ฝืนชั่วคราวจะได้รับการผลดีในแง่ของการบำบัดรักษาโรคมมากกว่าผู้ป่วยที่เสียดฝืน เนื่องจากฝืนสามารถช่วยระงับบรรเทาอาการเจ็บป่วยและบรรเทาอาการของโรคก่อนที่ผู้ป่วยจะพบแพทย์ ส่วนผู้ป่วยที่ติดฝืนมักเกิดจากการใช้ฝืนรักษาโรคเรื้อรังต่อเนื่องกันเป็น

ระยะเวลาานาน ซึ่งผลเสียที่ตามมานั้นประกอบด้วยด้านเศรษฐกิจ คือ ทำให้ตัวผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีสภาพความเป็นอยู่อย่างยากลำบาก อดอยากหิวโหย เนื่องจากต้องนำรายได้ส่วนหนึ่งไปเป็นค่าใช้จ่ายในการแสวงหาฝิ่นมาเสพ ส่วนผลทางสังคมได้แก่ การถูกตีดินนินทา วิวาทษ์วิจารณ์จากหมู่ญาติพี่น้อง และ ไม่เป็นที่ยอมรับนับถือในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่

กรอบคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าฝิ่นยังคงเป็นยาเสพติดที่ชาวไทยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ราบสูงภาคเหนือนิยมเสพมากกว่ายาเสพติดประเภทอื่น ทั้งนี้เพราะวิถีชีวิตของชาวเขาที่มีความสัมพันธ์กับฝิ่นในหลายรูปแบบ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข วัฒนธรรมและประเพณีมานาน แต่การแพร่ระบาดของฝิ่นก่อนข้างจำกัดเฉพาะในกลุ่มชาวเขาที่มีอายุหรือกลุ่มผู้ป่วยเท่านั้น สำหรับการบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นของสถานพยาบาลในปัจจุบันใช้วิธีการหลากหลายและหลายรูปแบบ แต่ที่กำลังเป็นที่นิยมมากขึ้นคือวิธีการบำบัดรักษาโดยการให้ยาทดแทนเพื่อการถอนพิษยา ซึ่งยาทดแทนที่ใช้ในปัจจุบัน คือ ทิงเจอร์ฝิ่น เมทาโดน โคลเดอีน หรือ ترامาดอล โดยผู้ให้การบำบัดรักษาจะพิจารณาว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษาแต่ละคนจะมีความเหมาะสมกับยาชนิดใด ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยตลอดเวลากการบำบัดรักษา สำหรับแนวความคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนั้นผู้วิจัยคิดว่าน่าจะเป็นแนวคิดหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมายที่นำไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการในการบำบัดรักษาให้กับผู้ใช้ฝิ่นในแต่ละพื้นที่ เนื่องจากพื้นที่เป้าหมายส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและเสพฝิ่นมาอย่างยาวนาน ดังนั้นการมุ่งเน้นบำบัดรักษาเพื่อให้เลิกเสพฝิ่นจึงเป็นสิ่งที่อาจประสบความสำเร็จได้ค่อนข้างยากหรือยากมาก สำหรับแนวความคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดไม่ได้มุ่งเน้นให้ผู้เสพฝิ่นลดละเลิก แต่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้เสพฝิ่น โดยการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้เสพยาเสพติดโดยตรง เน้นหนักในด้านการใช้บริการสาธารณสุขที่จะลดผลกระทบทางลบที่เกิดจากการเสพติดฝิ่น และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้เสพฝิ่นมากกว่าจะทำให้หยุดเสพฝิ่น หรือปลอดจากยาเสพติดอื่นๆ ดังนั้นการเลิกใช้ยาเสพติดหรือเลิกเสพฝิ่นโดยเด็ดขาดจึงไม่เป็นประเด็นหรือเป้าหมายที่ต้องการ แต่กลับเป็นวิธีการที่จะลดการแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบบ และเชื้อเอชไอวี ประการสำคัญคือช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้เสพฝิ่นให้อยู่ร่วมกับชุมชนได้ โดยสามารถประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงดูครอบครัวได้ในระหว่างได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจนกว่าผู้เสพติดฝิ่นต้องการเลิกฝิ่นด้วยตนเองในที่สุด

กรอบคิดในการวิจัยเชิงปฏิบัติครั้งนี้เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้หลักการและขั้นตอนการวิจัยตามแนวคิดของ Stringer (2007) ซึ่งมีลักษณะเป็นเกลียวของการคิดการพิจารณาและการกระทำ ซึ่งเรียกว่า “เกลียวปฏิสัมพันธ์ (Interacting spiral)” ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ดูว่ามีปัญหาอะไร (Look) คิดพิจารณา (Think) และลงมือปฏิบัติ (Act) ดังนี้ (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Stringer (2007)

บทที่ 3

การดำเนินการวิจัย

การพัฒนา รูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดของบุคลากรที่ปฏิบัติงานและพัฒนา รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่รวมทั้งศึกษาความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้เสพยาเสพติดที่อาศัยในชุมชนบนพื้นที่สูง 3 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ คือ อำเภอไชยปราการ อำเภอเวียงแหง อำเภอเชียงดาว อำเภอแม่แตง และ อำเภอมก๋อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน คือ อำเภอปาย และ จังหวัดตาก คือ อำเภอแม่ระมาด 2) บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตากที่ได้รับการแต่งตั้งและมอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก ประกอบด้วย แพทย์พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชน และแกนนำชุมชนประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน และเจ้าพนักงานองค์การบริหารส่วนตำบล

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้เสพยาเสพติด การประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้เสพยาเสพติดในการวิจัยครั้งนี้ใช้การประมาณการตามสูตรของ Krejcie และ Morgan (1970) ซึ่งได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 265 คน แต่เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายและไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จึงเก็บเพิ่มอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างผู้เสพยาเสพติดที่ศึกษาในครั้งนี้ได้จำนวนเท่ากับ 289 คน (ตารางที่ 4) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80.3) เพศหญิง (ร้อยละ 19.4) มีอายุระหว่าง 41–50 ปี (ร้อยละ 34.9) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 31–40 ปี และ 51–60 ปี (ร้อยละ 26.6 และ 19.7 ตามลำดับ) อายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 44.57 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 65.7) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไปและว่างงาน (ร้อยละ 24.2 และ 8.7 ตามลำดับ) (ตารางที่ 21)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นใน 3 พื้นที่

อำเภอ	ประชากร (N=857)		กลุ่มตัวอย่าง (n=289)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จังหวัดเชียงใหม่	569	66.39	201	69.55
อำเภอไชยปราการ	145	25.49	55	27.36
อำเภอเชียงดาว	87	15.29	22	10.95
อำเภอเวียงแหง	60	10.54	48	23.88
อำเภอแม่แตง	64	11.25	50	24.88
อำเภออมก๋อย	213	37.43	26	12.94
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	32	3.73	32	11.07
อำเภอปาย	32	100.00	32	100.00
จังหวัดตาก	256	29.88	56	19.38
อำเภอแม่ระมาด	256	100.00	56	100.00
รวม	857	100.00	289	100.00

2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นที่ได้รับการแต่งตั้งให้ทำหน้าที่ดำเนินงานบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling) และสมัครใจเข้าร่วมให้ข้อมูล ได้จำนวนรวม 53 คน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ส่วนใหญ่เป็นแกนนำชุมชนในพื้นที่คิดเป็นร้อยละ 34.28 รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิดเป็นร้อยละ 14.29 เท่ากัน จังหวัดแม่ฮ่องสอนพบว่าเป็นพยาบาลวิชาชีพและอาสาสมัครผู้ผ่านการบำบัดที่เลิกเสพได้แล้วคิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน และจังหวัดตากพบว่าส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานสุขภาพชุมชนคิดเป็นร้อยละ 25 และ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่ปฏิบัติงานบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่ปฏิบัติงานบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในชุมชนของ 3 พื้นที่ (N = 53)

บุคลากร	จังหวัดเชียงใหม่		จังหวัดแม่ฮ่องสอน		จังหวัดตาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์	1	2.86	1	10.00	1	12.50
พยาบาลวิชาชีพ	5	14.29	3	30.00	2	25.00
ผู้อำนวยการ รพ.สต.	5	14.29	-	-	-	-
นักวิชาการสาธารณสุข	4	11.42	-	-	1	12.50
นักจิตวิทยา	1	2.86	-	-	1	12.50
เภสัชกร	1	2.86	-	-	1	12.50
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3	8.57	1	10.00	-	-
เจ้าพนักงานสุขภาพชุมชน	-	-	-	-	2	25.00
เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชน	2	5.71	-	-	-	-
เจ้าหน้าที่โครงการหลวงฯ	1	2.86	-	-	-	-
แกนนำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน กำนันประธานอบต. สารวัตร กำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ประธานอสม. รองนายกอบต.)	12	34.28	2	20.00	-	-
อาสาสมัครผู้ผ่านการบำบัดที่ เลิกเสพยาได้แล้ว	-	-	3	30.00	-	-
รวม	35	100	10	100	8	100

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมหลักสูตร “การให้บริการเมทาโดน และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน” เป็นแบบทดสอบที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของผู้เข้ารับการอบรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมาย คือ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และ

จังหวัดตาก เพื่อใช้ประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรมตามหลักสูตรฯซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากเนื้อหาสาระที่ใช้ในการอบรมให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดแบบทดสอบมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก (Multiple choice) โดยตอบถูกได้คะแนน 1 คะแนน หากตอบผิดได้ 0 คะแนนมีจำนวนทั้งหมด 15 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมหลักสูตร “การให้บริการเมทาโดน และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในโครงการขยายผลโครงการหลวง เพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน” เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินความพึงพอใจภายหลังการเข้ารับการอบรมในหลักสูตรฯของผู้ที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรฯซึ่งแบบสอบถามมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเติมคำและแบบเลือกตอบจำนวน 6 ข้อ และแบบลิเกิร์ตชนิด 4 ตัวเลือก คือเห็นด้วยหรือพึงพอใจระดับมากที่สุด (4 คะแนน) เห็นด้วยหรือพึงพอใจระดับมาก (3 คะแนน) เห็นด้วยหรือพึงพอใจระดับน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยหรือพึงพอใจระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวน 12 ข้อรวมทั้งหมดเป็น 17 ข้อ

ชุดที่ 3 แนวคำถามการสนทนากลุ่มทีมงาน เป็นข้อคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทีมงานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ซึ่งข้อคำถามมีประเด็นเกี่ยวกับการค้นหาคัดกรองผู้ป่วยเสพยาในพื้นที่ วิธีการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยา ความพึงพอใจในผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ความต้องการความช่วยเหลือหรือข้อเสนอแนะในการดำเนินงานในอนาคต โดยใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทีมงานสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ มีจำนวน 6 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการเข้ารับบริการในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ป่วยฝิ่นที่มีต่อบริการที่ได้รับจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในแต่ละพื้นที่ ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดบริการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดครอบคลุมบริการ 10 ชุดบริการ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเติมคำ แบบเลือกตอบ และแบบลิเกิร์ตชนิด 3 ตัวเลือก คือเห็นด้วยหรือพึงพอใจระดับมาก (3 คะแนน) เห็นด้วยหรือพึงพอใจระดับปานกลาง (2 คะแนน) เห็นด้วยหรือพึงพอใจระดับน้อย (1 คะแนน) มีจำนวนรวมทั้งหมด 22 ข้อ

ชุดที่ 5 แนวคำถามการสนทนากลุ่มทีมงาน เป็นข้อคำถามในประเด็นหลักเกี่ยวกับการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่ใช้เป็นสถานที่ในการบริการดูแลผู้ป่วยฝิ่นรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดฝิ่น จุดเด่นจุดด้อยของบริการตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและความพึงพอใจในการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยใช้ในการสนทนากลุ่ม

(Focus group) กลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในแต่ละพื้นที่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดเพื่อให้ทีมทำงานสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ มีจำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 6 แนวคำถามการสนทนากลุ่มแกนนำชุมชน เป็นข้อคำถามในประเด็นหลักเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่ใช้เป็นสถานที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยฝิ่น ความคิดเห็นต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจัดบริการให้กับผู้ป่วยฝิ่น จุดเด่นจุดด้อยของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และความพึงพอใจในการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน โดยใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) กลุ่มตัวอย่างแกนนำชุมชนในแต่ละพื้นที่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดเพื่อให้แกนนำชุมชนสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ มีจำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 7 แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้ป่วยฝิ่นที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน เป็นข้อคำถามในประเด็นหลักเกี่ยวกับการเข้ารับบริการในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน ความคิดเห็นต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยฝิ่น และความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยฝิ่นที่เข้ารับบริการในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในแต่ละพื้นที่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยฝิ่นแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ มีจำนวน 7 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติด และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จากสถาบันวิจัยตำรวจจำนวน 5 คน และได้มีการปรับแก้ไขให้มีความสอดคล้องและครอบคลุมเนื้อหาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริงในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

ขั้นตอนกระบวนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยที่การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้หลักการและขั้นตอนการวิจัยตามแนวคิดของ Stringer (2007) ซึ่งมีลักษณะเป็นเกลียวของการคิดการพิจารณาและการกระทำ ซึ่งเรียกว่า “เกลียวปฏิสัมพันธ์ (Interacting spiral)” ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ดูว่ามีปัญหาอะไร (Look) คิดพิจารณา (Think) และลงมือปฏิบัติ (Act) ดังนั้นคณะผู้วิจัยขอเสนอขั้นตอนกระบวนการวิจัยตามลำดับ 3 ระยะ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พิจารณาประเด็นปัญหาในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมาย (Look)

ในขั้นตอนนี้คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดประชุมร่วมกับทีมงานบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมาย คือ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก รวมทั้งหมด 7 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอไชยปราการ อำเภอเวียงแหง อำเภอเชียงดาว อำเภอแม่แตง อำเภออมก๋อย อำเภอปาย และอำเภอแม่ระมาด ระหว่างวันที่ 20 มีนาคม 2557 เวลา 09.00 – 12.00 น. ณ ห้องประชุมโรงแรมณีนารากร จังหวัดเชียงใหม่จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 35 คน ผลการประชุมมีดังนี้

1.1 ผลการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในแต่ละพื้นที่

โดยทีมงานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในแต่ละพื้นที่ได้รายงานผลการดำเนินงานบำบัดผู้เสพยาเสพติดพบว่าโดยภาพรวมในปีงบประมาณ 2555 และ 2556 ที่ผ่านมาได้มีการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่แล้วทั้ง 7 อำเภอรวมจำนวนผู้ช่วยฟื้นที่เข้ารับการบำบัดทั้งหมด 735 คน ตามลำดับ (รายละเอียดผลการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพนำเสนอในบทที่ 4)

1.2 รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในแต่ละพื้นที่

สำหรับการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดแต่ละอำเภอในปีงบประมาณ 2555 และ 2556 พบว่า ทั้ง 7 อำเภอมีรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดแตกต่างกันออกไปทั้งนี้เป็นไปตามสภาพบริบท ทรัพยากร และความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขแต่ละพื้นที่ ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดออกได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้ (1) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ยามทาโดนทดแทน (Methadone) (2) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ยา Codeine (3) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ยา Tarnadol (รายละเอียดนำเสนอในบทที่ 4)

1.3 เก็บรวบรวมข้อมูลประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในแต่ละพื้นที่

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานจากทีมงาน โดยการจัดประชุมประเมินผลการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในแต่ละพื้นที่ ณ โรงแรมโรแยลเพนนิลซูล่า จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 20 – 21 สิงหาคม 2557 โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดประชุมเพื่อให้ทีมงานทุกคนร่วมกันประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ ระบุปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และแนวทางหรือความช่วยเหลือที่ต้องการเพื่อให้การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในแต่ละพื้นที่สามารถดำเนินต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการ

สนทนากลุ่ม (Focus group) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มทีมงานจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มทีมงานจังหวัดแม่ฮ่องสอน และกลุ่มทีมงานจังหวัดตาก รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการสนทนากลุ่มคือแนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group guideline) (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 3) ร่วมกับการอัดเทปคำสนทนา ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาในการสนทนาแต่ละกลุ่มประมาณ 100 – 120 นาที ซึ่งผลการศึกษาโดยภาพรวมสรุปได้ว่าการปฏิบัติงานในพื้นที่ของทีมงานทุกพื้นที่ต่างเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขหรือให้ความช่วยเหลือเพื่อให้การดำเนินงานการบำบัดผู้เสพติดฝิ่นในแต่ละพื้นที่สามารถพัฒนาต่อเนื่องได้มี 6 ประเด็นหลัก ดังนี้

(1) **เสี่ยงต่ออันตรายและมีความยากลำบากในการค้นหาและคัดกรองผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่เป้าหมาย** พบว่าทีมงานทุกพื้นที่ต่างประสบกับปัญหาและอุปสรรคอย่างมากในการเดินทางเข้าพื้นที่เป้าหมาย เนื่องจากการเดินทางเข้าแต่ละพื้นที่แต่ละหมู่บ้านเป็นไปด้วยความยากลำบากและมีอันตรายค่อนข้างสูง เพราะทุกพื้นที่เป้าหมายล้วนเป็นเขตทุรกันดารอยู่บนเขาสูง เส้นทางเดินรถคดเคี้ยวลาดชัน ถนนเป็นดินลูกรังเป็นหลุมเป็นบ่อ ทุรกันดาร ยากลำบากและเสี่ยงต่ออันตรายโดยเฉพาะบ้านเรือนแต่ละหลังอยู่ห่างไกลกันและไม่มีทางเชื่อมต่อกัน หากเป็นช่วงฤดูฝนจะไม่สามารถเดินทางเข้าพื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยได้เลย ซึ่งการเดินทางเข้าพื้นที่ในชุมชนแต่ละครั้งต้องใช้เวลาประมาณ 3-5 ชั่วโมง นอกจากนั้นแล้วทีมงานบางพื้นที่ยังไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน โดยคนในชุมชนไม่ยอมพูดคุยหรือให้ทีมงานเข้าเยี่ยมบ้านเพราะยังขาดความไว้วางใจและไม่ให้ความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดรักษา ประการสำคัญคือในบางพื้นที่ที่ทีมงานที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการข่มขู่จากผู้มีอิทธิพลในพื้นที่ ในลักษณะว่าอาจเกิดอันตรายขึ้นหากยังคงดำเนินงานต่อไป ส่งผลให้ในบางพื้นที่ยังไม่สามารถเข้าพื้นที่เป้าหมายเพื่อค้นหาและคัดกรองผู้เสพติดฝิ่นเพื่อนำเข้าบำบัดรักษาได้ และส่วนใหญ่ทุกพื้นที่ที่มีความยากลำบากในการนำยามาโดนไปจ่ายให้ผู้ป่วยในชุมชนเพื่อให้ได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพราะมีความยากลำบากในการเดินทางต้องใช้รถโฟล์ควิลและคนขับที่มีความชำนาญเส้นทางเท่านั้น และในฤดูฝนก็ไม่สามารถนำรถเข้าพื้นที่ได้เพราะมีอันตรายสูงจากเส้นทางไม่อยู่ในสภาพที่ปลอดภัยต่อการเดินทาง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปเสพติดฝิ่นซ้ำเพราะขาดการได้รับยามาโดนอย่างต่อเนื่อง

(2) **ขาดความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองและผู้นำชุมชนในพื้นที่** พบว่าทีมงานบางพื้นที่ล้วนเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว ยังไม่มีเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่เข้าร่วมทีมงาน ซึ่งอาจทำให้เสี่ยงอันตรายจากปัญหาความไม่ปลอดภัยในการบำบัดผู้ป่วย เนื่องจากมีบางทีมงานถูกข่มขู่คุกคามจากผู้เสพติดฝิ่นเมื่อไม่ได้รับยามาโดนตามที่ต้องการและยังสับสนเสี่ยงต่อการถูกลักลอบทำร้ายจาก

คนในพื้นที่ที่คิดว่าตนเองเสียประโยชน์ และเสี่ยงต่อการถูกช่วงชิงยามทาโดนระหว่างเดินทางเข้าพื้นที่ เพื่อนำไปให้ผู้ป่วยรับประทานได้

(3) ความยากลำบากในการสื่อสารกับผู้ป่วยเสฟผื่น โดยที่ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดในพื้นที่ส่วนใหญ่ เป็นชนเผ่าไม่สามารถพูด อ่านหรือเขียนภาษาไทยได้เลย ส่งผลให้ทีมงานประสบกับความยากลำบาก ในการสื่อสารหรือพูดคุยเพื่อจูงใจให้ผู้เสฟผื่นเข้ารับการบำบัดรักษารวมทั้งมีความยากลำบากในการ สัมภาษณ์ซักประวัติผู้ป่วยผื่นแต่ละคน และคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

(4) ผู้ป่วยกลับไปเสฟผื่นซ้ำหลังการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ จากการติดตามและประเมินผลการ บำบัดผู้ป่วยผื่นที่ผ่านการบำบัดจากทีมงาน พบว่าผู้ป่วยผื่นส่วนใหญ่กลับไปเสฟผื่นซ้ำ ซึ่งสาเหตุหลัก มาจากเส้นทางการมารับยามทาโดนของผู้ป่วยทุกคนเป็น ไปด้วยความยากลำบาก ใช้เวลาเดินทาง 7-8 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถมารับยาได้ต่อเนื่องจึงกลับไปเสฟผื่นซ้ำ และผู้ป่วยบางคน เริ่มไปเสฟยาบ้าแทนผื่น ส่งผลให้คณะทำงานส่วนหนึ่งรู้สึกท้อแท้ ขาดขวัญและกำลังใจในการ ดำเนินงาน

(5) เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองและฝ่ายสาธารณสุขในพื้นที่มีการโอนย้ายราชการบ่อยทำให้การ ดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ทีมงานในบางพื้นที่ได้นำเสนอปัญหาว่าการที่ทีมงานมีเฉพาะเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขไม่มีเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆเข้าร่วมทีมงานทั้งนี้เป็นเพราะเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองและฝ่าย สาธารณสุข อาทิเช่น นายอำเภอ ปลัดนายอำเภอ ตำรวจ แพทย์และพยาบาลวิชาชีพได้รับคำสั่งจาก หน่วยงานราชการส่วนกลางให้โอนหรือย้ายราชการไปทำงานที่จังหวัดอื่น ดังนั้นในการออกค้นหาคัด กรองผู้เสฟผื่นในชุมชนจึงไม่มีเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองเข้าร่วมลงพื้นที่ด้วย บางทีมงานแพทย์หรือ พยาบาลวิชาชีพเพิ่งย้ายราชการมาใหม่แต่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดำเนินงานบำบัดผู้ป่วยผื่น เพราะผู้รับผิดชอบเดิมขอย้ายไปรับราชการที่อื่น ส่งผลให้เกิดความเครียดเนื่องจากยังขาดความรู้ ความเข้าใจในโครงการฯและบางพื้นที่ยังไม่ได้ดำเนินงานต่อเนื่องเพราะยังไม่มีคำสั่งมอบหมายงานให้ ลงพื้นที่

(6) หน่วยงานบำบัดผู้ป่วยผื่นด้วยยาทดแทนต่อเนื่องหลังจากติดตามครบ 1 ปี ที่ประชุมได้มีการอภิปรายและซักถามเกี่ยวกับประเด็นปัญหาว่าเมื่อมีการดำเนินการบำบัดรักษาและติดตามผู้ที่เข้ารับการ บำบัดครบ 1 ปีแล้วจะต้องให้ผู้ป่วยไปรับยามทาโดนทดแทนระยะยาวได้ที่หน่วยงานใด เพราะการ บำบัดผู้ป่วยปัจจุบันได้รับการอุดหนุนจากงบประมาณที่มาจากโครงการขยายผล โครงการหลวงเพื่อ แก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นที่มีเวลาในการดำเนินงาน 1 ปี ซึ่งผู้ป่วยผื่นจำเป็นต้องได้รับการบำบัดด้วยยามทาโดน อย่างต่อเนื่องจนกว่าจะเลิกเสฟผื่นได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนในการคิดพิจารณา (Think)

ในขั้นตอนที่ 2 นี้มีกระบวนการดำเนินการต่อเนื่องจากขั้นตอนแรก โดยทั้งผู้วิจัยและทีมงานบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายที่เข้าร่วมประชุมทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมคิดพิจารณา และวิเคราะห์ประเด็นปัญหา ตลอดจนนำเสนอแนวทางการแก้ปัญหาที่ทุกคนเห็นสอดคล้องร่วมกัน การดำเนินการขั้นตอนนี้ได้ดำเนินการในการประชุมวันที่ 20 มีนาคม 2557 เวลา 13.00 – 16.30 น. ณ ห้องประชุมโรงแรมณรินทร์ราคร จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งภายหลังการร่วมกันคิดพิจารณา และอภิปรายอย่างกว้างขวางแล้ว ที่ประชุมได้ข้อสรุปที่เป็นแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกันดังนี้

2.1 ให้ปรับเปลี่ยนพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงานใหม่

โดยในปีงบประมาณ 2557-2558 ให้ทีมงานสามารถเปลี่ยนพื้นที่/หมู่บ้านที่ต้องการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดได้ ทั้งนี้ควรใช้เกณฑ์พิจารณาว่าต้องเป็นพื้นที่/หมู่บ้านที่ทีมงานต้องไม่เสี่ยงอันตรายจากการถูกทำร้ายเป็นอันดับแรก และควรเป็นพื้นที่ที่อยู่ในโครงการหลวง หากไม่อยู่ในโครงการหลวงต้องเป็นพื้นที่ที่มีผู้ใช้ฝิ่นจำนวนมาก ผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือและชาวบ้านในชุมชนไว้วางใจทีมงาน

2.2 ให้ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการค้นหาและคัดกรองผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เสี่ยงอันตราย

ในที่ประชุมได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการหาวิธีการป้องกันไม่ให้ทีมงานต้องตกอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายในการค้นหาผู้เสพยาเสพติดในชุมชนในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งได้ข้อสรุปร่วมกันว่าพื้นที่ที่เป็นอันตรายต้องปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การค้นหาผู้เสพยาเสพติดใหม่ โดยให้ผู้ปฏิบัติงานที่เคยผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วไปติดต่อและชักชวนให้ผู้เสพยาเสพติดใหม่เข้ามารับการบำบัด และใช้วิธีการประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชนและอาสาสมัครผู้นำชุมชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นกลุ่มที่คนในชุมชนรู้จักและคุ้นเคยเป็นอย่างดีทำให้เกิดความไว้วางใจและแสดงตนเป็นผู้เสพยาเสพติดที่สมัครใจเข้ารับการบำบัด ซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวเท่ากับเน้นให้ชุมชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดอันจะทำให้ชุมชนเข้มแข็งในการแก้ปัญหาฝิ่นได้อย่างยั่งยืน

2.3 การนำผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครหมู่บ้านเข้าร่วมทีมงานเพื่อช่วยในการสื่อสารกับผู้เสพยาเสพติด

สำหรับปัญหาในการสื่อสารกับผู้เสพยาเสพติดนั้นทีมงานในหลายพื้นที่ได้นำเสนอความคิดเห็นสอดคล้องตรงกันว่าพื้นที่ที่มีปัญหาควรนำแกนนำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อาสาสมัครหมู่บ้าน ผู้ผ่านการบำบัดฝิ่นที่สามารถเลิกเสพยาเสพติด เป็นคน เข้าร่วมในทีมงาน เพื่อช่วยเป็นผู้ประสานงานในการชักชวน

ให้ผู้เสฟผื่นเข้ารับการบำบัดได้แล้ว ยังสามารถช่วยเป็นล่ามแปลภาษาหรือช่วยในการสื่อสารให้กับทีมงานได้ด้วย

2.4 การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองให้เข้าร่วมทีมงาน

เพื่อให้ทีมงานทุกคน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงให้มีความปลอดภัยและสบายใจในการเข้าพื้นที่เพื่อค้นหาคัดกรองผู้เสฟผื่น รวมทั้งนำยาเมทาโดนไปจ่ายให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง ควรมีเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองเข้าร่วมในทีมงานด้วย เช่น นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ทหาร ตำรวจ ดศด. องค์การส่วนบริหารตำบล เป็นต้น เพื่อให้ความช่วยเหลือและดูแลความปลอดภัยในการทำงานของทีมงานและครอบครัวต่อไป ดังนั้นที่ประชุมจึงกำหนดให้ทุกทีมงานพัฒนากระบวนการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ รวมทั้งการนำชุมชนทุกภาคส่วนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดผู้เสฟผื่นด้วยเพื่อให้การบำบัดผู้เสฟผื่นมีความยั่งยืน ทั้งนี้ที่ประชุมกำหนดให้เจ้าหน้าที่สถาบัน รัชฎญารักษ์ทำหน้าที่รับผิดชอบในการเป็นผู้ประสานงานและทำความเข้าใจกับผู้บริหารระดับสูงทั้งฝ่ายปกครองและฝ่ายสาธารณสุขในจังหวัดและอำเภอเพื่อได้รับทราบข้อมูลและคำชี้แจงเกี่ยวกับนโยบายและวัตถุประสงค์โครงการขยายผลโครงการหลวงๆ เพื่อให้ทีมงานได้รับความร่วมมือในโอกาสต่อไป

2.5 กำหนดให้มี “พี่เลี้ยง” ให้คำปรึกษาและแนะนำในการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่

ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยนบุคลากรในทีมงาน โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้รับผิดชอบหลักของทีมงาน ควรจัดให้มี “พี่เลี้ยง” เพื่อให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและนิเทศงานจนกว่าจะมีความรู้ความเข้าใจโครงการขยายผลโครงการฯ และสามารถดำเนินงานต่อเนื่องจากงานเดิมได้ ที่ประชุมร่วมกันคิดพิจารณาและกำหนดให้โรงพยาบาลรัชฎญารักษ์เชียงใหม่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการสอนงานและนิเทศงานให้กับ 5 อำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลรัชฎญารักษ์แม่ฮ่องสอนรับผิดชอบสอนงานและนิเทศงานอำเภอปาย ส่วนสถาบันรัชฎญารักษ์รับผิดชอบสอนงานและนิเทศงานอำเภอแม่ระมาด

2.6 การจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟผิดในแต่ละพื้นที่

สำหรับประเด็นปัญหาการดำเนินการบำบัดรักษาและติดตามผู้ที่เข้ารับการบำบัดครบ 1 ปีแล้วจะต้องให้ผู้ป่วยไปรับยาเมทาโดนทดแทนต่อเนื่องได้ที่หน่วยงานใด ซึ่งสถาบันรัชฎญารักษ์ได้นำเสนอข้อมูลแนวคิดเกี่ยวกับศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟผิดในชุมชนว่าอาจจะเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งที่เหมาะสมและสามารถแก้ไขปัญหาคลับไปเสฟผื่นซ้ำของผู้ป่วยเนื่องจากการเดินทางลงจากพื้นที่มารับยาเมทาโดนของผู้ป่วยทุกคนเป็นไปด้วยความยากลำบาก ใช้เวลาเดินทางอาจมากกว่า 3-5 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถมารับยาได้ต่อเนื่องจึงกลับไปเสฟผื่นซ้ำ นอกจากนั้นยังช่วยลดปัญหาความยากลำบากและเสี่ยงอันตรายของทีมงานในการเดินทางเข้าพื้นที่เพื่อติดตามดูแลและนำยาไปให้

ผู้ป่วยรับประทาน เพราะศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอาจใช้สถานที่หรือแหล่งใดแห่งหนึ่งในพื้นที่ที่ผู้นำชุมชนและชาวบ้านมีส่วนร่วมในการกำหนดขึ้น เช่น บ้านผู้นำชุมชน บ้านผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) วัดหรือโบสถ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ช่วยให้ผู้ป่วยเดินทางได้สะดวกและประหยัดค่าเดินทางกว่ามารับบริการที่โรงพยาบาล และยังเป็นการสนับสนุนให้ผู้นำชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือและติดตามให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลให้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Act)

ในขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนในการลงมือปฏิบัติงานตามแผนงานที่ผู้วิจัยและทีมงานบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายได้คิดพิจารณาพร้อมกันแล้ว ซึ่งในการดำเนินการขั้นตอนนี้ได้เริ่มดำเนินการตามลำดับดังนี้

3.1 การนำเสนอข้อมูลและผลการวิจัยการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้งในประเทศและต่างประเทศให้กับทีมงาน

เพื่อให้ทีมงานบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายทั้ง 3 จังหวัดได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเบื้องต้นเพื่อนำไปสู่การบูรณาการเป็นรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ต่อไป สถาบันวิจัยวิจัยจึงได้จัดการเสวนาขึ้นในวันที่ 21 มีนาคม 2557 เวลา 09.00 – 16.30 น. ณ ห้องประชุมโรงแรมณีนารากร จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำเสนอตัวอย่างรูปแบบการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งผู้เข้าร่วมเสวนาประกอบด้วยทีมงานบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายจำนวน 30 คน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดตาก เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5 เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 6 ตำรวจตระเวนชายแดนเชียงใหม่ ปลัดอำเภอเมืองเชียงดาว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลแม่แตง เจ้าหน้าที่สำนักงานสนับสนุนการประกอบโรคศิลปะกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 คน รวมผู้เข้าร่วมเสวนาจำนวนทั้งหมด 40 คน ซึ่งในการเสวนาได้มีการนำเสนอผลการศึกษาดูงานหน่วยงานที่มีการดำเนินการให้บริการเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในต่างประเทศ เช่น ประเทศจีน ประเทศมาเลเซีย และประเทศเวียดนาม รวม 3 ประเทศ โดยผู้นำเสนอประกอบด้วย รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิจัย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เจ้าหน้าที่สำนักงานสนับสนุนการประกอบโรคศิลปะกระทรวงสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5

3.2 การประสานงานกับผู้บริหารระดับสูงฝ่ายปกครองและฝ่ายสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่

จากผลการประชุมเมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2557 ที่ประชุมกำหนดให้สถาบันธัญญารักษ์ทำหน้าที่รับผิดชอบในการเป็นผู้ประสานงานและทำความเข้าใจกับผู้บริหารระดับสูงทั้งฝ่ายปกครองและฝ่ายสาธารณสุขในจังหวัดและอำเภอ เพื่อให้รับทราบข้อมูลและคำชี้แจงเกี่ยวกับนโยบายและวัตถุประสงค์โครงการขยายผลโครงการหลวงฯ เพื่อขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองเข้าร่วมทีมงาน เพื่อให้ทีมงานมีความปลอดภัยในการเข้าพื้นที่เมื่อต้องทำการค้นหา คัดกรอง การบำบัดฟื้นฟู และการนำยาเสพติดไปทำลายให้ผู้เสพฝิ่นต่อเนื่องในแต่ละพื้นที่ ซึ่งสถาบันธัญญารักษ์ได้ดำเนินการดังนี้

1) วันที่ 2 กันยายน 2557 มีการจัดประชุมเพื่อชี้แจงนโยบายและวัตถุประสงค์โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนให้กับนายแพทย์ใหญ่สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำอำเภอ ณ โรงแรมโมร่าท่าแพ จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 35 คน ประกอบด้วย นายแพทย์ใหญ่สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ผู้อำนวยการสำนักป้องกันและลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดสถาบันธัญญารักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ แพทย์ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค

2) วันที่ 3-5 กันยายน 2557 ลงพื้นที่จัดประชุมเพื่อชี้แจงนโยบายและวัตถุประสงค์โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนให้กับผู้บริหารระดับสูงแต่ละอำเภอ ณ ที่ว่าการอำเภอไชยปราการ อำเภอเวียงแหง อำเภอเชียงดาว อำเภอแม่แตง และอำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ และขอความร่วมมือในการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองเข้าร่วมทีมงานสาธารณสุขเพื่อช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้กับทีมงานเมื่อต้องเข้าพื้นที่บำบัดผู้ป่วย มีผู้เข้าร่วมประชุมอำเภอละ 10-15 คน ประกอบด้วย นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละอำเภอ ทีมงาน หัวหน้าพยาบาล ตำรวจ ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครหมู่บ้าน อาสาสมัครชุมชนที่เป็นผู้ที่เลิกยาเสพติดได้แล้วและสถาบันธัญญารักษ์

3.3 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนให้กับทีมงานและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดด้วยยาเสพติดทดแทนระยะยาวและการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงได้มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แต่ละอำเภอดังนี้

1) สถาบันธัญญารักษ์ จัดการอบรมในวันที่ 16-17 กันยายน 2557 ณ อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 43 คน ประกอบด้วย สถาบันธัญญารักษ์ โรงพยาบาลแม่ระมาด โรงพยาบาลคำหว้น นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ภาคประชาสังคม และผู้ใหญบ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินผลการอบรมหลักสูตร “การให้บริการเมทาโคน และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดใน โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน” จากผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการอบรม โดยใช้แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมหลักสูตรฯ (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 1) และความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมหลักสูตร (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 2) (ผลการศึกษานำเสนอในบทที่ 6)

2) โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ จัดการอบรมในวันที่ 16-17 กันยายน 2557 ณ โรงแรมเมอร์เคียว จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้เข้าร่วมประชุม 63 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่อำเภอไชยปราการ เจ้าหน้าที่อำเภอเวียงแหง เจ้าหน้าที่อำเภอเชียงดาว เจ้าหน้าที่อำเภอแม่แตง และเจ้าหน้าที่อำเภอมก๋อย ตำรวจตระเวนชายแดน อาสาสมัครหมู่บ้าน ภาคประชาสังคม และผู้ใหญ่บ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินผลการอบรมหลักสูตร “การให้บริการเมทาโคน และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดใน โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน” จากผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการอบรม โดยใช้แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมหลักสูตรฯ (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 1) และความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมหลักสูตร (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 2) (ผลการศึกษานำเสนอในบทที่ 6)

3) โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนจัดการอบรมในวันที่ 2-3 มีนาคม 2558 ณ อำเภอป่าใจ จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 30 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่ฮ่องสอน เจ้าหน้าที่อำเภอป่าใจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ผู้นำและแกนนำอาสาสมัครในชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินผลการอบรมหลักสูตร “การให้บริการเมทาโคน และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดใน โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน” จากผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการอบรม โดยใช้แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมหลักสูตรฯ (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 1) และความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมหลักสูตร (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 2) (ผลการศึกษานำเสนอในบทที่ 6)

3.4 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในแต่ละพื้นที่

1) สถาบันธัญญารักษ์ จัดประชุมเชิงปฏิบัติเพื่อการวางแผนจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนวันที่ 18-19 กันยายน 2557 ที่อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 21 คน ประกอบด้วย สถาบันธัญญารักษ์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่ระมาด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครที่เป็นผู้เลิกยาเสพติด

2) โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ จัดประชุมเชิงปฏิบัติระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2557 โดยลงพื้นที่เพื่อร่วมวางแผนจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดใน 5 อำเภอมีผู้เข้าร่วมประชุมอำเภอละ 20 คน ประกอบด้วย โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครชุมชน และอาสาสมัครที่เป็นผู้เลิกยาเสพติด

3) โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนจัดประชุมเชิงปฏิบัติในวันที่ 26 มกราคม 2558 โดยลงพื้นที่เพื่อร่วมวางแผนจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน ที่อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 53 คน ประกอบด้วยโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลปาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอผู้นำชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้าน และอาสาสมัครที่เป็นผู้เลิกยาเสพติด

3.5 การจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (Drop-in center) ที่ทำงานในแต่ละพื้นที่ได้ดำเนินการประชุมร่วมกับผู้นำชุมชนและสมาชิกในชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ผู้ป่วยและชุมชนจะได้รับ และร่วมกันกำหนดสถานที่จัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน ผลการดำเนินการมีดังนี้

1) อำเภอไชยปราการ จัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนมีจำนวน 3 แห่ง คือ คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลไชยปราการเป็นสถานที่ดำเนินการให้บริการ ในนาม “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต” และมีการขยายเครือข่ายไปส่งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันติวงา โดยมีชื่อเรียกว่า “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต เครือข่ายที่ 1” และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่หนองบัว (รพ.สต.บ้านใหม่หนองบัว) เป็นสถานที่ดำเนินการ โดยมีชื่อเรียกว่า “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต เครือข่ายที่ 2”

2) อำเภอเชียงดาว จัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ (รพ.สต.บ้านใหม่) อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ เป็นสถานที่ดำเนินการ โดยมีชื่อเรียกว่า “ศูนย์ตะวันใหม่บ้านใหม่เมืองคอง”เป็นสถานที่ดำเนินการให้บริการ

3) อำเภอเวียงแหง จัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน ที่หมู่ 5 บ้านห้วยหก ภายใต้ชื่อ “ศูนย์สุใจ”เป็นสถานที่ดำเนินการให้บริการ

4) อำเภอแม่แตง จัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นลุง (รพ.สต.บ้านต้นลุง) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตะมาน (รพ.สต.บ้านแม่ตะมาน) เป็นสถานที่ดำเนินการให้บริการ

5) อำเภออมก๋อย จัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนจำนวน 2 แห่ง คือ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางเปียง (รพ.สต.ยางเปียง) ตำบลยางเปียง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่และที่องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ตื่น (อบต.แม่ตื่น) อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นสถานที่ดำเนินการให้บริการ

6) อำเภอปาย จัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนจำนวน 2 แห่ง คือ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพห้วยหมี (รพ.สต.ห้วยหมี) ตำบลเมืองแปงอำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีชื่อเรียกว่า "ศูนย์แห่งความสามัคคี"และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโป่งสา (รพ.สต.โป่งสา) ตำบลโป่งสา จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยมีชื่อเรียกว่า "ศูนย์รวมพลังแห่งความดี"เป็นสถานที่ดำเนินการให้บริการ

7) อำเภอแม่ระมาด จัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนจำนวน 2 แห่ง คือ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำหวัน (รพ.สต.บ้านคำหวัน) และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ห้วยโป่ง (สสช.บ้านห้วยโป่ง) ตำบลแม่ตื่น อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตากเป็นสถานที่ดำเนินการให้บริการ

3.6 การนิเทศและติดตามการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด
ฝืนภาคสนามในแต่ละพื้นที่ในการดำเนินงานบำบัดผู้ป่วยเสพยาเสพติดฝืนและการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนมีการลงพื้นที่เพื่อการนิเทศ ติดตามและให้คำปรึกษาการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่รวมทั้งหมด 7 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 9 มิถุนายน 2557 โดยสถาบันวิจัยนุรักษ์ร่วมกับสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมงานบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดฝืนในพื้นที่เพื่อร่วมกันวางแผนงานการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน และกำหนดวันเวลาในการลงพื้นที่ภาคสนามเพื่อนิเทศงานและติดตามผลดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยฝืนทั้ง 7 อำเภอ ณ โรงแรมเชียงใหม่ออรัลคิด จังหวัดเชียงใหม่

ครั้งที่ 2 วันที่ 7-10 กรกฎาคม 2557 สถาบันวิจัยนุรักษ์ร่วมกับโรงพยาบาลวิจัยนุรักษ์เชียงใหม่ลงพื้นที่เพื่อนิเทศงานและให้คำปรึกษาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดฝืนและการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน จำนวน 4 อำเภอคือ อำเภอแม่แตง อำเภอเชียงดาว อำเภอไชยปราการ และอำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่

ครั้งที่ 3 วันที่ 23 กรกฎาคม 2557 สถาบันวิจัยรณรงค์ร่วมกับโรงพยาบาลรณรงค์เชียงใหม่ ลงพื้นที่เพื่อนิเทศงานและให้คำปรึกษาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดและการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

ครั้งที่ 4 วันที่ 18-19 กันยายน 2557 สถาบันวิจัยรณรงค์ร่วมกับสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 6 ลงพื้นที่เพื่อนิเทศงานและให้คำปรึกษาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดและการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนที่อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก

ครั้งที่ 5 วันที่ 2-3 ธันวาคม 2557 สถาบันวิจัยรณรงค์ร่วมกับโรงพยาบาลรณรงค์เชียงใหม่ ลงพื้นที่เพื่อนิเทศงานและให้คำปรึกษาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดและการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน จำนวน 4 อำเภอคือ อำเภอแม่แตง อำเภอเชียงดาว อำเภอไชยปราการ และอำเภอเวียงแหงจังหวัดเชียงใหม่

ครั้งที่ 6 วันที่ 7-9 ธันวาคม 2557 สถาบันวิจัยรณรงค์ร่วมกับโรงพยาบาลรณรงค์เชียงใหม่ ลงพื้นที่เพื่อนิเทศงานและให้คำปรึกษาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดและการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการดำเนินการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนแต่ละพื้นที่เสร็จสิ้นแล้วในปี 2557 ดังนั้นในปี 2558 ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินการให้บริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนแต่ละพื้นที่ระหว่างวันที่ 22 มิถุนายน – 27 กรกฎาคม 2558 ดังนี้

วันที่ 22 มิถุนายน 2558

เก็บรวบรวมข้อมูลที่อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนจัดตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ (รพ.สต.บ้านใหม่) ซึ่งมีชื่อเรียกว่า “ศูนย์ตะวันใหม่บ้านใหม่เมืองคอง” มีกลุ่มตัวอย่างรวม 28 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยเสพยาเสพติด 18 คน แกนนำชุมชน 4 คน และทีมงาน 6 คน แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ช่วงดังนี้

ช่วงแรก เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยเสพยาเสพติดทั้งหมด โดยใช้แบบสอบถามการเข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 4) และมีคำถามที่สามารถพูดภาษาชนเผ่าเป็นผู้แปลและอธิบายข้อคำถามแต่ละข้อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 30 นาที (ผลการศึกษานำเสนอในบทที่ 5)

ช่วงที่สอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) คือกลุ่มผู้ป่วยเสพยาเสพติดจำนวน 6 คน โดยคัดเลือกผู้ที่สามารถพูดและฟังภาษาไทยพอได้

รวมทั้งมีล่ามช่วยแปลภาษาอยู่ร่วมด้วยตลอดการสนทนากลุ่มเพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องตรงกัน ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้ป่วยฟื้นฟูที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 7) กลุ่มแกนนำชุมชนจำนวน 4 คน ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มแกนนำชุมชน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 6) และกลุ่มทีมงานจำนวน 6 คน ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มทีมงาน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 5) ร่วมกับการอัดเทปคำสนทนาภายหลังการขออนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 90–110 นาที (ผลการศึกษานำเสนอในบทที่ 5)

วันที่ 23 มิถุนายน 2558

เก็บรวบรวมข้อมูลที่อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนมีจำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นลุง (รพ.สต.บ้านต้นลุง) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ตะมาน (รพ.สต.บ้านแม่ตะมาน) ใช้สถานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นลุง (รพ.สต.บ้านต้นลุง) เป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่งรวม 33 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยเสพติดฝิ่น 24 คน แกนนำชุมชน 4 คน และทีมงาน 5 คน แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ช่วงดังนี้

ช่วงแรก เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยเสพติดฝิ่นทั้งหมด โดยใช้แบบสอบถามการเข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 4) และมีล่ามที่สามารถพูดภาษาชนเผ่าเป็นผู้แปลและอธิบายข้อคำถามแต่ละข้อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 35 นาที (ผลการศึกษานำเสนอในบทที่ 6)

ช่วงที่สอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) คือกลุ่มผู้ป่วยเสพติดฝิ่นจำนวน 9 คน โดยคัดเลือกผู้ที่สามารถพูดและฟังภาษาไทยพอได้ รวมทั้งมีล่ามช่วยแปลภาษาอยู่ร่วมด้วยตลอดการสนทนากลุ่มเพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องตรงกัน ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้ป่วยฟื้นฟูที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 7) กลุ่มแกนนำชุมชนจำนวน 4 คน ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มแกนนำชุมชน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 6) และกลุ่มทีมงานจำนวน 5 คน ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มทีมงาน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 5) ร่วมกับการอัดเทปคำสนทนาภายหลังการขออนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 90-120 นาที (ผลการศึกษานำเสนอในบทที่ 6)

วันที่ 24 มิถุนายน 2558

เก็บรวบรวมข้อมูลที่อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้โรงพยาบาลเวียงแหงเป็นสถานที่เก็บข้อมูล เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนเพิ่งย้ายเข้ามาปฏิบัติงานแทนคนเดิมในเดือนมีนาคม 2558 ทำให้ไม่สามารถดำเนินงาน

ต่อเนื่องจากผู้รับผิดชอบคนเดิมได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ เพราะยังขาดการพัฒนาให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดผู้เสพติดฝิ่นโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (MMT) และการบริการที่ศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน ทำให้การดำเนินงานจัดตั้งศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนหยุดชะงักไม่ได้มีการดำเนินต่อ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษา “ค่ายบำบัด” ตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ จำนวนหนึ่งเดินทางลงจากพื้นที่เข้ามาขอรับยาเมทาโดนกินอย่างต่อเนื่องที่ “คลินิกยาเสพติด” โรงพยาบาลเวียงแหง และจากการวิเคราะห์การบริการที่พยาบาลวิชาชีพ (ทีมงานใหม่) ได้ให้บริการกับผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ พบว่าครอบคลุมกิจกรรมการบริการ 10 ชุดบริการตามแนวคิดศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ดังนั้นผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลใน 2 ส่วน คือ กลุ่มตัวอย่างทีมงาน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพติด ฝิ่น โดยใช้ “คลินิกยาเสพติด” โรงพยาบาลเวียงแหง เป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างมี 5 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยเสพติดฝิ่น 2 คน และทีมงาน 3 คน แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ช่วงดังนี้

ช่วงแรก เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยฝิ่นที่ผ่านการบำบัดรักษาตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ 2 คน โดยใช้แบบสอบถามการเข้ารับบริการที่ศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 4) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 10 นาที (ผลการศึกษานำเสนอในบทที่ 6) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้มอบแบบสอบถามจำนวน 60 ชุด พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามการเข้ารับบริการในศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 4) ให้กับกลุ่มตัวอย่างทีมงาน เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยฝิ่นที่ผ่านการบำบัดรักษาตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ ส่วนที่ยังเหลือ และนำส่งให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ภายในวันที่ 24 สิงหาคม 2558

ช่วงที่สอง เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทีมงาน โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับทีมงาน 3 คน ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มทีมงาน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 5) ร่วมกับการอัดเทปคำสนทนาภายหลังการขออนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างแล้วใช้เวลาสนทนา 120 นาที (ผลการศึกษานำเสนอในบทที่ 6)

วันที่ 26 มิถุนายน 2558

เก็บรวบรวมข้อมูลที่อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ซึ่งศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนมีจำนวน 2 แห่ง คือ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำหวัน (รพ.สต.บ้านคำหวัน) และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนบ้านห้วยโป่ง (ศสช.บ้านห้วยโป่ง) อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ใช้สถานที่โรงพยาบาลแม่ระมาดเป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากฝนตกหนักมา 2 วัน ทำให้เส้นทางเข้า

พื้นที่ไม่สามารถสัญจรไปมาได้เลยเพราะอาจเกิดอันตรายได้ จึงเก็บรวบรวมข้อมูลได้เฉพาะกลุ่มตัวอย่างทีมงานที่มีจำนวน 8 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เกษัตริกร นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) ตามแนวคำถามการสนทนากลุ่มทีมงาน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 5) ร่วมกับการอัดเทปคำสนทนาภายหลังการขออนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ใช้เวลาสนทนนาน 140 นาที (ผลการศึกษานำเสนอในบทที่ 6)

หลังจากนั้นได้มอบแบบสอบถามจำนวน 80 ชุด พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามการเข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 4) ให้กับกลุ่มตัวอย่างทีมงาน เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยฝิ่นที่รับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และนำส่งทางไปรษณีย์ ในวันที่ 31 สิงหาคม 2558

วันที่ 29 มิถุนายน 2558

เก็บรวบรวมข้อมูลที่อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน 3 แห่ง คือ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่หนองบัว (รพ.สต.บ้านใหม่หนองบัว) มีชื่อเรียกว่า “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตบ้านใหม่หนองบัว” ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันติวนา (รพ.สต.บ้านสันติวนา) มีชื่อเรียกว่า “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตบ้านสันติวนา” และ “คลินิกยาเสพติด” โรงพยาบาลไชยปราการ โดยใช้สถานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันติวนา (รพ.สต.บ้านสันติวนา) เป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 26 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยเสพติดฝิ่น 20 คน แกนนำชุมชน 2 คน และทีมงาน 4 คน แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ช่วงดังนี้

ช่วงแรก เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยเสพติดฝิ่นทั้งหมด โดยใช้แบบสอบถามการเข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 4) และมีล่ามที่สามารถพูดภาษาชนเผ่าเป็นผู้แปลและอธิบายข้อคำถามแต่ละข้อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 25 นาที (ผลการศึกษานำเสนอในบทที่ 6)

ช่วงที่สอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) คือกลุ่มผู้ป่วยเสพติดฝิ่นจำนวน 6 คน โดยคัดเลือกผู้ที่สามารถพูดและฟังภาษาไทยพอได้ รวมทั้งมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นชนเผ่าช่วยสื่อสารภาษาอยู่ร่วมด้วยตลอดการสนทนากลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความตรงมากที่สุด โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้ป่วยฝิ่นที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 7) กลุ่มแกนนำชุมชนจำนวน 2 คน ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มแกนนำชุมชน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 6) และกลุ่มทีมงาน

จำนวน 5 คน ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มทีมงาน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 5) ร่วมกับการอัดเทปคำสนทนาภายหลังการขออนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 60-100 นาที (ผลการศึกษานำเสนอในบทที่ 6)

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้มอบแบบสอบถาม พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามการเข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 4) ให้กับกลุ่มตัวอย่างทีมงาน เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยฝิ่นที่รับบริการจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนและนำส่งทางไปรษณีย์ ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2558

วันที่ 30 มิถุนายน 2558

เก็บรวบรวมข้อมูลที่อำเภอแม่ก้อย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน 2 แห่ง คือ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางเปียง (รพ.สต.บ้านยางเปียง) และที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ต๋อน (อบต.แม่ต๋อน) ซึ่งผู้วิจัยใช้สถานที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ต๋อนเป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างมี 12 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยเสพติดฝิ่น 6 คน แกนนำชุมชน 2 คน และทีมงาน 4 คน แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ช่วงดังนี้

ช่วงแรก เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยเสพติดฝิ่น โดยใช้แบบสอบถามการเข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 4) และมีเจ้าพนักงานสาธารณสุขที่เป็นคนเผ่าทำหน้าที่ช่วยเหลือในการทำหน้าที่เป็นล่ามเป็นผู้แปลและอธิบายข้อคำถามแต่ละข้อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 30 นาที (ผลการศึกษานำเสนอในบทที่ 6)

ช่วงที่สอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) คือกลุ่มผู้ป่วยเสพติดฝิ่นจำนวน 6 คน โดยคัดเลือกผู้ที่สามารถพูดและฟังภาษาไทยพอได้ รวมทั้งมีเจ้าพนักงานสาธารณสุขที่เป็นคนเผ่าช่วยในการสื่อสารภาษาอยู่ร่วมด้วยตลอดการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความตรงมากที่สุด โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้ป่วยฝิ่นที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 7) กลุ่มแกนนำชุมชนจำนวน 2 คน โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มแกนนำชุมชน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 6) และกลุ่มทีมงานจำนวน 5 คน ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มทีมงาน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 5) ร่วมกับการอัดเทปคำสนทนาภายหลังการขออนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 60-70 นาที (ผลการศึกษานำเสนอในบทที่ 6)

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้มอบแบบสอบถามพร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามการเข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (เครื่องมือ

เก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 4) ให้กับกลุ่มตัวอย่างทีมงาน เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยฝืนที่รับบริการจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนและนำส่งให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2558

วันที่ 27 กรกฎาคม 2558

เก็บรวบรวมข้อมูลที่อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนมี 2 แห่ง คือ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยหมี (รพ.สต.บ้านห้วยหมี) ตำบลเมืองแปง อำเภอปายซึ่งมีชื่อเรียกว่า“ศูนย์แห่งความสามัคคี”และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งสา (รพ.สต.บ้านโป่งสา) ตำบลโป่งสา อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน "ศูนย์รวมพลังแห่งความดี"ซึ่งผู้วิจัยใช้สถานที่โรงพยาบาลรัฐราษฎร์แม่ฮ่องสอนเป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลเนื่องจากสภาพอากาศไม่ดี มีฝนตกหนักมากอาจไม่ปลอดภัยในการเดินทางเข้าพื้นที่เพราะสภาพทางสัญจรเป็นภูเขาไม่มีเส้นทางคดเคี้ยว ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถเดินทางเข้าพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นที่จัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนทั้ง 2 แห่ง ดังนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลได้เฉพาะกลุ่มตัวอย่างทีมงานที่มีจำนวน 8 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครผู้ผ่านการบำบัดที่เลิกเสพยาได้แล้ว ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) ตามแนวคำถามการสนทนากลุ่มทีมงาน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 5) ร่วมกับการอัดเทปคำสนทนาภายหลังการขออนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ใช้เวลาสนทนนาน 140 นาที (ผลการศึกษานำเสนอในบทที่ 6)

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้มอบแบบสอบถาม พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามการเข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ 4) ให้กับกลุ่มตัวอย่างทีมงาน เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยฝืนที่รับบริการจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และนำส่งทางไปรษณีย์ในวันที่ 31 สิงหาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงการบรรยาย (Descriptive statistics) ประกอบด้วย การหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistics) การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ความเข้าใจการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่

2) การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

บทที่ 4

ผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นระยะที่ 1

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่เป้าหมายตาม โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนระยะที่ 2 ดำเนินการใน 3 จังหวัด คือจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก ประกอบด้วย อำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง อำเภอแม่แตง อำเภออมก๋อย อำเภอปาย และอำเภอแม่ระมาด ซึ่งได้ดำเนินการระหว่างปีงบประมาณ 2557-2558 แต่เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงและเห็นความต่อเนื่องของกระบวนการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นที่ได้ดำเนินงานมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 จนถึงปีงบประมาณ 2558 ดังนั้นในบทที่ 4 นี้ผู้วิจัยจึงขอเสนอผลการดำเนินงานตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนระยะที่ 1 ปีงบประมาณ 2555-2556 ในแต่ละพื้นที่ที่ได้ดำเนินการแล้ว โดยสรุปจากรายงานผลการดำเนินการและถอดบทเรียนโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนปี 2556 (สถาบันวิจัยดาราศาสตร์, 2557) ซึ่งแบ่งเนื้อหาผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: รูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นใน 3 พื้นที่

ส่วนที่ 2: ผู้เสพยาฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพใน 3 พื้นที่

2.1 จำนวนผู้เสพยาฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพใน 3 พื้นที่

2.2 ผลการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นใน 3 พื้นที่

ส่วนที่ 1: รูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นใน 3 พื้นที่

ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นในแต่ละพื้นที่ของทีมงานเริ่มดำเนินงานในปีงบประมาณ 2555-2556 ในพื้นที่ 3 จังหวัด 7 อำเภอมีรูปแบบและการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้เป็นไปตามสภาพบริบทของพื้นที่ ทรัพยากร และความพร้อมของทีมงานบุคลากรสาธารณสุขแต่ละพื้นที่ โดยพบว่าใน 7 อำเภอมีรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นแบ่งได้ 3 รูปแบบ คือ (1) การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทน (Methadone) (2) การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นโดยใช้ยา Codeine และ (3) การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นโดยใช้ยา Tamadol รายละเอียดของผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นสรุปได้ดังนี้

1. การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทน (Methadone)

พบว่า มี 5 อำเภอจาก 7 อำเภอที่ใช้รูปแบบและการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทน ประกอบด้วย อำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง อำเภอแม่แตง จังหวัด

เชียงใหม่ และอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ในการพัฒนารูปแบบและการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นทั้ง 5 อำเภอมีกระบวนการดำเนินการในแต่ละอำเภอ ดังนี้

1.1 อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่

อำเภอไชยปราการ ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นในพื้นที่ตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ ในปี 2555-2556 ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) การเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด การค้นหาคัดกรอง และแนวทางการบำบัดผู้เสพยาฝิ่นให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

ทีมงานเริ่มจากการจัดอบรมบุคลากรที่ต้องดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นและผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายคือตำบลศรีดงเย็นและตำบลแม่ทะลบ โดยใช้สถานที่ห้องประชุมโรงพยาบาลเชียงดาว มีผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 30 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร จิตอาสา และผู้นำชุมชน โดยกำหนดวัตถุประสงค์การอบรมเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่น และมีสมรรถนะในการค้นหาคัดกรองผู้ใช้ฝิ่นและยาเสพติดอื่น ๆ รวมทั้งมีทักษะการใช้เทคนิคโน้มน้าวให้ผู้เสพยาฝิ่นเข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ

2) การเริ่มค้นหาและคัดกรองผู้เสพยาฝิ่นในพื้นที่เป้าหมาย

ในปี 2555 ทีมงานเริ่มเข้าพื้นที่เป้าหมายตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ คือ ตำบลศรีดงเย็น และตำบลแม่ทะลบ แต่พบว่ามีปัญหาอุปสรรคอย่างมากเนื่องจากการเดินทางเข้าแต่ละพื้นที่แต่ละหมู่บ้านเป็นไปด้วยความยากลำบาก เพราะเป็นเขตทุรกันดาร บ้านเรือนแต่ละหลังอยู่ห่างไกลกันและไม่มีความเชื่อมต่อกัน ประการสำคัญคือไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน โดยไม่มีคนในชุมชนยอมพูดคุยหรือให้คณะทำงานเข้าเยี่ยมบ้าน รวมทั้งคณะทำงานยังได้รับการข่มขู่จากผู้มีอิทธิพลในพื้นที่ในลักษณะว่าอาจเกิดอันตรายขึ้นหากยังดำเนินงานต่อไป ดังนั้นในปี 2556 เพื่อป้องกันไม่ทำให้ทีมงานต้องตกอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายในการค้นหาผู้เสพยาฝิ่นในชุมชน จึงมีการปรับเปลี่ยนวิธีการค้นหาผู้เสพยาฝิ่นรายใหม่ โดยใช้ฐานข้อมูลการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่เคยผ่านการบำบัดที่โรงพยาบาลไชยปราการ และร่วมกับภาคีเครือข่าย ประชาสัมพันธ์และทำประชาคมในชุมชนเพื่อค้นหา คัดกรองและชักชวนให้ผู้เสพยาฝิ่นรายใหม่เข้ามารับการบำบัด และใช้วิธีการประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล (รพ.สต.) และเครือข่ายภาคประชาสังคม (ไอโซน) ในพื้นที่ รวมถึง ผู้นำชุมชน ทหาร และ อสม. ในพื้นที่ซึ่งเป็นกลุ่มที่คนในชุมชนรู้จักและคุ้นเคยเป็นอย่างดีทำให้เกิดความไว้วางใจ

3) การสร้างแรงจูงใจให้ผู้เสพติดฝิ่นสมัครใจเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

เพื่อให้ผู้เสพติดฝิ่นมีความไว้วางใจและยอมเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูจนครบตามกำหนดเวลาที่ทีมงานจึงใช้กลยุทธ์ในการสร้างแรงจูงใจหลากหลายวิธีการ เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้เสพติดฝิ่นรับทราบว่าการบำบัดรักษาไม่มีค่าใช้จ่ายและได้รับยาต่อเนื่อง โดยรับยากลับไปกินต่อกที่บ้าน ได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ และการตรวจสุขภาพฟรี ตลอดจนภาคีเครือข่าย เช่น ทางสำนักงานคุมประพฤติ รวมทั้ง สปปส. อำเภอไชยปราการ สร้างความมั่นใจแก่ผู้เข้ารับการรักษาบำบัด ด้วยการดูแลช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการประสานงานกับตำรวจในการเดินทางเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย การสร้างเครือข่ายพันธมิตรร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนในการช่วยบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย รวมทั้งประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่องค์กรเอกชนในพื้นที่เพื่อติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัด ซึ่งพบว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี เพราะมีผู้เสพติดฝิ่นสมัครใจเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวนเพิ่มขึ้น

4) การกำหนดรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นในชุมชน

พบว่าในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นของอำเภอไชยปราการใช้วิธีการบำบัดรักษาแบบเมทาโดนทดแทน (Methadone Maintenance Treatment) เริ่มต้นการบำบัดผู้ป่วยด้วยวิธีการจัด “ค่ายบำบัด” ทั้งหมด 3 ครั้ง คือ **ค่ายที่ 1** ดำเนินการที่ รพ.สต.ป่าแดง เมื่อวันที่ 3-8 มีนาคม 2556 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาบำบัดจำนวน 57 คน **ค่ายที่ 2** ดำเนินการที่หมู่บ้านป่าหนา เมื่อวันที่ 29 เมษายน-3 พฤษภาคม 2556 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาบำบัดจำนวน 33 คน รวมจำนวนผู้ป่วยเข้าร่วมการบำบัดในเขตพื้นที่โครงการขยายผลโครงการหลวงฯ (ตำบลศรีดงเย็น และตำบลแม่ทะลบ) รวม 90 คนซึ่งเป็นการดำเนินค่ายปิดแบบ 5 วันโดยผู้ป่วยพักผ่อนค้างคืนในค่าย โดยมีเจ้าหน้าที่ทหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้การดูแลความปลอดภัย รวมทั้งช่วยอำนวยความสะดวกตลอด 24 ชั่วโมงสำหรับ **ค่ายที่ 3** ดำเนินการที่โรงพยาบาลไชยปราการ เนื่องจากเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสะดวกกับทีมงาน เมื่อวันที่ 2-6 มิถุนายน 2557 มีผู้เข้ารับการรักษาบำบัดเป็นผู้ใช้ฝิ่นรายใหม่ของตำบลบ้านบัวทั้งสิ้นจำนวน 35 คน จัดค่ายแบบมาเช้า-เย็นกลับใช้เวลา 5 วัน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกไอ โชน ให้การดูแลและช่วยเหลือตลอดระยะเวลาในการทำค่าย

การพัฒนาารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นของอำเภอไชยปราการเริ่มต้นจากการนำผู้เสพติดฝิ่นเข้าค่ายบำบัดนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยเสพติดฝิ่นก่อนเข้าบำบัดรักษา และให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษาแบบการใช้ยาเมทาโดนระยะยาวเพื่อทดแทนการใช้ฝิ่น รวมทั้งกำหนดขนาดปริมาณยาเมทาโดนที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับซึ่งผู้ป่วยจะได้รับประทานยาเมทาโดนตลอดระยะเวลา 5 วันที่อยู่ในค่าย

หลังครบกำหนดอยู่ค่ายบำบัดทีมงานอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ โดยจ่ายยามาโคโดนเริ่มในปริมาณ 5-10 มิลลิกรัมต่อคน และพิจารณาตามน้ำหนักตัว ปริมาณการใช้สารเสพติดที่ผ่านมา และโรคประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละราย หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยมารับยามาโคโดนต่อเนื่องเป็นระยะๆตามคู่มือการบำบัดฟื้นฟูที่กำหนดไว้ คือทุก 7 วัน จำนวน 4 ครั้ง และทุก 2 สัปดาห์อีก 8 ครั้ง รวมจำนวน 12 ครั้ง ซึ่งทุกครั้งกัผู้ป่วยมารับยามาโคโดนทีมงานจะมีการติดตามประเมินผลการบำบัดผู้ป่วยเป็นระยะๆเช่นกัน การประเมินผลนั้นทีมงานใช้วิธีการหลากหลายที่มีข้อมูลหลักฐานแสดงผลที่ชัดเจน เช่น การตรวจร่างกาย การตรวจรูม่านตา (Pupils) การซักถามอาการและสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยจากญาติ และการให้เครือข่ายติดตามในพื้นที่

5) ผลสำเร็จของรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่น

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของอำเภอไชยปราการพบว่า ประสบความสำเร็จอย่างสูง เพราะสามารถช่วยให้ผู้เข้ารับบำบัดฟื้นฟูส่วนใหญ่ไม่กลับไปเสพฝิ่น (ร้อยละ 70.00) และยังมีอีกจำนวนหนึ่งสามารถเลิกเสพฝิ่นได้ (ร้อยละ 3.33) (ตารางที่ 6) กล่าวได้ว่ารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นที่ทีมงานพัฒนาขึ้นเป็นวิธีการบำบัดฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพและมีความเหมาะสมกับบริบทของอำเภอไชยปราการ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้รับยามาโคโดนทดแทนต่อเนื่องตำบลศรีดงเย็นและตำบลแม่ทะลบ อำเภอไชยปราการ (ค่ายบำบัดที่ 1 และ 2) (N=90)

ผลการบำบัดรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยังรับยามาโคโดนต่อเนื่องโดยไม่กลับไปเสพฝิ่น	49	54.44
ยังรับยามาโคโดนต่อเนื่องร่วมกับการใช้สารเสพติด	24	26.67
กลับไปเสพฝิ่นหรือสารเสพติดซ้ำ	14	15.56
สามารถเลิกเสพฝิ่นและสารเสพติดได้	3	3.33
รวม	90	100

1.2 อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

อำเภอเชียงดาวได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่ตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ ในปี 2555 - 2556 ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) การประสานความร่วมมือเพื่อการค้นหาและคัดกรองผู้เสพติดฝิ่นในชุมชน

พบว่าทีมงานดำเนินการ โดยเริ่มจากการค้นหาและคัดกรองผู้เสพติดฝิ่นรวมทั้งการติดตามการบำบัดอย่างต่อเนื่องในอำเภอเชียงดาวในปี 2555 โดยทีมงานที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่เพียงฝ่าย

เดียว ทำให้ประสบปัญหาในการค้นหาผู้เสพติดฝิ่นเป็นอย่างมาก นับตั้งแต่เผชิญกับความยากลำบาก ทั้งการเดินทางที่ทุรกันดาร เส้นทางเข้าหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นถนนถมด้วยดินลูกรัง บ้านแต่ละหลังอยู่ห่างไกลกันมาก ไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับชาวบ้านได้เนื่องจากเป็นชนเผ่าลิสอ และมุเซอ ประการสำคัญคือไม่ได้ความไว้วางใจจากชาวบ้านในพื้นที่ และการติดตามผู้ป่วยเพื่อให้มารับยามทาโดนอย่างต่อเนื่องก็ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรเพราะผู้ป่วยไม่มารับยามทาโดนตามระยะเวลาที่นัดหมาย ดังนั้นในปี 2556 ทีมงานได้ปรับเปลี่ยนเป็นวิธีการประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่โครงการหลวงฯ อำเภอเชียงดาว ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โครงการหลวง เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ตำรวจตระเวนชายแดน และเจ้าหน้าที่ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5 (ป.ป.ส.) เพื่อร่วมกันช่วยค้นหาและคัดกรองผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่ทำให้สามารถค้นหาผู้เสพติดฝิ่นที่สมัครใจเข้ารับการรักษาบำบัดได้ตามเป้าหมายรวมทั้งสามารถติดตามให้ผู้ป่วยมารับยามทาโดนบำบัดอย่างต่อเนื่องได้ผลเป็นอย่างดี

2) การค้นหาและคัดกรองผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่เป้าหมาย

ทีมงานอำเภอเชียงดาวได้เดินทางเข้าพื้นที่เพื่อค้นหาผู้เสพติดฝิ่น 4 ครั้ง โดยครั้งแรกมีผู้ร่วมเดินทาง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่โครงการหลวง เจ้าหน้าที่ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5 (ป.ป.ส.) ตำรวจ ฝ่ายปกครอง สำนักงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่อนามัย เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดยเจ้าหน้าที่โครงการหลวงได้เชิญผู้นำหมู่บ้านมาประชุม เพื่อชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ของการประชุมและขอความร่วมมือในการช่วยค้นหาผู้เสพติดฝิ่นในหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งเมื่อได้รายชื่อผู้เสพติดฝิ่นในแต่ละหมู่บ้านแล้วทีมงานจึงเดินทางเข้าพบผู้เสพติดฝิ่นตามรายชื่อที่ได้ในแต่ละหมู่บ้าน เพื่ออธิบายวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ครอบครัวเข้าใจ เพื่อให้ความยินยอมและสมัครใจเข้ารับการรักษาบำบัดด้วยตนเอง ซึ่งมีผู้เสพติดฝิ่นสมัครใจเข้ารับการรักษาบำบัดเพียง 2 คนเท่านั้น ทำให้ทีมงานต้องเดินทางเข้าแต่ละหมู่บ้านอีก 3 ครั้ง เพื่อจูงใจให้ผู้เสพติดฝิ่นเข้ารับการรักษาบำบัด ภายหลังจากเจรจาต่อรองถึงผลประโยชน์ที่ครอบครัวและชุมชนจะได้รับจากการเข้ารับการรักษาบำบัดของผู้เสพติดฝิ่นแล้วพบว่าได้ผู้ป่วยที่ยินยอมและสมัครใจเข้ารับการรักษาบำบัดจำนวน 40 คน จาก 5 หมู่บ้าน

3) การสร้างแรงจูงใจให้ผู้เสพติดฝิ่นสมัครใจเข้ารับการรักษาบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทีมงานใช้วิธีการสร้างแรงจูงใจให้ผู้เสพติดฝิ่นและครอบครัวยินยอมและสมัครใจเข้ารับการรักษาบำบัดด้วยวิธีการเจรจาต่อรองผลประโยชน์ที่ครอบครัวผู้เสพติดฝิ่นและชุมชนจะได้รับหากผู้เสพติดฝิ่นยินยอมเข้ารับการรักษาบำบัดเช่น โครงการหลวงฯจะให้เงินช่วยเหลือด้านเกษตรกรรมครอบครัวละ 5,000 บาท ส่วนฝ่ายสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 5 (ป.ป.ส.)

ให้ความช่วยเหลือเงินค่าครองชีพครอบครัวละ 3,000 บาท องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองทอง ช่วยเหลือครอบครัวละ 2,000 บาท และเจ้าหน้าที่จากฝ่ายป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 5 (ป.ป.ส.) จะช่วยเปลี่ยนขวดสติงที่ใช้ขี้มแม่ในหมู่บ้านจาก 2 เส้นเป็น 4 เส้นเพื่อช่วยชาวบ้านขี้มแม่ น้ำได้สะดวกปลอดภัย ซึ่งผลการเจรจาต่อรองให้ผลประโยชน์กับชุมชนของทีมงานประสบความสำเร็จเพราะมีผู้เสพติดฝิ่นสมัครใจเข้ารับการบำบัดมากถึง 40 คน

4) การกำหนดรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นในชุมชน

ในการพัฒนารูปแบบและการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นในอำเภอเชียงดาวพบว่า ใช้วิธีการบำบัดด้วยยาเมทาโดนทดแทน (Methadone) เช่นเดียวกับอำเภอไชยปราการ โดยการจัด “ค่ายบำบัด” จำนวน 5 วัน (แบบค่ายปิด) เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูด้วยยาเมทาโดนที่ห้องประชุมโรงพยาบาลเชียงดาว โดยได้รับความช่วยเหลือดูแลความปลอดภัยจากเจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐและองค์กรเอกชนในพื้นที่ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5 (ป.ป.ส.) ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัครหมู่บ้าน เครือข่ายภาคประชาสังคม และตำรวจตระเวนชายแดน (ตชด.) ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีหน้าที่รับผิดชอบงานภายในค่ายบำบัดแตกต่างกันออกไป ช่วยทำให้การดำเนินกิจกรรมภายในค่ายบำบัดเป็นไปอย่างราบรื่นและบรรลุผลตามเป้าหมาย

ในการจัดค่ายบำบัดนอกจากเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจของผู้เข้ารับการบำบัดให้เข้าใจวิธีการบำบัดรักษาโดยยาเมทาโดนระยะยาวทดแทนการใช้ฝิ่น ยังเป็นการเริ่มต้นให้ยาเมทาโดนกับผู้ป่วยในวันแรกหลังเข้าค่ายบำบัดด้วย โดยเริ่มต้นด้วยขนาดยา 5 - 20 มิลลิกรัม ซึ่งประเมินจากปริมาณฝิ่นที่ผู้ป่วยแต่ละคนเสพ ในวันแรกแบ่งยาให้ผู้ป่วยดื่ม 2 ครั้ง ช่วงเช้า (9.00 น.) และช่วงเย็น (18.00 น.) และให้ยา diazepam 5 มิลลิกรัมก่อนนอน ในวันต่อๆ มาก่อนให้ยาเมทาโดนทุกครั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลเชียงดาวจะทำการประเมินอาการขาดยาของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินอาการขาดยาที่เรียกว่า COWS (Clinical Opiate Withdrawal Scale) มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเสพติดฝิ่น หลังจากได้รับยาเมทาโดน 3 วันผู้ป่วยทุกคนได้รับการประเมินอาการขาดยาซ้ำอีกครั้ง หากพบว่าไม่มีภาวะอาการขาดยา ก็จะทำการปรับขนาดยาให้ และในวันที่ 5 ก่อนออกค่ายบำบัดจะปรับขนาดยาให้เป็นไปตามมาตรฐานของการให้ยาเมทาโดนตามที่สถาบันธัญญารักษ์กำหนดไว้ (Gold standard) หลังจากนั้นมีการติดตามการเข้ารับยาเมทาโดนระยะยาวตามเวลาที่กำหนดอีกรวม 13 ครั้ง นาน 6 เดือน ซึ่งการให้ยาเมทาโดนกับผู้ป่วยในแต่ละครั้งของอำเภอเชียงดาวใช้วิธีการผสมยาแก้ไอ (M.tussis) ในยาเมทาโดน ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยนำไปฉีดเข้าเส้นเลือดแทนการดื่ม ในการจ่ายยาเมทาโดนให้ผู้ป่วยเพื่อนำกลับบ้านนั้นอำเภอเชียงดาวกำหนดให้ครั้งละ 350 มิลลิกรัม และเพิ่มได้อีก

จำนวน 250 มิลลิกรัม แต่จ่ายไม่เกิน 600 มิลลิกรัมต่อครั้ง โดยพิจารณาอนุโลมเป็นกรณีๆ ตามความยากลำบากในการเดินทางของผู้ป่วยในแต่ละหมู่บ้าน

5) การติดตามและประเมินผลการบำบัดด้วยยาเม็ดโตนระยะยาว

ทีมงานอำเภอเชิงดาวได้พัฒนาแนวทางการติดตามผู้เข้ารับการบำบัดด้วยยาเม็ดโตนในพื้นที่โดยใช้วิธีการบูรณาการหน่วยงานของรัฐและเอกชนทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามผู้ป่วย เช่น มีเจ้าหน้าที่ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5 (ป.ป.ส.) ร่วมเดินทางเข้าพื้นที่กับทีมงานในการติดตามด้วยทุกครั้ง การมารับยาเม็ดโตนทุกครั้งผู้ป่วยต้องนำสมาชิกในครอบครัวมาด้วยอย่างน้อย 1 คน ผู้นำชุมชนแต่ละหมู่บ้านต้องมาพร้อมกับผู้ป่วยเพื่อช่วยในการติดต่อสื่อสารภาษาเพราะส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าลีซอและมุเซอสำหรับวิธีการจ่ายยาเม็ดโตนให้ผู้ป่วยนั้นทีมงานใช้วิธีการนำรถโฟร์วิลขึ้นไปรับและส่งผู้ป่วยทุกคนในแต่ละหมู่บ้านเพื่อมารับยาที่โรงพยาบาลเชิงดาวทุกครั้ง ส่วนการจ่ายยาเม็ดโตนให้กับผู้ป่วยนั้นกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพหรือเภสัชกรของโรงพยาบาลเชิงดาวเป็นผู้รับผิดชอบในการจ่ายยาเท่านั้น

6) ผลสำเร็จของรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นในชุมชน

รูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพของอำเภอเชิงดาวดังกล่าวข้างต้นพบว่า ประสบความสำเร็จได้ระดับหนึ่ง เพราะจากการติดตามผลการบำบัดรักษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้เข้ารับการบำบัดยังคงมารับยาเม็ดโตนอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 87.50) มีผู้เข้ารับการบำบัดจำนวนหนึ่งที่สามารถเลิกเสพยาฝิ่นได้ (ร้อยละ 10) (ตารางที่ 7) ถือได้ว่ารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นในอำเภอเชิงดาวเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้รับยาเม็ดโตนทดแทนต่อเนื่อง อำเภอเชิงดาว (N=40)

ผลการบำบัดรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยังรับยาเม็ดโตนต่อเนื่องโดยไม่กลับไปเสพยาฝิ่น	35	87.50
สามารถเลิกเสพยาฝิ่นได้	4	10.00
เสียชีวิตด้วยโรคประจำตัว	1	2.50
รวม	40	100.00

1.3 อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่

อำเภอเวียงแหงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่ตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ ในปี 2555-2556 ตามขั้นตอนดังนี้

1) การประสานความร่วมมือผู้นำชุมชนเพื่อค้นหาและคัดกรองผู้เสพยาเสพติดในชุมชน

ในปี 2555 ทีมงานเริ่มดำเนินการเข้าพื้นที่เป้าหมายตามลำพังเพื่อค้นหาและคัดกรองผู้เสพยาเสพติด แต่ประสบความล้มเหลวเพราะไม่สามารถค้นหาผู้เสพยาเสพติดที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดได้เลย ทีมงานจึงประสานความร่วมมือกับ ศตส. เจ้าหน้าที่เครือข่ายภาคประชาสังคม พิเอสไอ ทหาร และผู้นำชุมชนในพื้นที่เพื่อขอความช่วยเหลือในการค้นหาผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยเองและฝ่ายสาธารณสุขเป็นตัวประสาน โดยใช้วิธีการปิดล้อมพื้นที่เป้าหมายเพื่อค้นหาสิ่งผิดกฎหมาย เช่น อาวุธ ยาเสพติด เมื่อพบจึงใช้วิธีการต่อรองให้อินยอมเข้ารับการบำบัดแทนการจับกุม ดังนั้นจึงได้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบบังคับบำบัด ทำให้เกิดปัญหาเมื่อผู้ป่วยเดินทางกลับบ้านถูกตำรวจจับกุมในข้อหาซื้อขายยาเสพติดคือยาเมทาโดนครอบครอง ส่งผลให้ผู้ป่วยและชาวบ้านในพื้นที่เกิดความกลัวและไม่ไว้วางใจในการเข้ารับการบำบัด ในปี 2556 ทีมงานปรับเปลี่ยนการดำเนินงานใหม่ โดยใช้วิธีการประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนในพื้นที่ โดยไม่มีตำรวจและทหารเข้ามาเกี่ยวข้อง เพราะชาวบ้านจะเกรงกลัวและไม่ให้ความไว้วางใจทั้งตำรวจและทหาร พบว่าทีมงานได้รับความร่วมมืออย่างยิ่งจากผู้ใหญ่บ้านและกำนันในการค้นหาและคัดกรองผู้ใช้ฝิ่นในพื้นที่ ทำให้สามารถค้นหาได้ผู้เสพยาเสพติดที่ยินยอมและสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาจำนวน 20 คน

2) การสร้างแรงจูงใจให้ผู้เสพยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

พบว่าทีมงานใช้วิธีการสร้างแรงจูงใจให้ผู้เสพยาเสพติดยินยอมและสมัครใจเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู และให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจกินยาเมทาโดนต่อเนื่องโดยไม่กลับไปเสพยาฝิ่นอีก ซึ่งการสร้างแรงจูงใจใช้วิธีการหลากหลาย เช่น การประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนช่วยเหลือในการค้นหาและคัดกรองผู้เสพยาเสพติดในชุมชน ให้ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการนำส่งผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดในครั้งแรก ใช้วิธีการออก“โมบายเมทาโดนเคลื่อนที่”เข้าไปในพื้นที่เพื่อติดตามให้ยาเมทาโดนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นำอุปกรณ์กีฬาแจกให้เด็กๆ ในหมู่บ้านเพื่อให้ทำหน้าที่ตามตัวผู้ป่วยแต่ละคนมารับยาเมทาโดนจากทีมงานทุกครั้งที่เข้าพื้นที่ เพราะส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรมและหาของในป่าจึงไม่อยู่ที่บ้านในช่วงเวลาที่ทีมงานเดินทางนำยามาให้

3) การกำหนดรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในชุมชน

ในการพัฒนารูปแบบและการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในอำเภอเวียงแหงพบว่าใช้วิธีการบำบัดด้วยยาเมทาโดนทดแทน (Methadone) เช่นเดียวกับอำเภอไชยปราการและอำเภอเชียงดาว โดยทีมงานดำเนินการจัดทำ “ค่ายบำบัด” เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้เข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดนที่ศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง (กศน.) ในหมู่บ้าน ซึ่งการดำเนินกิจกรรมค่ายบำบัดใช้เวลา 3 วัน เนื่องจากเป็นพื้นที่ค่อนข้างอันตรายจึงจัดค่ายแบบค่ายไปเช้า-เย็นกลับ ในค่ายบำบัดมีการจัดกิจกรรมให้

ความรู้เกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของการใช้ฝืนและยาเสพติด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมงานกับผู้เข้ารับการรักษา มีการสอนนวดแผนไทย และการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด ทั้งนี้ได้รับการสนับสนุนวิทยากรจากกรมป่าไม้ การบำบัดรักษาผู้ป่วยเริ่มต้นโดยการให้ยาเมทาโดนในวันที่ 2 ของการบำบัด โดยให้ในตอนเช้าและมีการประเมินอาการขาดยาในตอนเย็นทุกวัน การกำหนดขนาดยาเมทาโดนเป็นไปตามปริมาณการใช้ฝืนและโรคประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละคน และมีการประเมินอาการขาดยาในผู้ป่วยทุกวัน เพื่อปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับอาการของแต่ละคน ซึ่งทีมงานกำหนดขนาดยา 5 -10 มิลลิกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคประจำตัวและขนาดยาระหว่าง 10-20 มิลลิกรัมต่อวันในผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงและมีสุขภาพแข็งแรง โดยขนาดสูงสุดที่ผู้ป่วยจะรับได้ คือ 30 มิลลิกรัมต่อวัน

4) การติดตามและประเมินผลการบำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดน

หลังสิ้นสุดการจัดค่ายแล้ว ทีมงานมีการติดตามและบำบัดรักษาผู้ป่วยโดยใช้วิธีการ “ออกโมบายโดยรถยนต์” เพื่อจ่ายยาเมทาโดนให้กับผู้ป่วยในพื้นที่จำนวน 13 ครั้ง เนื่องจากเส้นทางการเดินทางระหว่างพื้นที่บ้านห้วยไทรกับโรงพยาบาลเวียงแหงเป็นทางลาดชัน ถนนเป็นดินอัด และเส้นทางขรุขระทำให้ผู้ป่วยต้องยกลำบากและไม่สะดวกกับการเดินทางลงเขาไปที่โรงพยาบาล เพราะต้องใช้เวลามาก โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนอาจต้องใช้เวลาเดินทาง 4-5 ชั่วโมง ดังนั้นทีมงานจึงใช้วิธีออกโมบายนำยาเมทาโดนขึ้นไปจ่ายให้แทนการให้ผู้ป่วยลงมารับยาเองที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องอีก 13 ครั้ง นาน 4 เดือน โดยมีเภสัชกรของโรงพยาบาลเวียงแหงเป็นผู้รับผิดชอบในการจ่ายยาเมทาโดนให้กับผู้ป่วย

5) ผลสำเร็จของรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝืน

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของอำเภอเวียงแหงพบว่า ประสบความสำเร็จสูงมากเพราะพบว่าผู้เข้ารับการรักษาร้อยละ 95 (ตารางที่ 8) ยังคงมารับยาเมทาโดนอย่างสม่ำเสมอโดยไม่กลับไปเสพฝืนจนครบระยะเวลา 1 ปี โดยทีมงานใช้วิธีการสุ่มตรวจปัสสาวะเป็นระยะๆ ยังตรวจไม่พบฝืนถือได้ว่ารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝืนในอำเภอเวียงแหงเป็นวิธีการหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการรักษาที่ได้รับยาเมทาโดนทดแทนต่อเนื่องอำเภอเวียงแหง (N=20)

ผลการบำบัดรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ได้รับยาเมทาโดนต่อเนื่องจนครบ 1 ปีโดยไม่กลับไปเสพฝืน	19	95.00
เสียชีวิตด้วยโรคประจำตัว	1	5.00
รวม	20	100.00

1.4 อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่

อำเภอแม่แตงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่ตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ ในปี 2555 - 2556 ตามขั้นตอนดังนี้

1) การเข้าพื้นที่เพื่อค้นหาและคัดกรองผู้เสพยาเสพติดในชุมชน

พบว่าอำเภอแม่แตงเป็นพื้นที่ที่ทีมงานประสบปัญหาและอุปสรรคอย่างมากในขณะที่อำเภอเชียงดาวและอำเภอไชยปราการได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานรัฐและองค์กรอิสระในพื้นที่เป็นอย่างดี แต่ทีมงานของอำเภอแม่แตงกลับมีความยุ่งยากในการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองมีการโยกย้ายงานบ่อยครั้ง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนบางคนมีญาติเป็นคนค้ายาเสพติดในพื้นที่ทำให้ไม่สะดวกใจในการช่วยค้นหาผู้เสพยาเสพติด ส่งผลให้ทีมงานตัดสินใจเข้าพื้นที่ตามลำพังเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว โดยไม่มีเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนเป็นแนวร่วมให้ความช่วยเหลือดูแลความปลอดภัย ดังนั้นทีมงานจึงเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีจำนวนเพียง 3 คนเท่านั้นประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลจิตเวช และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ซึ่งดำเนินการเข้าพื้นที่เพื่อค้นหาและคัดกรองผู้เสพยาเสพติด โดยใช้รถโฟร์วิลพร้อมคนขับรถที่ชำนาญทาง เนื่องจากเส้นทางเข้าหมู่บ้านเป้าหมายเป็นทางลาดชันเพราะอยู่บนภูเขาทุรกันดาร หนทางเป็นหลุมเป็นบ่อและคดเคี้ยวซึ่งใช้เวลาในการเดินทาง 3 ชั่วโมงครึ่ง หลังจากการประสานความร่วมมือและทำความเข้าใจกับผู้นำชุมชนโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และแสดงความจริงใจว่าต้องการมาช่วยบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดเท่านั้น ซึ่งผู้นำชุมชนและชาวบ้านเกิดความไว้วางใจทีมงานให้ความร่วมมือในการแสดงตนเป็นผู้เสพยาเสพติดและยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

2) การสร้างแรงจูงใจให้ผู้เสพยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

อำเภอแม่แตงประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในขั้นตอนการค้นหาและคัดกรองผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงอันตรายสูงทั้งในการเดินทางและชาวบ้านในชุมชนไม่ให้ความไว้วางใจ รวมทั้งไม่ได้รับการสนับสนุนหรือความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆในพื้นที่ ซึ่งความสำเร็จนี้เกิดจากความตั้งใจและความมุ่งมั่นในการทำงานแล้ว ยังพบว่าทีมงานใช้วิธีการสร้างแรงจูงใจให้ผู้นำชุมชนและผู้เสพยาเสพติดเพื่อยินยอมและสมัครใจเข้ารับการบำบัด เช่น การสร้างความไว้วางใจกับผู้ใหญ่บ้านและครอบครัวของผู้เสพยาเสพติด การต่อรองช่วยเหลือค่าเดินทางหากผู้เสพยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัด การต่อรองโดยเสนอเงื่อนไขว่าหากมีผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดได้มากจะมีทีมงานเดินทางขึ้นมาจ่ายยาให้ในชุมชน แต่ถ้ามีจำนวนน้อยก็ต้องเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลแม่แตง การบำบัดผู้เสพยาเสพติดจะมีเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น ไม่มีฝ่ายปกครอง ผลปรากฏว่ามีผู้เสพยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดจำนวนมากถึง 40 คน

3) การกำหนดรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในชุมชน

ในการพัฒนารูปแบบและการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในอำเภอแม่แตงพบว่า ใช้วิธีการบำบัดด้วยยาเมทาโดนทดแทน (Methadone) เช่นเดียวกับ 3 อำเภอดังกล่าวข้างต้น ทีมงานดำเนินการโดยให้ผู้เข้ารับการบำบัดพบแพทย์ในครั้งแรกเพื่อตรวจร่างกายและประเมินอาการทั่วไป พร้อมกับรับยาเมทาโดนไปรับประทานที่บ้าน 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นจึงเข้า “ค่ายบำบัด” เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้เข้ารับการบำบัดที่แบบมูริสอร์ท ซึ่งการดำเนินกิจกรรมค่ายบำบัดใช้ระยะเวลา 5 วัน แบบค่ายปิดโดยประสานความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และผู้นำชุมชนหมู่บ้านในการดูแลและช่วยเหลือผู้เข้ารับการบำบัดตลอดระยะเวลาที่อยู่ในค่าย ภายในค่ายมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของการใช้ฝิ่นและยาเสพติด หลักการบำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว การประเมินอาการขาดยา การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดและกิจกรรมอื่นๆ รวมทั้งมีการประเมินอาการขาดยาทุกวันเพื่อปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละคน ซึ่งทีมงานกำหนดให้ยาเมทาโดนแต่ละคนได้เฉลี่ย 20 มิลลิกรัมต่อวัน และปริมาณสูงสุดไม่เกิน 45 มิลลิกรัม

4) การติดตามและประเมินผลการบำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว

เนื่องจากเส้นทางการเดินทางเข้าพื้นที่ที่มีความยากลำบากแล้วยังค่อนข้างอันตราย เพราะเป็นทางลาดชัน เส้นทางขรุขระและทุรกันดาร โดยเฉพาะความปลอดภัยของทีมงานเนื่องจากเกรงว่าผู้มีอิทธิพลในพื้นที่ที่เสียผลประโยชน์อาจคิดทำร้ายทีมงานทำให้ไม่สามารถนำยาเมทาโดนไปจ่ายให้ผู้ป่วยได้ทุกวันหลังสิ้นสุดการจัดค่ายบำบัดแล้ว แต่ทำการติดตามและประเมินผลการบำบัดผู้ป่วยโดยใช้วิธีการให้เภสัชกรของโรงพยาบาลแม่แตงเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยแต่ละคน และทีมงานนำยาเมทาโดนไปเก็บรักษาไว้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สัปดาห์ละครั้ง และให้ผู้ป่วยแต่ละคนมารับยาเมทาโดนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่จนครบตามกำหนดระยะเวลา สำหรับการติดตามบำบัดด้วยยาเมทาโดนอย่างต่อเนื่องนั้นทีมงานใช้หลักการบริหารยาเมทาโดนโดยวิธีการปรับขนาดยาของผู้ป่วยแต่ละคนให้ลดลงมาเรื่อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้ในที่สุด ในระหว่างการบำบัดด้วยยาเมทาโดนหากผู้ป่วยมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาให้โทรศัพท์ติดต่อขอคำปรึกษาจากทีมงานได้ตลอดเวลา

ส่วนวิธีการติดตามบำบัดผู้ป่วยด้วยยาเมทาโดนใช้วิธีการที่เรียกว่า “เพื่อนสอนเพื่อน” (Peer group) หรือ “คู่นู” (Buddy) คือ การสอนให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการขาดยาของผู้ป่วยด้วยกันเองได้ หรือหากู้สึกว่าตนเองหรือผู้ป่วยคนอื่นมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีพฤติกรรมที่แสดงอาการขาดยาให้นำส่งโรงพยาบาลแม่แตงเพื่อทำการปรับขนาดยาเมทาโดนให้ใหม่ ซึ่งลักษณะการให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการขาดยาทั้งของตนเองและผู้ป่วยคนอื่นผลปรากฏว่าการบำบัดฟื้นฟูดำเนินการไป

ด้วยความราบรื่น โดยพบว่าขณะนี้ผู้ผ่านการบำบัดทั้ง 40 คน (ร้อยละ 100) ยังอยู่ในกระบวนการบำบัด ด้วยเมทาโดนระยะยาวอย่างต่อเนื่องและยังตรวจสอบไม่พบว่ามีผู้ป่วยรายใดเสพยาฝิ่นอีก

5) ผลสำเร็จของรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาฝิ่นในชุมชน

รูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพของอำเภอแม่แตงดังกล่าวข้างต้นพบว่า ประสบความสำเร็จสูงมาก โดยพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดร้อยละ 100 (ตารางที่ 9) ยังคงมารับยาเมทาโดนอย่างสม่ำเสมอโดยไม่กลับไปเสพยาฝิ่นจนครบระยะเวลาติดตาม 1 ปี ซึ่งทีมงานใช้วิธีการสุ่มตรวจปัสสาวะผู้ป่วยเป็นระยะๆ ยังตรวจไม่พบฝิ่นถือได้ว่ารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นในอำเภอเวียงแหงเป็นวิธีการหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้รับยาเมทาโดนทดแทนต่อเนื่อง อำเภอแม่แตง (N=40)

ผลการบำบัดรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ได้รับยาเมทาโดนต่อเนื่องจนครบ 1 ปีโดยไม่กลับไปเสพยาฝิ่น	40	100.00
รวม	40	100.00

1.5 อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก

อำเภอแม่ระมาดได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นและยาเสพติดในพื้นที่ตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ ในปี 2555 - 2556 ตามขั้นตอนดังนี้

1) การเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและแนวทางการบำบัดผู้เสพยาฝิ่นกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ในปี 2555 ทีมงานเริ่มดำเนินงานโดยการจัดอบรมให้กับบุคลากรในพื้นที่อำเภอแม่ระมาดที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่น โดยใช้พื้นที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ระมาดเป็นสถานที่จัดอบรมผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา และผู้นำชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีสมรรถนะในการค้นหา คัดกรองผู้ใช้ฝิ่นและยาเสพติดอื่นๆ และมีทักษะในการใช้เทคนิคโน้มน้าวให้ผู้เสพยาฝิ่นเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

2) การประสานความร่วมมือกับเครือข่ายในพื้นที่เป้าหมาย

ภายหลังการจัดอบรมให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบำบัดในพื้นที่แล้วทีมงานได้ประสานการทำงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ โดยการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล

ในพื้นที่จำนวน 2 แห่ง คือ รพ.สต.คำหวัน และ สสช.ห้วยโป่ง เพื่อขอความร่วมมือในการค้นหา และคัดกรองผู้เสพติดฝิ่น และนำเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครไอโซน (เครือข่ายภาคประชาสังคมไอโซน) ซึ่งเป็นอาสาสมัครที่เคยผ่านการบำบัดแล้วเลิกเสพติดฝิ่นได้สำเร็จ ให้รับผิดชอบในการติดตามผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับการรักษาบำบัดด้วยยาเมทาโดนระยะยาวโดยการใช้วิธี “เพื่อนช่วยเพื่อน” และทำรายงานสรุปผลความก้าวหน้าในการติดตามผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลแม่ระมาดทุกเดือน

3) การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในพื้นที่

ทีมงานเริ่มดำเนินการลงพื้นที่ในปี 2556 ระยะเวลาแรกที่พบว่าชาวบ้านในพื้นที่ทุกคนเกรงกลัวเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองมาก โดยเฉพาะกลัวถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจจับกุมตัว จึงให้ความร่วมมือในการเข้ารับการรักษาบำบัดน้อยเพราะยังไม่ไว้วางใจทีมงาน ดังนั้นทีมงานจึงปรับแนวทางใหม่โดยก่อนเข้าไปในพื้นที่ทีมงานเชิญผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เข้าร่วมประชุมกับทีมงานเพื่อร่วมวางแผนงานเกี่ยวกับเป้าหมายของการดำเนินงานและวิธีการบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นพบว่าสามารถสร้างความไว้วางใจให้กับผู้นำชุมชนที่มีต่อทีมงานมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่ยินยอมและสมัครใจเข้ารับการรักษาบำบัดจำนวนมากขึ้นเพราะผู้นำชุมชนเป็นผู้เข้าไปค้นหาผู้เสพติดฝิ่นในหมู่บ้านของตนเองและชักชวนให้เข้ารับการรักษาบำบัด

4) การค้นหาและคัดกรองผู้ใช้ฝิ่นในพื้นที่เป้าหมาย

ในการค้นหาและคัดกรองผู้ใช้ฝิ่นในอำเภอแม่ระมาดพบว่าทีมงานเริ่มค้นหารายชื่อผู้เสพติดฝิ่นจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดมาแล้ว หลังจากนั้นจึงลงพื้นที่โดยให้ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน และกำนัน ทำการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับเป้าหมายของโครงการขยายผลโครงการหลวงฯในการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นในชุมชน หลังจากนั้นทีมงาน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ระมาด เกษัตริย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เจ้าหน้าที่สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) และเจ้าหน้าที่ศูนย์ไอโซน (เครือข่ายภาคประชาสังคมไอโซน) ได้ร่วมมือกับผู้นำชุมชนในพื้นที่เข้าค้นหาและคัดกรองผู้ใช้ฝิ่น โดยการเข้าพื้นที่ครั้งนี้ไม่มีเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองเข้าร่วมดำเนินการด้วย ในระยะแรกของการลงพื้นที่พบว่าไม่มีผู้เสพติดฝิ่นสมัครใจเข้ารับการรักษาบำบัดเพียง 12 คนเท่านั้น ทีมงานปรับกลวิธีการค้นหาผู้เสพติดฝิ่นใหม่โดยให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่ศูนย์ไอโซนเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมรายชื่อผู้เสพติดฝิ่นที่สมัครใจเข้ารับการรักษาบำบัด เนื่องจากเป็นคนที่ในพื้นที่และสามารถพูดสื่อสารด้วยภาษากะเหรี่ยงได้ พบว่าได้ผู้เสพติดฝิ่นที่ยินยอมและสมัครใจเข้ารับการรักษาบำบัดเพิ่มมากขึ้นถึง 157 คน จากจำนวนผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่ทั้งหมด 212 คน

ในปี 2556 หลังจากได้ผู้เสพยาฝิ่นที่สมัครใจเข้ารับการรักษาแล้ว ทีมงานเริ่มดำเนินการบำบัดฟื้นฟูโดยวันแรกจัดให้มีการปฐมนิเทศ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้เข้ารับการรักษา มีความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติด วิธีการบำบัดด้วยยาเมทาโดนระยะยาว การรับยาเมทาโดนบำบัดกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล และมีการประกอบพิธีทางศาสนาด้วยกัน หลังจากนั้นทำความเข้าใจถึงวิธีการมารับยาเมทาโดนอย่างต่อเนื่อง

5) การกำหนดรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นในชุมชน

ในการพัฒนารูปแบบและการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นในอำเภอแม่ระมาดพบว่าใช้วิธีการบำบัดด้วยยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy: MMT) เช่นกัน ซึ่งแต่เดิมโรงพยาบาลแม่ระมาดใช้วิธีการบำบัดผู้เสพยาฝิ่นด้วยวิธีถอนพิษยาด้วย Tincture Opium แต่ในปี 2556 ได้เริ่มปรับเปลี่ยนมาใช้ยาเมทาโดนตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ เนื่องจากการติดตามประเมินผลการรักษา พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากต่อวิธีการบำบัดด้วยยาเมทาโดนเพราะสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการเลิกเสพยาฝิ่น ปัจจุบันโรงพยาบาลแม่ระมาดได้ปรับแนวทางการบำบัดรักษาผู้เสพยาฝิ่นเป็นรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูด้วยยาเมทาโดนระยะยาว (MMT)

ก่อนการเริ่มยาเมทาโดนบำบัดกับผู้ป่วย ทีมงานได้มีการปฐมนิเทศให้กับผู้ป่วยเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองระหว่างการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยยาเมทาโดน และมีข้อตกลงร่วมกับผู้ป่วยว่าต้องมารับยาเมทาโดนทุกครั้งหากขาดหายไปจะถูกตัดชื่อออกจากการเป็นผู้ป่วย สำหรับการคิดสูตรการจ่ายยาเมทาโดนให้ผู้เสพยาฝิ่นรับประทานนั้นทีมงานได้กำหนดเป็น 3 สูตร คือ M1= 20 มิลลิกรัม M2 = 15 มิลลิกรัม M3= 10 มิลลิกรัม ทั้งนี้ผู้ป่วยจะใช้สูตรใดให้เป็นไปตามผลการประเมินอาการขาดยาและโรคประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละคน

6) การติดตามและประเมินผลการบำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว

ในระหว่างการติดตามการบำบัดในปี 2555 ทีมงานกำหนดให้ผู้ป่วยมารับยาเมทาโดนที่โรงพยาบาลแม่ระมาด พบว่าผู้ป่วยที่สามารถมารับยาได้สม่ำเสมอต่อเนื่องมีจำนวนเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ดังนั้นในปี 2556 ทีมงานจึงปรับเปลี่ยนวิธีการติดตามผลการบำบัดใหม่ โดยทีมงานได้ออกบริการเชิงรุกนำยาเมทาโดนไปจ่ายให้ผู้ป่วยถึงสถานบริการที่ใกล้บ้าน จำนวน 2 แห่ง คือ รพ.สต. คำหวัน และ สสข. ห้วยโป่ง และให้ผู้ป่วยลงจากพื้นที่มารับยาที่เจ้าหน้าที่สถานบริการสาธารณสุขทั้ง 2 แห่ง เพื่อช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยให้เดินทางไปและกลับได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น หากมีปัญหาแทรกซ้อนจากการบำบัดให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปรึกษากับทีมงานในการปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับอาการขาดยาของผู้ป่วยแต่ละคน ทีมงานวางแผนเข้าพื้นที่เพื่อนำยาเมทาโดนไปให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดือนละ 2 ครั้ง เนื่องจากสภาพการเดินทางเป็นไปด้วยความ

ยากลำบาก เพราะเป็นทางขึ้นภูเขาสูงชันและเป็นพื้นที่ทุรกันดาร ในฤดูฝนการเดินทางยากลำบาก บางครั้งไม่สามารถเข้าพื้นที่ได้ ทีมงานฝากเมทาโดนไว้ที่สถานบริการทั้ง 2 แห่ง และให้ช่วยจ่ายยาให้ โดยทีมงานจะสอน ให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ก่อน และมีคู่มือการบำบัดเมทาโดนไว้เป็นแนวทางในการ บำบัดรักษา สำหรับในการติดตามกำหนดไว้นาน 1 ปี โดยในการติดตามทุกครั้งทีมงานจะต้องตรวจ ปัสสาวะผู้ป่วย หากพบว่าผู้ป่วยมีผลปัสสาวะเป็นบวกเกิน 3 ครั้ง หรือมีพฤติกรรมลักลอบนำยาเมทา โดน ไปขายก็จะถูกตัดชื่อออกจากการเป็นผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดการติดตามครบ 1 ปี ทีมงานได้ขอความร่วมมือให้ผู้นำชุมชน คือ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และอาสาสมัครเป็นผู้ติดตามดูแลผู้ป่วยต่อไป

สำหรับการติดตามพฤติกรรมกลับไปเสพฝิ่นซ้ำของผู้ป่วยนั้น นอกจากมีการตรวจปัสสาวะ ทุกครั้งแล้ว ยังใช้วิธีการสังเกตจากการที่ผู้ป่วยนำขวดยาเมทาโดนมาคืน การสอบถามข้อมูลจาก ครอบครัวของผู้ป่วย และการให้อาสาสมัครจากศูนย์โอโซนตรวจเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามว่าผู้ป่วยสามารถ ปฏิบัติตัวได้ตามคำแนะนำหรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยได้รับยาเมทาโดนแล้วยังมีอาการขาดยาหรืออาการ แสดงว่าได้ยาปริมาณมากเกินไปให้นำผู้ป่วยมาพบทีมงานเพื่อกำหนดการปรับยาให้ได้ปริมาณที่ พอเหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน

7) ผลสำเร็จของรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่น

ผลการบำบัดฟื้นฟูเสพติดฝิ่นในพื้นที่เมื่อปี 2555 พบว่า ภายหลังจากการบำบัดด้วยยาเมทาโดน ระยะยาว 1 ปี จากการติดตามผลพบว่า มีผู้ป่วยกลับไปเสพติดฝิ่นซ้ำมากถึงร้อยละ 60 มีผู้ป่วยที่เลิกเสพ ฝิ่นและยังคงรับยาเมทาโดนอย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 30 และมีผู้ป่วยที่ยังเสพฝิ่นร่วมกับกินยาเมทาโดน อีกร้อยละ 10 สำหรับการติดตามผลการบำบัดฟื้นฟูเสพติดฝิ่นปี 2556 พบว่า ภายหลังจากการบำบัดด้วยยา เมทาโดนระยะยาว 6 เดือนมีผู้ป่วยกลับไปเสพฝิ่นซ้ำมากถึงร้อยละ 72.61 จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับ การบำบัด 157 คน (ตารางที่ 10) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการเดินทางลงมารับยามีความยากลำบาก โดยเฉพาะฤดูฝนเส้นทางเดินทางจะเสี่ยงอันตรายสูง ส่วนใหญ่มีฐานะยากจนทำให้ไม่มีค่าเดินทาง และบางรายยังนิยมใช้ฝิ่นเป็นยาแก้ปวด ดังนั้นเมื่อไม่สามารถเดินทางมารับยาเมทาโดนได้อย่างต่อเนื่อง จึงทำให้กลับไปเสพฝิ่นซ้ำ แต่พบว่ายังคงมีผู้ป่วยร้อยละ 24.20 ที่ยังมารับยาเมทาโดนอย่างต่อเนื่องซึ่ง ทีมงานใช้วิธีการสุ่มตรวจปัสสาวะผู้ป่วยเป็นระยะๆ ยังตรวจไม่พบฝิ่น

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการรักษาที่เข้ารับยาเมทาโดนทดแทนต่อเนื่อง
อำเภอแม่ระมาด (N=157)

ผลการบำบัดรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เลิกเสพยาและกินยาเมทาโดนต่อเนื่อง	5	3.18
เสพยาพร้อมกับกินยาเมทาโดน	33	21.02
กลับไปเสพยาติดฝิ่นซ้ำ	114	72.61
เลิกเสพยาได้	4	2.55
เสียชีวิตด้วยโรคประจำตัว	1	.64
รวม	157	100.00

2. การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาติดฝิ่นโดยใช้ยาโคดีอิน (Codeine)

พบว่าอำเภอที่ใช้รูปแบบและการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาติดฝิ่นโดยใช้ยาโคดีอิน (Codeine) คือ อำเภออมก๋อย ซึ่งการพัฒนา รูปแบบและการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาติดฝิ่นของอำเภออมก๋อยมีดังนี้

1) การค้นหาและคัดกรองผู้เสพยาติดฝิ่นในพื้นที่เป้าหมาย

ในปี 2555 อำเภออมก๋อยได้ดำเนินการค้นหาและคัดกรองผู้เสพยาติดฝิ่นในพื้นที่เป้าหมายตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ และพื้นที่อาณาเขตติดต่อกับพื้นที่โครงการหลวงฯ เนื่องจากทีมงานมีความเห็นว่าการแก้ไขปัญหาเฉพาะในพื้นที่ยังไม่เพียงพอ ถ้าพื้นที่ใกล้เคียงยังมีปัญหารุนแรงมากอยู่ ดังนั้นการดำเนินงานควรทำควบคู่กันไปด้วย อีกทั้งผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือในการค้นหาและบำบัดผู้เสพยาติดฝิ่น พื้นที่ที่มีความปลอดภัยมากเพียงพอในการปฏิบัติงานของทีมงาน ซึ่งผลการค้นหาและคัดกรองพบว่าผู้เสพยาติดฝิ่นสมัครใจเข้ารับการรักษาทั้งหมด 180 คน

2) การกำหนดรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาติดฝิ่นในชุมชน

ในการพัฒนา รูปแบบและการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาติดฝิ่นในอำเภออมก๋อยพบว่าใช้วิธีการบำบัดด้วยยาโคดีอิน (Codeine) ทั้งนี้เพราะโรงพยาบาลอมก๋อยมีแนวคิดว่าการบำบัดผู้ป่วยฝิ่นด้วยยาโคดีอินสามารถบริหารจัดการได้ง่าย ช่วยลดอาการขาดยา (Withdrawal) ได้ดี และตัวยาก็ไม่สะสมในร่างกายจนเป็นอันตรายรุนแรงต่อชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการบำบัดจะเริ่มด้วยการจ่ายยาให้ผู้ป่วยกลับไปรับประทานที่บ้านครั้งแรกนาน 5 วัน ประกอบด้วยยา 4 ชนิด คือ ยาโคดีอิน 2 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง ยา Hadol (2 mg) 1 เม็ดก่อนนอน ยา Valium (5 mg) 1 เม็ดก่อนนอนและยา Alum milk 1 เม็ด 3 เวลา

หลังอาหาร หลังจากนั้นทีมงานติดตามและประเมินผลการบำบัดด้วยยาโคดีอินอีกเป็นระยะๆ นาน 1 เดือน

3) การติดตามและประเมินผลการบำบัดด้วยยาโคดีอิน

หลังจากจ่ายยาให้ผู้ป่วยไปรับประทานที่บ้านครบ 5 วันแล้ว ทีมงานมีการติดตามเข้าไปในพื้นที่ และให้ยาผู้ป่วยไว้รับประทานต่อเนื่องอีก 4 ครั้ง (เป็นเวลา 1 เดือน) โดยเข้าพื้นที่ทุก 7 วัน และจ่ายยาให้ผู้ป่วยเพียงพอต่อการรับประทานนาน 7 วัน ซึ่งยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยแต่ละครั้งประกอบด้วยยา 3 ชนิด คือ ยา Codeine 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร ยา Valium (5 mg) 1 เม็ดก่อนนอนและยา Alum milk 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร ซึ่งการเข้าพื้นที่เพื่อจ่ายยาให้ผู้ป่วยแต่ละครั้งจะมีผู้นำชุมชนและอาสาสมัครหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมแล้วเข้าร่วมลงพื้นที่กับทีมงานด้วย ซึ่งทีมงานมอบหมายให้อาสาสมัครหมู่บ้านแต่ละคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการเป็น“พี่เลี้ยง” ทำหน้าที่คอยช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และประเมินอาการแทรกซ้อนจากยาที่ได้รับด้วย

ทีมงานจัดทำรายชื่อผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการบำบัดเพื่อควบคุมการจ่ายยาให้ผู้ป่วย ซึ่งก่อนเข้าพื้นที่ทีมงานจะจัดเตรียมยาที่โรงพยาบาลมก้อยโดยจัดใส่ยาเป็นถุงให้ครบตามรายชื่อของผู้ป่วยแต่ละคนให้เรียบร้อยก่อนการเดินทาง เมื่อเข้าถึงพื้นที่แล้วจึงจ่ายยาให้ผู้ป่วยแต่ละคนตามบัตรประจำตัวแสดงตน ขณะจ่ายยาทีมงานจะอธิบายวิธีการรับประทานยาให้ผู้ป่วยเข้าใจ ส่วนอาสาสมัครหมู่บ้านที่รับผิดชอบในบ้านหลังใดก็จะมีหน้าที่ติดตามดูแลผู้ป่วยในบ้านนั้นตลอดไปจนกว่าทีมงานจะเข้าพื้นที่ในครั้งต่อไป หากพบว่าผู้ป่วยคนใดมีปัญหาหรือมีอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยาให้อาสาสมัครหมู่บ้านทำการติดต่อประสานงานกับทีมงานได้ตลอดเวลา ซึ่งผลการติดตามผลการบำบัดผู้ป่วยพบว่าได้รับการบำบัดแล้ว 280 คน แต่เริ่มประสบปัญหาว่าผู้ป่วยเริ่มปฏิเสธไม่ยอมรับยาโคดีอินโดยเฉพาะผู้ป่วยรายเก่าที่เคยได้รับยาเมทาโดนบำบัดมาก่อนจะปฏิเสธไม่ยอมรับยาโคดีอินและขอใบส่งตัวจากโรงพยาบาลมก้อยให้ส่งตัวมาขอรับการรักษาสถานพยาบาลที่มีการบำบัดด้วยยาเมทาโดน รวมทั้งทีมงานส่วนหนึ่งมีความคิดเห็นว่าการบำบัดด้วยการให้ Paracetamol with codeine อาจจะมีปริมาณ Paracetamol มาก ซึ่งผู้ป่วยบางรายเป็นผู้สูงอายุอาจทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้

4) ผลสำเร็จของรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่น

ภายหลังการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นในพื้นที่อำเภออมก้อยด้วยยาโคดีอินและมีการติดตามให้กินยาจนครบ 1 เดือน พบว่า มีผู้ป่วยกลับไปเสพติดฝิ่นซ้ำมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 90.35 รองลงมาคือไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้คิดเป็นร้อยละ 6.43 ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพติดได้คิดเป็นร้อยละ 2.86 และเสียชีวิตด้วยโรคประจำตัวร้อยละ 0.36 (ตารางที่ 11) ซึ่งทีมงานให้เหตุผลว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยกลับไปเสพติดซ้ำจำนวนมากเพราะไม่สามารถอดทนต่อสิ่งเร้าได้ เนื่องจากในพื้นที่มีการแพร่ระบาด

ของฝืนอย่างมาก พื้นที่ปลูกฝืนก็ยังมียูอยู่ อย่างไรก็ตามพบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น สุขภาพดีขึ้นและลดปริมาณการเสฟฝืนลง

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้รับยาโคคิอิน อำเภออมก๋อย

ผลการบำบัดรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เลิกเสฟฝืนได้	8	2.86
กลับไปเสฟฝืนซ้ำ	253	90.35
เสียชีวิตด้วยโรคประจำตัว	1	0.36
ไม่สามารถติดตามได้	18	6.43
รวม	280	100.00

3. การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสฟฝืนโดยใช้ยา Tarmadol

พบว่าอำเภอที่ใช้รูปแบบและการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสฟฝืนโดยใช้ยา Tarmadol คือ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งการพัฒนาารูปแบบและการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสฟฝืนของอำเภอปายมีดังนี้

1) การเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับยาเสฟฝืนและแนวทางการบำบัดผู้เสฟฝืนกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ในปี 2555 ทีมงานเริ่มดำเนินการจัดอบรมให้กับบุคลากรในพื้นที่อำเภอปายที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสฟฝืน โดยใช้โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนเป็นสถานที่อบรม ผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแม่ฮ่องสอน และโรงพยาบาลปาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำอาสาสมัครหมู่บ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสฟฝืนและการบำบัดฟื้นฟู เทคนิคการค้นหาคัดกรองผู้เสฟฝืนและยาเสฟฝืนอื่นๆ และมีทักษะในการใช้เทคนิคโน้มน้าวให้ผู้เสฟฝืนเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

2) การประสานความร่วมมือกับเครือข่ายในพื้นที่เป้าหมาย

ภายหลังการจัดอบรมให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบำบัดในพื้นที่แล้วทีมงานได้ประสานการทำงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่จัดให้มีการประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านในชุมชนได้รับทราบเป็นภาษาท้องถิ่นผ่านวิทยุอำเภอ เพื่อให้ผู้เสฟฝืนสมัครใจเข้ารับการบำบัด นอกจากนี้ได้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เช่น ที่ว่าการอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำ

อาสาสมัครหมู่บ้าน เพื่อให้รับทราบการดำเนินการอบรมความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด และชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์โครงการขยายผลโครงการหลวงฯ เพื่อขอความร่วมมือช่วยเหลือในการดำเนินการตามโครงการฯ และเข้ารับการอบรมตามวันเวลาที่ทีมงานกำหนดด้วย

3) การค้นหาและคัดกรองผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมาย

ในปี 2556 อำเภอป่าตองได้ดำเนินการค้นหาและคัดกรองผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ โดยทีมงานจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนลงพื้นที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ซึ่งการค้นหาคัดกรองผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่ที่ผ่านมาของอำเภอป่าตอง พบว่าประสบปัญหาในการทำงานมาก เนื่องจากอำเภอป่าตอง เป็นพื้นที่ที่มีอันตรายสูง มีการปกปิดข้อมูลด้านยาเสพติด ผู้ใช้ยาเสพติดมีแหล่งที่อยู่ไม่แน่นอน ผู้เสพยาเสพติดมักมีการเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่และเปลี่ยนที่อยู่อาศัยบ่อยและชาวเขาผู้เสพยาเสพติดที่สูงอายุมีความเชื่อว่าการใช้ฝิ่นไม่ใช่ปัญหา ส่งผลให้การค้นหาและติดตามผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่ทำได้ค่อนข้างยากลำบาก ผลการสำรวจในพื้นที่เป้าหมายพบว่าผู้เสพยาเสพติดทั้งหมด 25 คน

4) การกำหนดรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในชุมชน

เนื่องจากเจ้าหน้าที่และบุคลากรอำเภอป่าตอง มีจำนวนน้อยในขณะที่มีภาระงานมากโดยเฉพาะหน่วยงานยาเสพติด ไม่มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำทำให้มีปัญหาในการดำเนินการบำบัดผู้เสพยาเสพติดในกรณีต้องบำบัดด้วยวิธีการให้ยาทดแทน ทำให้เจ้าหน้าที่อำเภอป่าตอง ไม่สามารถดำเนินการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่ทีมงานได้ค้นหาและคัดกรองในพื้นที่ ดังนั้นจึงส่งตัวผู้ป่วยมารับการบำบัดที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ซึ่งระยะเวลาในการบำบัดของผู้ป่วยแต่ละคนในระยะการถอนพิษ (Detoxification) มีความแตกต่างกันโดยอาจเป็น 14 วัน หรือ 21 วันขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและการประเมินอาการโดยแพทย์

ในปี 2558 ทีมงานโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนได้ดำเนินการบำบัดผู้เสพยาเสพติดในชุมชน โดยเริ่มจากการจัด “ค่ายบำบัด” โดยใช้ชื่อเรียกว่า “ค่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตเฉลิมพระเกียรติ นวมินทราชนิ” ที่วัดแม่เหมืองหลวง ตำบลโป่งสา อำเภอป่าตอง มีผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 9 คน ซึ่งทีมงานในการดำเนินงานประกอบด้วย ทีมงานโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ทีมงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอป่าตอง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลป่าตอง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งสา เจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุขชุมชนตำรวจ ตำรวจตระเวนชายแดน และผู้ใหญ่บ้าน ทั้งนี้ทีมงานโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนขอความร่วมมือให้ผู้ใหญ่บ้านแต่ละหมู่บ้านนำผู้ป่วยเสพยาเสพติดในหมู่บ้านตนเองเข้ารับการบำบัด ส่วนกิจกรรมค่ายบำบัดจำนวน 5 วัน ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพคัด

กรองโรคโดยแพทย์ การซักประวัติ การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของฝิ่น และกิจกรรมบำบัดต่างๆ ในวันแรกแพทย์จะประเมินอาการขาดยาของผู้ป่วยแต่ละคนและบำบัดด้วยยา Tramadol ซึ่งปริมาณยาที่ได้รับแตกต่างกันไปตามอาการและการติดตามประเมินอาการขาดยาทุกวันเพื่อปรับขนาดยา Tramadol ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

5) การติดตามและประเมินผลการบำบัด

ภายหลังการบำบัดแล้วผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่ได้รับการบำบัดในปี 2556 ยังคงอยู่ในระยะติดตามและประเมินผลการบำบัดที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน สำหรับผู้ผ่านการบำบัดจากค่ายบำบัดในปี 2558 ได้รับการติดตามผลการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยหมี และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งสาโดยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้รับการฝึกอาชีพร่วมกับได้รับยา Tramadol ต่อเนื่องอีก 10 วัน หลังจากนั้นจึงหยุดให้ยา ซึ่งในขณะนี้ผู้ผ่านค่ายบำบัดทั้ง 9 คนอยู่ในระยะการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง

ส่วนที่ 2: ผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพใน 3 พื้นที่

2.1 จำนวนผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพใน 3 พื้นที่

ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมผลการดำเนินงานในปี 2555 – 2556 ผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพใน 3 พื้นที่มีจำนวนรวมทั้งหมด 735 คน แบ่งเป็นการบำบัดฟื้นฟูในปี 2555 จำนวน 160 คน และในปี 2556 จำนวน 575 คน โดยจังหวัดเชียงใหม่ให้การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 75.24 รองลงมาคือจังหวัดตากและจังหวัดแม่ฮ่องสอนคิดเป็นร้อยละ 21.36 และ 3.40 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายอำเภอพบว่า อำเภออมก๋อยสามารถให้การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นได้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 38.10 รองลงมาคืออำเภอแม่ระมาด และอำเภอแม่แตงคิดเป็นร้อยละ 21.36 และ 12.66 ตามลำดับ (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพปีงบประมาณ 2555–2556 จำแนกตามจังหวัด

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับ การบำบัดปี 2555		จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับ การบำบัดปี 2556		รวม (คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	จังหวัดเชียงใหม่	160	100.00	393	68.35	553
อำเภอไชยปราการ	-	-	90	15.65	90	12.24
อำเภอเชียงดาว	-	-	40	6.96	40	5.44
อำเภอเวียงแหง	20	12.50	30	5.22	50	6.80
อำเภอแม่แตง	40	25.00	53	9.22	93	12.66
อำเภออมก๋อย	100	62.50	180	31.30	280	38.10
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	-	-	25	4.35	25	3.40
อำเภอปาย	-	-	25	4.35	25	3.40
จังหวัดตาก	-	-	157	27.30	157	21.36
อำเภอแม่ระมาด	-	-	157	27.30	157	21.36
รวม	160	100.00	575	100.00	735	100.00

2.2 ผลการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นใน 3 พื้นที่

ผลการศึกษาพบว่า จากการติดตามผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพใน 3 พื้นที่ 7 อำเภอจำนวน 735 คน เมื่อครบระยะเวลา 1 ปี พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลับไปเสพฝิ่นซ้ำมากที่สุด (ร้อยละ 65.72) รองลงมาคือเลิกเสพฝิ่นและกินเมทาโดนต่อเนื่อง เสพฝิ่นร่วมกับกินยาเมทาโดน (ร้อยละ 12.11 และ 10.34 ตามลำดับ) ส่วนผู้ป่วยที่สามารถเลิกเสพฝิ่นได้คิดเป็นร้อยละ 5.44 (ตารางที่ 13) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้จำนวนผู้ป่วยกลับไปเสพฝิ่นซ้ำ ทีมงานให้เหตุผลว่าเนื่องจากมีการเปลี่ยนทีมงานใหม่ทำให้ไม่ได้ติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง รวมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าอาศัยอยู่ในพื้นที่ราบสูงที่เส้นทางคมนาคมยากลำบาก ทูกันคารและห่างไกลจากโรงพยาบาลมากทำให้ไม่สามารถเดินทางลงมารับยาเมทาโดนทดแทนได้ที่โรงพยาบาลอำเภอ และทีมงานก็ยากลำบากในการออกหน่วยลงไปในพื้นที่

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของผลการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูในปีงบประมาณ 2555-2556 จำแนกตามจังหวัด

อำเภอ	จำนวนและ ร้อยละ ผู้เสพติดฝิ่นที่ ได้รับการบำบัด ฟื้นฟู ปี 2555-2556	ผลการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ					
		เลิกฝิ่น และกิน ยาเมทา โดน ต่อเนื่อง	เสพฝิ่น ร่วมกับ กินยาเม ทาโดน	กลับไป เสพ ฝิ่นซ้ำ	เลิกเสพ ฝิ่นได้ ภายใน 1 ปี	เสียชีวิต	ติดตาม ไม่ได้
จังหวัดเชียงใหม่	553 (75.24)						
อำเภอไชยปราการ	90 (12.24)	49 (54.44)	24 (26.67)	14 (15.56)	3 (3.33)	-	-
อำเภอเชียงดาว	40 (5.44)	35 (87.50)	-	-	4 (10.00)	1 (2.5)	-
อำเภอเวียงแหง	50 (6.80)	-	19 (38.00)	30 (60.00)	-	1 (2.00)	-
อำเภอแม่แตง	93 (12.66)	-	-	70 (75.27)	-	-	23 (24.73)
อำเภออมก๋อย	280 (38.10)	-	-	253 (90.35)	8 (2.86)	1 (0.36)	18 (6.43)
	(Codeine)						
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	25 (3.40)						
อำเภอปาย	25 (3.40)	-	-	2 (8.00)	21 (84.00)	-	2 (8.00)
	(Tramadol)						
จังหวัดตาก	157 (21.36)						
อำเภอแม่ระมาด	157 (21.36)	5 (3.18)	33 (21.02)	114 (72.61)	4 (2.55)	1 (0.64)	-
รวม	735 (100.00)	89 (12.11)	76 (10.34)	483 (65.72)	40 (5.44)	4 (0.54)	43 (5.85)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด 7 อำเภอ ในปีงบประมาณ 2555 – 2556 มีด้วยกัน 3 รูปแบบ คือ **รูปแบบที่ 1** เป็นการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ยาเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy) มี 5 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอไชยปราการ อำเภอเวียงแหง อำเภอเชียงดาว อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก **รูปแบบที่ 2** เป็นการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ยา Codeine มี 1 อำเภอ คืออำเภออมก๋อย และ**รูปแบบที่ 3** เป็นการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ยา Tramadol มี 1 อำเภอ คืออำเภอปาย ทั้งนี้รูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดทั้ง 3 รูปแบบมีกระบวนการดำเนินการใกล้เคียงกัน คือ ส่วนใหญ่เริ่มต้นจากการอบรมผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติด การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด และมีทักษะในการค้นหาและคัดกรองผู้เสพยาเสพติดเพื่อนำตัวเข้ารับการบำบัดรักษา หลังจากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการค้นหาและคัดกรองผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายของแต่ละอำเภอเพื่อนำตัวเข้ารับการบำบัด โดยใช้วิธีการที่เรียกว่า “**ค่ายบำบัด**” เพื่อเป็นการเตรียมตัวผู้ป่วยให้พร้อมก่อนเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู และเพื่อกำหนดปริมาณยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนควรได้รับเพื่อทดแทนการไม่เสพยา หลังจากรเสร็จสิ้นกระบวนการค่ายบำบัดแล้วจะมีการติดตามและประเมินอาการของผู้ป่วยเสพยาเสพติดเป็นระยะๆจนครบกำหนดเวลาการติดตาม แต่สิ่งที่แตกต่างกันในการบำบัดผู้เสพยาเสพติด 3 รูปแบบ คือ การให้ยาทดแทนแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจมีส่วนทำให้ความสำเร็จของการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดแต่ละพื้นที่แตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาเสพติดดังกล่าวยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาต่อไปเพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยเฉพาะต้องนำชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมทั้งในการค้นหาคัดกรองผู้ป่วย การนำผู้ป่วยเสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้เสพยาเสพติดจะสามารถเลิกเสพยาและมีอาชีพสุจริตที่หาเลี้ยงสมาชิกในครอบครัวได้

บทที่ 5

ผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดระยะที่ 2: ตอนที่ 1

ผลการศึกษาในบทนี้จะเป็นการนำเสนอผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดระยะที่ 2: ตอนที่ 1 ซึ่งเป็นการดำเนินการต่อเนื่องจากระยะที่ 1 โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในชุมชน โดยเน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้เสพยาเสพติด เนื่องจากผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในชุมชนในปี 2555-2556 พบว่าผลการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดทั้ง 3 พื้นที่ตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูที่แต่ละพื้นที่ กำหนดขึ้นประสบความสำเร็จได้ดีในระดับหนึ่ง เพราะสามารถช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดจำนวนหนึ่งสามารถเลิกเสพยาได้ และบางส่วนกินยาทดแทนอย่างต่อเนื่องแทนการเสพยา

อย่างไรก็ตามสืบเนื่องจากผลการประชุมร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและทีมงานทั้ง 3 พื้นที่ในเดือน มีนาคม 2557 เพื่อติดตามและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด พบประเด็นปัญหาจากทีมงานในพื้นที่เมื่อการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วยครบ 1 ปีแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับยาเมทาโดนทดแทนจากหน่วยงานใด ซึ่งภายหลังจากอภิปรายและแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางแล้วได้ข้อสรุปร่วมกันในที่ประชุมว่าควรนำแนวคิดการจัดตั้ง “ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน” หรือ “Drop-in center” เข้ามาดำเนินการเพื่อเป็นทางเลือกหนึ่ง ซึ่งนอกจากจะเหมาะสมกับสภาพปัญหาแล้วยังอาจเป็นวิธีการช่วยแก้ไขปัญหาคารกลับไปเสพยาซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดได้ระดับหนึ่ง เพราะผู้ป่วยจะได้กินยาเมทาโดนทดแทนระยะยาวอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าการเลิกเสพยาด้วยตนเอง แต่จากสภาพความเป็นจริงแล้วการเดินทางลงจากพื้นที่เพื่อมารับยาเมทาโดนในโรงพยาบาลอำเภอของผู้ป่วยเป็นไปด้วยความยากลำบาก เพราะทุกพื้นที่ล้วนมีเส้นทางคมนาคมที่ยากลำบากและทุรกันดารทำให้ต้องใช้เวลานานกว่า 3-5 ชั่วโมง หากเป็นช่วงฤดูฝนผู้ป่วยจะไม่สามารถเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลอำเภอได้เลย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับไปเสพยาซ้ำเนื่องจากไม่สามารถมารับยาได้ต่อเนื่อง นอกจากนั้นแล้วการมีศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนยังช่วยลดปัญหาความยากลำบากและเสี่ยงอันตรายของทีมงานในการเดินทางเข้าพื้นที่เพื่อติดตามดูแลและนำยาไปให้ผู้ป่วยด้วยตนเอง เพราะศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนสามารถใช้สถานที่หรือแหล่งใดแหล่งหนึ่งในพื้นที่ที่ผู้นำชุมชนและชาวบ้านมีส่วนร่วมในการกำหนดขึ้น เช่น บ้านผู้นำชุมชน บ้านผู้ใหญ่บ้าน โรงเรียน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อบท.) วัดหรือโบสถ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเดินทางได้สะดวกและประหยัดค่าเดินทางกว่ามารับบริการที่โรงพยาบาลอำเภอแล้ว

ยังเป็นการส่งเสริมและการสนับสนุนให้ผู้นำชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือและติดตามให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลให้รูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นในพื้นที่เป้าหมายประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน

ดังนั้นในปี 2557-2558 ทีมงานทุกพื้นที่จึงได้ตกลงร่วมกันดำเนินการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นในแต่ละพื้นที่ให้ต่อเนื่องจากการดำเนินงานในระยะที่ 1 โดยการจัดตั้ง “ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน” หรือ “Drop-in center” เพื่อให้รูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นที่พัฒนาขึ้นในแต่ละพื้นที่มีความยั่งยืน และสามารถให้บริการทางสุขภาพผู้เสพยาฝิ่นได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อันจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและนำไปสู่การเลิกเสพยาฝิ่นได้ต่อไป

ดังนั้นในบทที่ 5 นี้ ผู้วิจัยจึงขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่น ระยะที่ 2 โดยแบ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1: ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนให้กับผู้เข้ารับการอบรมใน 3 พื้นที่

- 1.1 ผลการพัฒนาความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรม
- 1.2 ความพึงพอใจภายหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรม

ตอนที่ 2: ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนและการให้บริการด้านสุขภาพกับผู้เสพยาฝิ่นจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของ 3 พื้นที่ (นำเสนอผลการศึกษาในบทที่ 6)

- 2.1 ผลการดำเนินการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน
- 2.2 ความพึงพอใจต่อการบริการจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของผู้เสพยาฝิ่น

ฝิ่น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1: ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนให้กับผู้เข้ารับการอบรมใน 3 พื้นที่

ภายหลังจากที่ทีมงานทุกพื้นที่ได้ตัดสินใจร่วมกันในการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นในแต่ละพื้นที่ให้ต่อเนื่องจากการดำเนินงานในระยะที่ 1 โดยการจัดตั้ง “ศูนย์ลด

อันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน” หรือ “Drop-in center ” ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนให้กับทีมงานบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดทั้ง 3 พื้นที่คือ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก รายละเอียดดังนี้

1. สถาบันธัญญารักษ์ จัดการอบรมในวันที่ 16-17 กันยายน 2557 ณ อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก มีผู้เข้าร่วมอบรมจำนวน 43 คน ประกอบด้วย สถาบันธัญญารักษ์ โรงพยาบาลแม่ระมาด โรงพยาบาลคำวัน นายกองตรีการบริหารส่วนตำบล ภาคประชาสังคม และผู้ใหญ่บ้าน

2. โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ จัดการอบรมในวันที่ 16-17 กันยายน 2557 ณ โรงแรมเมอร์เคียว จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้เข้าร่วมอบรมจำนวน 63 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่อำเภออมก๋อย เจ้าหน้าที่อำเภอเวียงแหง เจ้าหน้าที่อำเภอไชยปราการ เจ้าหน้าที่อำเภอเชียงดาวและเจ้าหน้าที่อำเภอแม่แตง ตำรวจตระเวนชายแดน อาสาสมัครหมู่บ้าน ภาคประชาสังคม และผู้ใหญ่บ้าน

3. โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนจัดการอบรมในวันที่ 2 -3 มีนาคม 2558 ณ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีผู้เข้าร่วมอบรมจำนวน 30 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่ฮ่องสอน เจ้าหน้าที่อำเภอปาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ผู้นำชุมชน และแกนนำอาสาสมัครในชุมชน

1.1 ผลการพัฒนาความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรม

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการอบรม

พบว่าผู้เข้ารับการอบรมจังหวัดเชียงใหม่ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 74.4 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.61 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 37.2 เป็นบุคลากรสาธารณสุขมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.6 และมีประสบการณ์การทำงานยาเสพติดมานานเฉลี่ย 99 เดือน (8 ปี 3 เดือน) ส่วนผู้เข้ารับการอบรมจังหวัดแม่ฮ่องสอนส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 79.3 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.52 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 27.6 และมีประสบการณ์การทำงานยาเสพติดมานานเฉลี่ย 84.42 เดือน (7 ปี) และจังหวัดตากส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 88.9 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.04 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 25.9 เป็นผู้นำชุมชนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 44.4 และมีประสบการณ์การทำงานยาเสพติดนานเฉลี่ย 33.89 เดือน (2 ปี 9 เดือน) และผู้เข้ารับการอบรม (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการอบรมจำแนกตามจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก (N=99)

ข้อมูลทั่วไป	จังหวัดเชียงใหม่		จังหวัดแม่ฮ่องสอน		จังหวัดตาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	32	74.4	23	79.3	24	88.9
หญิง	11	25.6	6	20.7	3	11.1
รวม	43	100.0	29	100.0	27	100.0
อายุเฉลี่ย (ปี)	41.61 ± 8.740 (27, 58)		36.52 ± 9.02 (18, 53)		36.04 ± 8.126 (24, 55)	
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	2	4.7	8	27.6	3	11.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	9.3	3	10.3	1	3.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10	23.3	7	24.1	4	14.8
ปวส./อนุปริญญา	2	4.7	0	0	6	22.2
ปริญญาตรี	16	37.2	5	17.3	7	25.9
ปริญญาโท	8	18.6	0	0	1	3.7
ไม่ตอบ	1	2.2	6	20.7	5	18.6
รวม	43	100.0	29	100.0	27	100.0
บทบาทหน้าที่						
บุคลากรสาธารณสุข	14	32.6	4	13.8	7	25.9
ตำรวจ	4	9.3	0	0	0	0
ทหาร	5	11.6	0	0	1	3.7
ผู้นำชุมชน	11	25.6	5	17.2	12	44.4
องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น	2	4.7	0	0	2	7.4
อื่นๆ	3	6.9	5	17.2	5	18.5
ไม่ตอบ	4	9.3	15	51.8	0	0
รวม	43	100.0	29	100.0	27	100.0
ประสบการณ์การทำงานอาสา จิตอาสา (เดือน)	99.36 ± 89.71		84.42 ± 110.26		33.89 ± 50.40477	

2) ผลการพัฒนาความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรม

พบว่าคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของผู้เข้ารับการอบรมทั้ง 3 พื้นที่ภายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมจำแนกตามพื้นที่

	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t-test	df	p-value
จ.เชียงใหม่ (n= 33)					
ก่อนอบรม	9.18	2.49	- 4.645	32	.001
หลังอบรม	11.39	2.50			
จ.ตาก (n= 27)					
ก่อนอบรม	9.66	2.21	- 6.56	26	.001
หลังอบรม	11.77	1.80			
จ.แม่ฮ่องสอน (n= 29)					
ก่อนอบรม	5.86	2.43	- 9.14	28	.001
หลังอบรม	10.27	1.70			

1.2 ความพึงพอใจภายหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรม

พบว่าผู้เข้ารับการอบรมทั้ง 3 พื้นที่ มีความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อการอบรมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.10 - 3.32) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านทั้งด้านเนื้อหาหลักสูตรและวิธีการอบรม และด้านวิทยากรต่างก็อยู่ในระดับมากเช่นกัน (คะแนนเฉลี่ย 2.97-3.24 และ 3.22-3.48 ตามลำดับ) (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลความพึงพอใจการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมใน 3 พื้นที่ (N=89)

	จังหวัดเชียงใหม่		จังหวัดตาก		จังหวัดแม่ฮ่องสอน	
	Mean	S.D.	การแปลผล	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านเนื้อหาหลักสูตรและวิธีการอบรม						
ได้รับความรู้จากอบรม	3.26	.441	มาก	3.22	.424	มาก
สามารถนำความรู้และประโยชน์ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติงาน	3.19	.546	มาก	3.33	.555	มาก
ความเหมาะสมของระยะเวลาในการอบรม	2.95	.688	มาก	3.11	.801	มาก
บรรยากาศในการอบรม	3.35	.529	มาก	3.33	.555	มาก
ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ	2.86	.710	มาก	3.11	.698	มาก
การใช้วัสดุทัศนูปกรณ์	3.21	.638	มาก	3.33	.480	มาก
การให้ผู้ประกอบการมีส่วนร่วม	3.30	.558	มาก	3.22	.506	มาก
รวม	3.16	.423	มาก	3.24	.448	มาก
ด้านวิทยากร						
สื่อสารเข้าใจ	3.37	.489	มาก	3.33	.555	มาก
มีความเป็นกันเอง	3.56	.502	มากที่สุด	3.44	.506	มาก
มีความรู้ความสามารถ	3.56	.590	มากที่สุด	3.44	.506	มาก
ให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์	3.42	.587	มาก	3.59	.501	มากที่สุด
การเปิดโอกาสให้ซักถาม	3.49	.551	มาก	3.37	.688	มาก
รวม	3.48	.443	มาก	3.44	.404	มาก
ความพึงพอใจรวม	3.29	.381	มาก	3.32	.401	มาก
						3.10
						.409
						มาก

บทที่ 6

ผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดระยะที่ 2: ตอนที่ 2

ผลการศึกษาในบทที่ 6 นี้จะเป็นการนำเสนอผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดระยะที่ 2: ตอนที่ 2 ซึ่งเป็นผลการศึกษาต่อเนื่องจากบทที่ 5 โดยในตอนที่ 2 มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 2: ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนและการให้บริการด้านสุขภาพกับผู้เสพยาเสพติดจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของ 3 พื้นที่

2.1 ผลการดำเนินการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่าใน 3 พื้นที่ 7 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหงอำเภอแม่แตง อำเภออมก๋อย อำเภอแม่ระมาด และอำเภอปาย ได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนครบทุกพื้นที่ แต่ระยะเวลาที่พร้อมในการให้บริการด้านสุขภาพกับผู้เสพยาเสพติดในแต่ละพื้นที่แตกต่างกันไป ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มได้ประเด็นสำคัญ 7 ประเด็นดังนี้

1. การเลือกสถานที่ในการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน
2. แหล่งที่มาของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน
3. กลยุทธ์ที่ใช้ในการจูงใจให้ผู้เสพยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา
4. ผลการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน
5. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้นำชุมชนต่อผู้เสพยาเสพติด
6. ความพึงพอใจในการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน
7. ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน

1. การเลือกสถานที่ในการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน

จากการดำเนินการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาเสพติดใน 3 พื้นที่ในระยะที่ 1พบว่าทีมงานทุกพื้นที่ประสบปัญหาและอุปสรรคอย่างมากในการเดินทางเข้าพื้นที่เป้าหมายเพื่อค้นหาและคัดกรองผู้เสพยาเสพติด เนื่องจากการเดินทางเข้าแต่ละพื้นที่แต่ละหมู่บ้านเป็นไปด้วยความยากลำบากและเสี่ยงอันตรายค่อนข้างสูงเพราะทุกพื้นที่เป้าหมายล้วนเป็นเขตทุรกันดารอยู่บนเขาสูง เส้นทางเดินรถคดเคี้ยวลาดชัน ถนนเป็นดินลูกรังเป็นหลุมเป็นบ่อ ทุรกันดาร ยากลำบากและเสี่ยงต่ออันตรายโดยเฉพาะบ้านเรือนแต่ละหลังอยู่ห่างไกลกันและไม่มีทางเชื่อมต่อกัน ยิ่งในช่วงฤดูฝนจะไม่สามารถเดินทางเข้า

พื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยได้เลย ซึ่งการเดินทางเข้าพื้นที่ในชุมชนแต่ละครั้งต้องใช้เวลาประมาณ 3-5 ชั่วโมง นอกจากนั้นแล้วทีมงานบางพื้นที่ยังไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน โดยคนในชุมชนไม่ยอมพูดคุยหรือให้ทีมงานเข้าเยี่ยมบ้านเพราะยังขาดความไว้วางใจและไม่ให้ความร่วมมือในการเข้ารับการรักษา และบางพื้นที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมารับยาเมทาโดนกินได้อย่างต่อเนื่องเพราะระยะทางไกลจากบ้านและไม่มีค่าเดินทางมารับยาเมทาโดนได้ ทำให้อัตราการกลับไปเสพฝิ่นซ้ำมีสูงมาก จากปัญหาดังกล่าวได้มีการประชุมร่วมกันและเห็นพ้องร่วมกันว่าจำเป็นต้องมีการจัดตั้ง “ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน” หรือ “Drop in Center” ในแต่ละพื้นที่

จากการศึกษาพบว่า แต่ละอำเภอได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนทั้ง 3 พื้นที่ครบทุกอำเภอ โดยอำเภอที่มีศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมากที่สุดคืออำเภอไชยปราการมีจำนวน 3 แห่ง รองลงมาคืออำเภอแม่แตง อำเภอเชียงดาว อำเภออมก๋อย อำเภอแม่ระมาด และอำเภอปายมีจำนวน 2 แห่ง ส่วนอำเภอเวียงแหงมีจำนวน 1 แห่ง รวมจำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนมีทั้งหมด 14 แห่ง (ตารางที่ 17) สำหรับสถานที่ที่เลือกเพื่อเป็นศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนพบว่า ทีมงานส่วนใหญ่เลือกใช้สถานที่ของหน่วยงานรัฐเป็นสถานที่ในการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน ซึ่งสถานที่ดังกล่าวประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลประจำอำเภอ และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ดังคำสัมภาษณ์

“...เราคิดว่าเราจะสร้างศูนย์ Drop in ที่ไหนดี สรุปกันว่าที่ รพ.เป็นการบริการเมทาโดนที่ รพ. ทุกวันจันทร์กับพฤหัสบดี ดีกว่า และเราก็คุยกับทีมงาน ของ สสอ. ได้เป็น 2 ที่ คือ ที่รพ.สต.เมืองคอง และที่บ้านอรุโณทัย แต่ส่วนของอรุโณทัยจะเป็นผู้ที่คัดยากลว่า เป็นใหม่ ก็เป็น เพราะเราก็ให้ชุดบริการเค้าด้วยที่นั่น (ทีมงานอำเภอเชียงดาว)

“ตกลงมี 2 แห่ง คือ ที่ รพ.สต.บ้านต้นลุงกับรพ.สต.แม่ตะมานเกิดขึ้นพร้อมกัน” (ทีมงานอำเภอแม่แตง)

“มี 3 แห่ง คือ ที่โรงพยาบาลของเรา รพ.สต. บ้านใหม่หนองบัว และที่ที่ รพ.สต.สันติวนา..... (ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

“...สถานที่ Drop in Center อำเภอเวียงแหง คือ จัดที่โรงพยาบาลเวียงแหง.....(ทีมงานอำเภอเวียงแหง)

“.....อมก๋อยใช้ที่รพ.สต.บ้านยางเปียง และล่าสุดที่ อบต.แม่ตืน.....(ทีมงานอำเภออมก๋อย)

“....จัดตั้งในพื้นที่ตำบลแม่ต๋น เนื่องจากเป็นพื้นที่โครงการ จัดให้มี Drop in 2 แห่ง คือที่ รพ.สต. แม่ต๋น และที่ สสช.ห้วยโป่ง.....(ทีมงานอำเภอแม่ระมาด)

“.....คุยกันว่ามี 2 แห่ง คือที่ รพ.สต.บ้านห้วยหมี และ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติโป่งสา”.....
(ทีมงานอำเภอปาย)

ตารางที่ 17 จำนวนและรายชื่อศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของ 3 พื้นที่

จังหวัด/อำเภอ	จำนวนศูนย์ลดอันตราย จากการใช้ยาเสพติด (แห่ง)	รายชื่อศูนย์ลดอันตราย จากการใช้ยาเสพติดในชุมชน
จังหวัดเชียงใหม่	10	
อำเภอไชยปราการ	3	โรงพยาบาลไชยปราการ รพ.สต. สันติวนา รพ.สต.บ้านใหม่หนองบัว
อำเภอเชียงดาว	2	รพ.สต.บ้านใหม่ รพ.สต.บ้านอรุโณทัย
อำเภอเวียงแหง	1	โรงพยาบาลเวียงแหง
อำเภอแม่แตง	2	รพ.สต. บ้านแม่ตะมาน ตำบลกี้ดช้าง รพ.สต.บ้านต้นลูง ตำบลบ้านช้าง
อำเภออมก๋อย	2	รพ.สต.บ้านยางเปียง องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแม่ต๋น (อบต.แม่ต๋น)
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	2	
อำเภอปาย	2	รพ.สต.บ้านห้วยหมี รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติโป่งสา
จังหวัดตาก	2	
อำเภอแม่ระมาด	2	รพ.สต.บ้านคำหวัน สสช.ห้วยโป่ง
รวม	14	

สำหรับเหตุผลที่ใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกสถานที่จัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนนั้น พบว่าส่วนใหญ่ให้เหตุผลแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ เช่น มุ่งเน้นความสะดวกและประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาหรือรับบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและสบายใจที่เข้ารับบริการกับเจ้าหน้าที่เพื่อความปลอดภัยในการเดินทางของทีมงานสาธารณสุข และเพื่อติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้สะดวกช่วยลดการกลับไปเสพยาซ้ำ รวมทั้งมุ่งเน้นสถานที่ที่มีผู้ป่วยเสพติดฝิ่นมีจำนวนมากที่สมัครใจเข้ารับการรักษา ดังคำสัมภาษณ์

“...อย่างของผมนั้นใช้เขาชอบที่นี่ เพราะที่นี่สะดวก ปลอดภัย ก่อนข้างเจียบสงบ เป็นส่วนตัว เขาไม่ชอบพลุกพล่านเขาพาลูกมาตรวจรักษาได้ยาไปด้วย ซึ่งที่เดิม สถานที่ตรงนั้นมีป้อมตำรวจอะไรด้วย เยอะแยะไปหมด เขาจะหวาดระแวง” (ทีมงานอำเภอแม่แตง)

“...สะดวกคนไข้ ของผมจะสะดวกกับคนที่มียานพาหนะ ถ้าฝนไม่ตกทางจะใช้ได้อยู่ ถ้าฝนตกมากจึงจะมีปัญหาละ ถ้าเป็นรถเครื่อง (รถมอเตอร์ไซด์.....ผู้วิจัย) ก็ไม่มีปัญหาครับ อย่างการติดตามเยี่ยมส่วนใหญ่มาทำกันเอง ส่วนน้อยยังอยู่ เราไปตามถึงบ้าน เอายาไปให้ที่บ้านก็ไม่ลำบาก.....” (ทีมงานอำเภอแม่แตง)

“...พื้นที่ของโครงการเรา มันมี รพ.สต. โป่งสา ห้วยโป่ง และรพ.สต.บ้านห้วยหมี่ เมืองแปลงเป็นที่เขารับผิดชอบอยู่แล้วจะเป็นจุดศูนย์กลางที่ผู้ป่วยเดินทางเข้ามาใช้บริการได้ง่ายและสะดวก....” (ทีมงานอำเภอป่า)

“...เนื่องจากว่าในส่วนพื้นที่ของยางเปียงไม่มีผู้บำบัดประเภทฉีดครับแต่เป็นพื้นที่ที่จะสามารถดำเนินการได้ เนื่องจากว่า สถานที่ตั้งเราพร้อม บุคลากรเราพร้อม แล้วก็การคมนาคมน่าจะเป็นจุดศูนย์กลางที่ผู้มารับบริการมาสะดวกเราก็เลยใช้พื้นที่ของยางเปียงนำร่อง....” (ทีมงานอำเภอมก๋อย)

“... เพราะว่าปี 58 เราจะเพิ่มอีกศูนย์หนึ่งที่แม่ตื่น ด้วยความพร้อมของที่นี่หนึ่ง สองทรัพยากรบางส่วนมีอยู่แล้วที่นี่ เราแค่สร้างเครือข่ายเพิ่มแล้วก็มีศูนย์เพิ่ม มันจะช่วยลดทั้งผู้ป่วยทั้งอะไรหลายๆ อย่าง อีกอย่างการเดินทางจากที่นี่ไปมก๋อยก็ไกล ถ้าคนไข้ไปรับบริการที่ยางเปียงคงไม่ได้ เพราะมันไกลแต่ละที่ก็ห่างกันมากก็เลยเลือกเพิ่มพื้นที่ตรงนี้เพิ่มอีกที่หนึ่ง ก็ตกลงว่ามี Drop in อีกที่หนึ่ง ที่มก๋อยก็ใช้ Center ที่ยางเปียง...” (ทีมงานอำเภอมก๋อย)

“...ก็ทำให้เค้าน่าจะมีโอกาสเลิกติดยาได้ หลังจาก 6 เดือนที่ติดตามมันก็มีบางส่วนที่สามารถหยุดเสพยาได้ แต่มันมีบางส่วนที่มีปัญหาไม่สะดวก ระหว่างที่เรานัดเขาอาจจะไม่ได้มาวันนั้น หรือเราไม่สามารถเข้าพื้นที่ทำให้เสียการติดตาม..... ก็อยากตาม เพราะมีผู้เสพยาเยอะ คือต่อยอดโครงการ ต่อยอดที่ทำไว้แล้ว มีกลุ่มเป้าหมายไว้ในมือแล้ว ที่ตรงนี้มีความปลอดภัยทั้งตัวเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและอาสาสมัคร.. และที่สำคัญที่นี่ค่อนข้างเจียบสงบ เป็นส่วนตัว”(ทีมงานอำเภอเชียงดาว)

“... คือเฉพาะของที่คำหวันจะมีกลุ่มที่ใกล้ ๆ ก็จะมารับที่อนามัย เขามาเอง คือกลุ่มที่ไม่ห่างไกลเท่าไรก็จะเดินทางมาประมาณครึ่งชม. มาที่อนามัยคำหวัน แต่ส่วนหนึ่งที่กระจายอยู่ตามป้อมที่มี สสช.ตั้งอยู่ เราจะให้เนื่องจาก สสช.มารับเขาเอาไปให้คนไข้ ให้กับคนไข้ที่อยู่ในบริเวณนั้น ๆ หมู่ 8 ก็จะปรับที่ใน สสช.หมู่ 8 อยู่หมู่ไหนให้ปรับที่หมู่นั้นเพื่อให้เขามาสะดวก...” (ทีมงานอำเภอแม่ระมาด)

“...เพราะรพ.สต. ป่าแดงอยู่ในพื้นที่โครงการฝิ่น แต่เขาไม่พร้อมให้บริการ อีกอย่างความไม่ปลอดภัยห่างไกล ต้องเดินทางลำบากโดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน ก็เลือกเพราะเข้าถึงง่าย เดินทางปลอดภัย มีด่านทหารในพื้นที่เพราะเป็นแหล่งท่องเที่ยวด้วย มีระบบการสาธารณสุขปลอดภัยพื้นฐานดี เอื้อต่อการมาใช้บริการของผู้ป่วยด้วย” (ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

“...เพราะเมื่อปี 56-57 เจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการเชิงรุกที่บ้านห้วยหญ้าไทรแล้วเจ้าหน้าที่ถูกคุกคามทางผู้บริหารจึงให้จัดตั้งศูนย์ Drop in Center ขึ้นภายในโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัย อีกอย่างที่นี่เป็นศูนย์กลางการเดินทางเข้ามารับการรักษาที่ค่อนข้างจะสะดวก.....” (ทีมงานอำเภอเวียงแหง)

กล่าวโดยสรุปได้ว่ามีการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนทั้ง 3 พื้นที่ครบทั้ง 7 อำเภอ รวมจำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนมีทั้งหมด 14 แห่ง โดยส่วนใหญ่ใช้สถานที่ของหน่วยงานรัฐเป็นสถานที่ในการจัดตั้งประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลประจำอำเภอ และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สำหรับเหตุผลหรือเงื่อนไขในการเลือกสถานที่ที่เหมาะสมกับการเป็นศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน คือ เน้นความสะดวกและประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาหรือรับบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและสบายใจที่เข้ารับบริการกับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในสถานที่ ทีมงานสาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้สะดวกและปลอดภัย

2. แหล่งที่มาของผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่มารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน

ในปีงบประมาณ 2555 – 2556 พบว่าทั้ง 7 อำเภอใช้วิธีการเชิงรุก (Out reach) ในการนำผู้ป่วยเสพติดฝิ่นเข้ารับการรักษาบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยทีมงานลงพื้นที่เพื่อค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยเสพติดฝิ่น ส่งผลให้ทีมงานต่างประสบกับปัญหาและอุปสรรคอย่างมากในการเดินทางเข้าพื้นที่เป้าหมาย เนื่องจากการเดินทางเข้าแต่ละพื้นที่แต่ละหมู่บ้านเป็นไปด้วยความยากลำบากและมีอันตรายค่อนข้างสูง เพราะทุกพื้นที่เป้าหมายล้วนเป็นเขตทุรกันดารอยู่บนเขาสูง เส้นทางเดินรถคดเคี้ยวลาดชัน ถนนเป็นดินลูกรังเป็นหลุมเป็นบ่อ ทุรกันดาร ยากลำบากและเสี่ยงต่ออันตราย โดยเฉพาะบ้านเรือนแต่ละหลังอยู่ห่างไกลกันและไม่มีทางเชื่อมต่อกัน หากเป็นช่วงฤดูฝนจะไม่สามารถเดินทางเข้าพื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยได้เลย แต่ภายหลังที่ทีมงานแต่ละอำเภอได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

ในชุมชน พบว่า การได้ผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่มารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายฯ มีการปรับเปลี่ยนไปซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ทาง ดังนี้

ทางแรกพบว่าทีมงานไม่ต้องดำเนินการค้นหาคัดกรองผู้ป่วยเสพติดฝิ่นในพื้นที่เพื่อนำตัวเข้า “ค่ายบำบัด” เหมือนการดำเนินงานในปี 2555 – 2556 เพราะนอกจากจะมีผู้ป่วยรายเก่าที่ผ่านการบำบัดแล้ว มาขอรับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายฯ เพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่องแล้ว ยังพบว่ามีผู้ป่วยเสพติดฝิ่นรายใหม่เดินทางเข้ามาขอรับบริการบำบัด (Walk in) ที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดด้วยตนเอง เช่น ที่อำเภอไชยปราการ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก โดยผู้ป่วยรายใหม่ให้เหตุผลในการสมัครใจขอเข้ารับการบำบัดเพราะรับทราบข้อมูลจากคำบอกเล่าของเพื่อนผู้ป่วยเสพติดฝิ่นในชุมชนด้วยกันว่าที่ศูนย์ลดอันตรายฯ มีวิธีการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีและสามารถช่วยให้เลิกเสพฝิ่นได้ อีกส่วนหนึ่งได้รับทราบข้อมูลและคำแนะนำจากกลุ่มไอโซนในพื้นที่เกี่ยวกับการบำบัดด้วยยาเมทาโดนของโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ จึงสนใจและสมัครใจเข้ามาขอรับการบำบัด ดังคำสัมภาษณ์

“...ก็เคยคุยกันว่าทำไงดีคนใช้เราเนี่ยะ เหมือนจะบอกว่าเออพยายามสืบเสาะว่ามีอีกไหมที่จะเข้าโครงการ พอปี 57 ของที่ตำบลบ้านช้าง ก็มีคนใช้แอบเพิ่มเข้า อย่างวันนี้ก็ walk in เข้ามาเลย คือเขาบอกต่อกันมา เขาชวนกันมาที่นี่...” (ทีมงานอำเภอแม่แตง)

“...ไม่ต้องค้นหา เพราะมีแต่คนต้องการเข้ามารับการบำบัดที่นี่...” (ทีมงานอำเภอแม่ระมาด)

“...กลุ่มใหม่ที่เข้ามา เราก็จะถามว่ามีใครไปบอกอะไรกับเราบ้าง กลุ่มที่ใช้ไปบอกเขาหรือกลุ่มไอโซน ไปเยี่ยมกลุ่มอยู่เหมือนเดิม เขาก็จะไปเยี่ยมของเราด้วย แล้วก็เยี่ยมกลุ่มของเขาด้วย แต่บางทีก็จะมีการใช้ยู่สองอย่างเหมือนกัน ก็ไม่ได้หมายความว่าเขาจะกินเมทาโดนอย่างเดียว บางครั้งเขาก็ฉีดเป็นบางครั้ง เป็นสมาชิกไอโซนด้วย ที่มันเพิ่มขึ้นเพราะอะไร แล้วทำไมมันถึงเพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งก็คือจากตัวของคนใช้เองมาลองกิน และการบอกต่อแบบปากต่อปาก.....” (ทีมงานอำเภอแม่ระมาด)

“...ตอนนั้นการค้นหาคุยกับเจ้าหน้าที่อนามัย ได้มาอยู่ที่ 25 คน ที่เป็นรายใหม่จริงๆเลย รายใหม่ครั้งแรกที่บำบัดก็ลงไปบำบัดที่โรงพยาบาล หลังจากนั้นคือขึ้นมาที่ Drop in ตลอด ตอน 9 เดือนแรกที่เรตาม คนใช้สามารถเลิกได้ 2 คน แล้วก็มีคนใช้ใหม่ทยอยมาเรื่อยๆ 2 คน 3 คน เกิดจากการที่คนใช้ชวนกันเองกับเจ้าหน้าที่ชวน เพราะว่าเขาบอกว่าหมอดอ (ชื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้การบำบัด.....ผู้วิจัย) ที่นี้ใจดี ที่นี้ดูแลดีไม่ต้องลงไปข้างล่าง ที่นี้ที่หารเขาจะมีกฎเกณฑ์ประมาณเดือนละก็ครั้งว่าลงไปข้างล่างเนี่ยะบ่อยไม่ได้ คนใช้ก็เลยกลับมาที่อนามัยของเรา มาขอกับเจ้าหน้าที่ว่ามาขอรับยาเมทาโดนที่นี้ก็เลยปากต่อปากที่ทำให้คนใช้เข้ามาเรื่อยๆ ณ ตอนนี้นั้นไม่ใช่แค่สันติวนา มีทางฝางข้าง เชียงดาวบ้างก็มี แม้กระทั่งแม่สวय ซึ่งเป็นตะเข็บชายแดนก็มาบำบัดกับเรา....(ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

“..... คนไข้ส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าเหมือนกัน ถือเป็นญาติพี่น้องเดียวกัน จากบ้านนี้ไปแต่งงาน แล้วอยู่ที่นั่น แล้วก็ปากต่อปากบอกว่าที่ไชยปราการมียาอยู่ที่สันตวันา คนไข้จะเน้นเรื่องยามทาโคนเป็นหลัก เขาเรียกว่ายาตัดฝิ่นยาต้าน เขาบอกว่าที่อนามัยเป็นที่มาสะดวกและก็มียาตัดฝิ่น เพราะว่าที่รพ. ใช้เวลานาน บางคนคือเสียเวลาไปเลย 1 วัน บางคนต้องจ้างรถไปเสียหลายร้อย แทนที่จะเอาเงินซื้อ กับข้าว แล้วก็ไต่ยานิดเดียว เขาเลยบอกที่เนี่ยะมียา เขาเลยชวนกันมา เราก็ไม่ต้องใช้เวลาเข้าไปค้นเอง” (ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

ทางที่สอง เป็นวิธีการที่ทีมงานสาธารณสุขใช้วิธีการเชิงรุก (Out reach) ลงพื้นที่ในหมู่บ้าน ร่วมกับผู้นำชุมชนเพื่อทำการเยี่ยมบ้านที่รับทราบข้อมูลเบื้องต้นแล้วว่ามีผู้ป่วยเสพติดฝิ่นนี้เพื่อสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วย ซึ่งเมื่อเข้าสู่ระยะการบำบัดรักษาแล้วผู้ป่วยก็จะมารับยามทาโคนได้อย่างต่อเนื่อง เพราะเริ่มคุ้นเคยสนิทสนมและไว้วางใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยเสพติดฝิ่นจึงสมัครใจเข้ารับการบำบัดโดยเริ่มจาก “ค่ายบำบัด” หลังจากนั้นจึงมีการติดตามเพื่อขอรับยามทาโคนอย่างต่อเนื่องที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนบางแห่งซึ่งทีมงานที่ใช้ทางที่สองในการได้มาซึ่งผู้ป่วยเสพติดฝิ่น คือ ทีมงานอำเภอแม่แตงและอำเภอเชียงดาว ทั้งนี้เพราะทั้ง 2 อำเภอได้มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบในทีมงานใหม่ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่ผ่านค่ายบำบัดในปี 2555–2556 จึงไม่ได้รับการติดตาม เพราะฉะนั้นทีมงาน ทั้ง 2 อำเภอจึงเริ่มค้นหาคัดกรองผู้ป่วยเสพติดฝิ่นเพื่อให้การบำบัด หลังจากนั้นส่งตัวให้เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายในชุมชนใกล้บ้านอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะสามารถเลิกเสพติดได้ ดังคำสัมภาษณ์

“..... ในมุมมองของผม หมอไปเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะบ้านผู้ป่วยที่บำบัดไม่ใช่เรื่องแปลกแล้วนะครับ เขายอมรับได้ เพื่อนบ้านเขายอมรับได้ เขาไม่คิดว่าเป็นเรื่องอะไรที่เสียหาย ไม่ต้องแอบทำ” (ทีมงานอำเภอแม่แตง)

“....คือบางครั้งผมหาคนไข้ได้นะครับ แล้วก็เอาไปหาหมอ เขาก็จะพูดว่าฝิ่นอย่างนี้มันอย่างนี้ แต่พอถึงเวลาจริงๆ หมอลงพื้นที่ด้วยความสนิทสนมคุ้นเคย เขาจะกล้าพูดมากกว่าเดิม เพราะเราบอกว่าหมอที่มาเนี่ยไม่มีพระเดชนะ มีแต่พระคุณ เขาจะเล่าความจริงให้ฟังหมดเลย อยากจะเพิ่มลดยา ก็คุยกับหมอได้เลย...” (ทีมงานอำเภอแม่แตง)

“...เริ่มจัดค่ายบำบัด พฤษภาคม 57 เริ่มแรกก็จะมีการจัดประชุมผู้นำ ตำรวจ ป.ป.ส. โรงพยาบาล เข้ามาประชุมกันว่าในพื้นที่เรามีคนติด คนเสพ เลยประสานไปทางผู้นำแต่ละที่ว่าเราต้องเอามาบำบัด แล้วหลังจากนั้นก็ต้องมีการติดตามผู้ที่จะเข้ามาค่าย ในแต่ละบ้าน ก็จะค้นหาแต่ละบ้าน 30 กว่าคน นัดกันว่าจะมาจัดค่ายในเดือนพฤษภาคม 57 ที่ อบต. จากนั้นก็ เป็นค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5 วัน.....” (ทีมงานอำเภอเชียงดาว)

“...เป็นค่ายปิด ไม่ให้กลับบ้าน ในเรื่องของปริมาณมิลลิกรัมของเมทาโดนของแต่ละคนรับ ก็ลงตัวที่ 7 วัน 2 ครั้ง และหลังจากนั้น 12 วัน 3 ครั้ง จะเป็นทั้งหมด 7 ครั้ง แล้วที่เหลืออีก 2 ครั้ง จะเป็น 21 วันครบ ก็จะนับครั้งแรก 7 วัน ตอนมารับเมทาโดน มารับที่นี้ ครั้งแรกเนี่ยะ นัดแล้วไม่มา เราก็จะตามไปถึงที่บ้าน ของที่นี้ส่วนใหญ่จะนัดคน ไข้มาที่ รพ.สต...” (ทีมงานอำเภอเชียงดาว)

สำหรับ **ทางที่สาม** ก็คือเป็นผู้ป่วยเสพติดฝิ่นรายเก่าที่เคยผ่านการบำบัดจากการดำเนินงานใน ปีงบประมาณ 2555 – 2556 ที่ครบกำหนดการติดตามแล้ว และทีมงานนัดให้ผู้ป่วยมารับยาเมทาโดน ทดแทนระยะยาว (MMT) ที่โรงพยาบาลอำเภอหรือที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนซึ่ง ทางที่สามนี้พบว่าเกือบทุกอำเภอมีผู้ป่วยรายเก่าเดินทางเข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อมารับยาเมทาโดนและบางแห่งมาขอรับบริการตรวจสุขภาพอื่นๆด้วยดังคำสัมภาษณ์

“...ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการตอนนี้มาจากการคัดกรองของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านห้วยหมี่ เมื่อปี 2555 และเราหวังผลขยายให้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนชักชวนผู้ป่วยอื่นเข้าสู่กระบวนการ และเข้ามารับ บริการในศูนย์ลดอันตรายเพิ่มขึ้น.....” (ทีมงานอำเภอปาย)

“...คน ไข้ที่มารับบริการที่ Drop in ตอนนี้เป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการขยายผลโครงการหลวง ที่ดำเนินงานต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ 2556 โดยนัดมารับ MMT ณ ศูนย์ Drop In Center รพ.เวียง แหง” (ทีมงานอำเภอเวียงแหง)

ในปีงบประมาณ 2557 – 2558 พบว่าจำนวนผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการสุขภาพจากศูนย์ลด อันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนทั้ง 3 พื้นที่ 7 อำเภอ มีจำนวนรวม 816 คน โดยอำเภอแม่ระมาดมี จำนวนผู้ป่วยมารับบริการมากที่สุด (ร้อยละ 31.38) รองลงมาคืออำเภอมก๋อย อำเภอไชยปราการและ อำเภอเชียงดาว (ร้อยละ 26.10, 17.77 และ 10.66 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นจำนวนผู้ป่วยรายเก่ามากกว่ารายใหม่ (ร้อยละ 62.99 และ 37.01 ตามลำดับ) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80.51) และเสพติดฝิ่นมาก ที่สุด(ร้อยละ 93.87) (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนทั้ง 7 อำเภอในปีงบประมาณ 2557 – 2558 จำแนกตามเพศ ชนิดยาเสพติด และผู้เข้ารับการบำบัด

ผู้ป่วยรับ บริการบำบัดที่ ศูนย์ลด อันตรายฯ	อำเภอไชย ปราการ (3 แห่ง)	อำเภอ เชียงดาว (2 แห่ง)	อำเภอเวียง แหง (1 แห่ง)	อำเภอ แม่แตง (2 แห่ง)	อำเภอ อมก๋อย (2 แห่ง)	อำเภอป่า (2 แห่ง)	อำเภอ แม่ระมาด (2 แห่ง)	รวม (14 แห่ง)
เพศ								
ชาย	93 (64.14)	80 (91.95)	14 (73.68)	54 (84.38)	176 (82.63)	28 (87.50)	212 (82.81)	657 (80.51)
หญิง	52 (35.86)	7 (8.05)	5 (26.32)	10 (15.62)	37 (17.37)	4 (12.50)	44 (17.19)	159 (19.49)
ชนิดของยาเสพติด								
ฝิ่น	141 (97.24)	54 (62.07)	19 (100.00)	51 (79.69)	213 (100.00)	32 (100.00)	256 (100.00)	766 (93.87)
เฮโรอีน	4 (2.76)	17 (19.54)	-	13 (20.31)	-	-	-	34 (4.17)
ยาบ้า	-	16 (18.39)	-	-	-	-	-	16 (1.96)
ผู้เข้ารับการบำบัด								
รายใหม่	47 (32.41)	53 (60.92)	-	20 (31.25)	176 (82.63)	6 (18.75)	-	302 (37.01)
รายเก่า	98 (67.59)	34 (39.08)	19 (100.00)	44 (68.75)	37 (17.37)	26 (81.25)	256 (100.00)	514 (62.99)
รวม	145 (17.77)	87 (10.66)	19 (2.33)	64 (7.84)	213 (26.10)	32 (3.92)	256 (31.38)	816 (100.00)

กล่าวได้ว่าผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่มารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนมีมาได้ 3 ทาง คือ ผู้ป่วยรายใหม่ที่ทีมงานเข้าพื้นที่เพื่อค้นหาและคัดกรอง ผู้ป่วยรายใหม่ที่สมัครใจขอรับการบำบัดด้วยตนเอง (Walk in) และผู้ป่วยรายเก่าที่ผ่านจากค่ายบำบัดและยังคงมารับการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงพบว่ามีจำนวนผู้เสพติดฝิ่นเข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

ที่ศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนทั้ง 14 แห่ง มีจำนวนรวม 816 คน โดยนอกจากมารับบริการกินยาเมทาโดนทดแทนแล้วผู้ป่วยยังได้รับบริการสุขภาพอื่นๆครอบคลุมกิจกรรมบริการ 10 ชุดบริการ ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยให้มีสุขภาพแข็งแรงมากขึ้นด้วย

3. กลยุทธ์ที่ใช้ในการจูงใจให้ผู้เสพติดฝิ่นเข้ารับการรักษา

เนื่องจากผู้ป่วยเสพติดฝิ่นในแต่ละพื้นที่ยังมีอีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการบำบัดรักษา ทั้งนี้เพราะส่วนหนึ่งยังไม่สมัครใจเข้ารับการรักษา ส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่ไว้วางใจต่อทีมงาน และบางส่วนอยู่ในพื้นที่ทุรกันดารมากทำให้ทีมงานไม่สามารถเดินทางเข้าถึงพื้นที่ ดังนั้นเพื่อให้การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่ได้ขยายขอบเขตครอบคลุมในวงกว้างมากยิ่งขึ้น ทีมงานในแต่ละพื้นที่จึงมีกลยุทธ์ในการค้นหาคัดกรองตลอดจนสร้างแรงจูงใจให้ผู้เสพติดฝิ่นสมัครใจหรืออยากเข้ารับการรักษา รวมทั้งให้ผู้ป่วยยังคงเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยมีความพร้อมและต้องการเลิกเสพติดด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่ากลยุทธ์ของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตของชาวบ้านในพื้นที่ ดังนี้

ก. กลยุทธ์ของทีมงานอำเภอไชยปราการ

ทีมงานอำเภอไชยปราการพบว่า มีการใช้กลยุทธ์วิธีการในการจูงใจและสร้างความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการบำบัดฝิ่นอย่างต่อเนื่องหลากหลายวิธีการดังนี้

1) การสร้างความรู้สึกที่ผู้ให้บริการนำไว้วางใจเพราะเป็น “คนใน”

พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบหลักในการให้บริการบำบัดฝิ่นผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่มาใช้บริการที่ศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพติดรพ.สต.บ้านสันติวงา สามารถสร้างความรู้สึกให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจในการมารับบริการได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภูมิลำเนาเป็น “ชนเผ่า” เช่นเดียวกับผู้ป่วยในชุมชน ดังนั้น นอกจากจะสามารถสื่อสารด้วยภาษาเดียวกันให้เข้าใจได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ยังช่วยสร้างความรู้สึกที่ดีกับผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยจะรู้สึกปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจสนิทสนมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำให้เกิดความเป็น “คนใน” หรือ “พวกเดียวกัน” ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบริการบำบัดด้วยยาเมทาโดนทดแทนอย่างต่อเนื่อง ดังคำสัมภาษณ์

“.....จะมี 2 คน คือที่ประยูรที่เป็นลูกจ้างดูแลทั่วไป เขาเป็นคนในพื้นที่ เขาจะพูดภาษาท้องถิ่นที่นี่ได้ คล้ายๆคนถ้าพูดภาษาเดียวกัน ความไว้นั่นเชื่อใจก็มี อีกคนคือพี่ตอแสง เจ้าหน้าที่ที่ให้การฟื้นฟู พูดภาษานี้ได้ เวลาเขาให้การรักษาเขาจะคุยกันแบบคนใช้ happy มาก เขาชอบมาก มาทุกครั้งทีนี้ เขารู้กันพี่น้องเผ่าเดียวกันบอกต่อกัน...” (ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

“...คนไข้มาเค้านี้ไม่ต้องเอาลามา ถ้าจ้างมอไซค์ก็ต้องจ้าง 2 คัน คนไข้ 1 ล่าม 1 เสียเงิน แต่บางคนบ้านใกล้เดินมาก็ได้ มาที่นี้ผมพูดภาษาเดียวกันกับเขา เขาเลยไว้ใจ...บางที่ผมเข้าไปเยี่ยมตามบ้านบางที่เอาเข้าไปให้ ถามว่าป่วยหรือ เอายามาให้นะ เขาก็ชอบไว้ใจเรา ตอนนี้มีมาตลอด ไม่ขาดนัดเลย” (ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

2) การติดตามตรวจสอบการกินยาเมทาโดนด้วยวิธีการ “เยี่ยมบ้าน”

ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนที่รพ.สต.สันติwana อำเภอไชยปราการได้ให้บริการ 1 ใน 10 ชุดบริการตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด คือ การบำบัดด้วยยาเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT) ดังนั้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยเก็บยาเมทาโดนได้ถูกวิธี และกินยาเมทาโดนถูกต้อง รวมทั้งเพื่อตรวจสอบว่าผู้ป่วยไม่ได้แอบนำยาไปขายหรือให้ผู้ป่วยคนอื่นกิน ทีมงานอำเภอไชยปราการใช้วิธีการเข้าพื้นที่ด้วยการเยี่ยมบ้าน ซึ่งนอกจากจะได้รับประโยชน์จากการติดตามตรวจสอบการกินเมทาโดนแล้ว ยังเป็นการสร้างความรู้สึที่ดีๆ ให้กับผู้ป่วยด้วยว่าทีมงานมีความจริงใจในการบำบัดรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวไว้วางใจในทีมงานมากขึ้น ดังคำสัมภาษณ์

“...ของหนูเหมือนอย่างที่พี่บอกว่า คือใช้เจ้าหน้าที่ออกติดตามไปเยี่ยมบ้านบูรณาการร่วมกับงานอื่นๆ ไปเยี่ยมบ้านแล้วก็ไปคุยว่าขุดยายังอยู่ไหมกินยาไปเท่าไร สมมติว่าเราให้ยาไป 2 อาทิตย์ สมมติว่า 200 ซีซี เราให้ไป 1 อาทิตย์เราไปตาม อย่างน้อยต้องเหลือ 100 ซีซี เพราะเราให้ 200 ะไรอย่างนี้ และอีกอย่างก็คือทุกครั้งที่คนไข้มาหาเราต้องเอาขุดมาแลกด้วย เหมือนป้องกันเอายาไปขาย....” (ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

3) การปรับพฤติกรรมผู้เข้ารับการบำบัดด้วยวิธี “การให้รางวัล”

สิ่งที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของอำเภอไชยปราการก็คือ พบว่าทีมงานไม่ได้เพียงแค่มุ่งเน้นการบำบัดผู้ป่วยโดยการให้ยาเมทาโดนเท่านั้น แต่ยังให้ความสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเสพติดฝิ่นด้วย เนื่องจากโดยปกติทั่วไปแล้วผู้ที่เสพยาเสพติดมักจะหมกมุ่นและสนใจกับการได้เสพยาฝิ่นเท่านั้น ไม่ค่อยสนใจสุขภาพตนเองหรือสังคมกับคนรอบข้าง ดังนั้นทีมงานจึงได้บำบัดด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยร่วมกับการให้ยาเมทาโดน โดยทีมงานใช้วิธีการให้รางวัลกับผู้ป่วยเสพติดฝิ่นหากพบว่าผู้ป่วยสามารถทำตามเงื่อนไขตามที่ทีมงานกำหนด เช่น การมาตรวจหรือมาขอรับยาเมทาโดนตรงตามนัด การปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่ทีมงานกำหนด การดูแลทำความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้าที่สวมใส่ เป็นต้น ซึ่งรางวัลที่ทีมงานให้กับผู้ป่วยเสพติดฝิ่นคือ การได้รับยาเมทาโดนไปกินที่บ้านนานวันขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมาก เพราะไม่ต้องลำบากในการเดินทางมาที่ศูนย์ลดอันตรายบ่อยครั้ง เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการจ้างรถเพื่อมารับยาที่

ศูนย์ลดอันตรายฯ และยังสามารถไปทำงานรับจ้างได้โดยไม่ต้องหยุดงานเพื่อมารับยามทาโดน ซึ่งทีมงานประเมินผลแล้วพบว่าได้ผลเป็นที่พอใจเพราะผู้ป่วยมีพฤติกรรมดีขึ้น โดยให้ความสนใจสุขวิทยาส่วนบุคคลดีขึ้นและมาตรงตามเวลาที่นัด สำหรับผู้ป่วยที่มาไม่ตรงตามนัดทีมงานใช้วิธีปรับพฤติกรรมโดยการให้มารับยามทาโดนถี่ครั้งขึ้นหรือให้ไปรับที่โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ชอบเพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มมากขึ้น และเสียเวลาในการไปทำงานทำให้ขาดรายได้

“เราทำสนุกคะ ไม่ไปเครียดว่าคนไข้จะมาตามนัดไหม แต่เราพยายามใส่แคมเปญให้เขาไป ถ้ามาตามนัดจะ ได้ยาแมกซ์ โคลส ไม่เกิน 35 มิลลิกรัม แต่ถ้ามาไม่ตรงนัดเอาไปแค่อาทิตย์เดียวพอ คนไข้ก็จะเริ่มเรียนรู้ถ้ามาไม่ตรงนัดก็จะ ได้ยาไม่ครบ เขาจะต้องมามาบ่อยขึ้น ถ้าคนไข้มาขาดๆหายๆ กินยาหมดก่อน เจ้าหน้าที่อนามัยก็จะส่งไปที่โรงพยาบาล ถือว่าพฤติกรรมไม่เหมาะสม คนไข้ก็จะเริ่มปรับตอนนี้คนไข้บางราย หมอวันนี้ผมขอปรับลดยานะ เขาก็จะเริ่มเรียนรู้ว่าเขาลดยาได้ บางคนบอกไม่ได้กินทุกวัน” (ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

“.....ใหม่ ๆ ก็คุยกับเขาอย่างเนี้ยครับ ผมไม่ได้บังคับนะ ถ้าคุณเลิกไม่ได้ กินยามทาโดนตลอดชีวิตไม่มีใครห้าม... แล้วก็คุณมากินเมทาโดนที่นี่ แล้วคุณกลับไปกินยาเก่าแล้วเกิดเป็นอะไรเนี้ย เราทำข้อตกลงไว้ให้เขาเซ็นรับทราบ ถ้าคุณเป็นอะไร ไปคุณจะมาฟ้องร้องไม่ได้นะ ถ้ารับข้อนี้ได้คุณมาเลย ถ้ารับไม่ได้คุณต้องกลับไปคิดก่อน.....” (ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

“.....ก็จะมีมาตรการที่ 1 จะต้องมาตรวจตามนัด ถ้ามาผิคนัดก็คือปรับยาลดลง ไม่ได้ปรับจำนวนยาแต่ปรับจำนวนวันที่เอากลับบ้าน อาจจะนัดถี่หน่อย อันที่ 2 ไม่มีระเบียบอย่างเช่น วันนี้มีมาก่อนขอเพิ่มยา ชูเจ้าหน้าที่อะไรพวกนี้ ส่งกลับโรงพยาบาล ดังนั้นระยะทางค่าใช้จ่ายก็เพิ่มขึ้นที่นี้ไม่จ่าย พี่ดอก็จะบอกว่าหมอไม่ได้จ่ายมาให้ไปเอาข้างล่าง อันที่ 3 คือการมารับยาที่มาที่นี้ต้องมีครอบครัวมีอะไรมาด้วย ถ้าไม่มาก็คือเราจะปรับให้มาบ่อยๆ เดี่ยวญาติก็จะมาคอยทำให้หายบ่อย อีกอย่างหนึ่งคือ เสื้อผ้าหน้าผม หนูพยายามบอกว่าคุณต้องดูดี วันที่อยู่ที่บ้านคุณจะเป็นอย่างไรก็ได้ แต่วันมารับยาทุกอย่างต้องดูดี เสื้อผ้าต้องสะอาด เขาก็เริ่มเรียนรู้เริ่มดูแลตัวเอง ถ้าสกปรกมา คนไข้คนอื่นก็จะดูไม่ดี แล้วกลยุทธ์อีกอันหนึ่ง แทนที่จะบอกว่าต้องไปสระผมนะ ต้องทำงานนะ คนไข้เขาไม่มา แต่เราบอกว่า ถ้ามา หมอจะดูแลนะ เขาก็จะพยายามดูแลตัวเอง” (ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

ข. กลยุทธ์ของทีมงานอำเภอเชียงดาว

1) การจูงใจให้ชาวบ้านรู้จักศูนย์ลดอันตรายฯด้วยวิธีการ “มาเที่ยวเล่นที่ศูนย์”

โดยที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของอำเภอเชียงดาวเพิ่งเปิดให้บริการกับผู้ป่วยเสพติดฝิ่นมาได้ประมาณ 1 เดือน จึงทำให้ชาวบ้านและผู้เสพติดฝิ่นยังไม่ทราบข้อมูลกิจกรรมการให้บริการของศูนย์ลดอันตรายฯ ดังนั้นทีมงานจึงเริ่มต้นด้วยวิธีการจูงใจให้ชาวบ้านในพื้นที่รพ.สต.

บ้านใหม่ให้รู้จักศูนย์กลางลดอันตรายๆ โดยการเชิญชวนให้เข้ามาเยี่ยมชมหรือนั่งเล่นเพื่อเป็นการพักผ่อน หรือเข้ามาหาความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาอาชีพ รวมทั้งการดำเนินการปรับภูมิทัศน์ของศูนย์กลางลดอันตรายให้ น่าสนใจ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวบ้านได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพที่ศูนย์กลางลดอันตรายดำเนินการให้กับผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้ชาวบ้านมีทัศนคติต่อผู้ป่วยยาเสพติด และยอมรับการมีอยู่ของศูนย์กลางลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในพื้นที่ได้ ซึ่งกลยุทธ์นี้ที่ทีมงานดำเนินการควบคู่ไปกับการเข้าพื้นที่เพื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยเสพยาเสพติดมารับการบำบัดด้วย ดังคำสัมภาษณ์

“.....เราก็คุยกันตลอดว่ามีคนมาเริ่มต้นนี้ศูนย์ว่าเอาเท่านั้น ไม่จำเป็นต้องเอา 9 อย่างนั้น ทำอย่างอื่น ให้เค้ามานั่ง จะได้ไม่มียาเสพติดไม่มีเรื่องเพศสัมพันธ์มาพักผ่อน มานั่งดื่มน้ำเย็น และก็ มีเอกสารเรื่องความรู้ยาเสพติด แผ่นพับ ส่งเสริมอาชีพบ้าง เรื่องการเกษตรบ้าง การปลูกกล้วย ลิ้นจี่อะไร ประมาณนี้ให้อ่านหนังสือหรือนั่งคุยกัน.....” (ทีมงานอำเภอเชียงดาว)

“.....ตอนนี้ที่จะทำคือจะปรับสถานที่ให้น่าอยู่ ชักจูงให้คนเค้ามาอย่างนี้ ก็จะปรับด้านนอกอีก ปรับให้มันดูน่าเข้ามานั่งเล่นช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ เราเริ่มประชุมกับ อสม. ทุกเดือนนะค่ะ ก็ประชุมกับ ชาวบ้าน 2 ครั้ง ว่ามีศูนย์ตรงนี้นะ ใครจะเชิญชวนวัยรุ่นเข้ามา ก็ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เสพยาก็ได้ แต่เข้ามา คือไม่มียาเสพติด ไม่มีอะไรนะ เข้ามาพักผ่อน มากินน้ำเย็น หาหนังสือ หาข้อมูล ก็เพิ่งเริ่ม....” (ทีมงาน อำเภอเชียงดาว)

2) การจูงใจให้ผู้ป่วยเสพยาเสพติดมารับบริการที่ศูนย์ด้วยวิธีการ “การสร้างอาชีพ”

สำหรับทีมงานอำเภอเชียงดาวมีรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่โดดเด่นประการหนึ่ง คือ การจูงใจให้ผู้ป่วยเสพยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความต้องการเลิกเสพยาเสพติดได้ด้วยตนเองนั่นคือ การพัฒนาหรือสร้างอาชีพให้กับผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่ศูนย์กลางลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนในอำเภอเชียงดาว โดยทีมงานสาธารณสุขได้ประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่จาก สถาบันวิจัยและพัฒนาที่ราบสูงในพื้นที่อำเภอเชียงดาวเพื่อขอความร่วมมือในการช่วยพัฒนาอาชีพให้กับผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัด ซึ่งเป็นสิ่งที่ได้ผลลัพธ์เป็นอย่างดี เพราะนอกจากจะ ช่วยสร้างความมั่นใจและไว้วางใจให้ผู้ป่วยเสพยาเสพติดมีความสนใจอยากเข้ารับการบำบัดแล้ว ยังเป็นการช่วยกระตุ้นให้ผู้ที่กำลังรับการบำบัดฟื้นฟูต้องการเลิกเสพยาเพื่อไปประกอบอาชีพสร้างรายได้ หาเลี้ยงครอบครัวต่อไป ดังคำสัมภาษณ์

“.....ตอนนี้มัน ไม่ใช่ คือ เราจะไปค้นหาที่มีอย่างตอนนี้ก็ติดตามในเรื่องของอาชีพ ก็โชคดีที่ว่า โครงการหลวงเค้าช่วย ก็สนับสนุนเลี้ยง ไก่ตามหมู่บ้าน ก็เอาเครื่องฟักไก่ไว้ที่นี่ พอได้ไข่มาก็ฝากธามา เอามาเก็บไว้ที่ตู้ฟัก พอออกมาเป็นตัวก็ส่งเข้าไปหาเค้าคั้น ตอนนี้ก็อยู่ในระหว่างเดือนกว่าแล้วครับ คิดว่าอย่างน้อยๆก็น่าจะเป็นอะไรสักอย่างที่สามารถที่จูงใจเค้าส่วนหนึ่ง และน่าจะประกันได้ว่าเราพร้อม ที่ให้ความช่วยเหลือ.....” (ทีมงานอำเภอเชียงดาว)

“...ประมาณว่า แต่ก่อนไม่ได้เลี้ยงหมู เลี้ยงไก่ ไม่ได้ ก็ได้ในสิ่งนี้มา แต่ตอนนี้กำลังตามอยู่ ได้มาแล้วมาตามให้มาเอาไป ก่อนบำบัดเนี่ยะ แม้แต่ข้าวก็ไม่มี คือว่าแจกข้าวสาร เค้าไม่ปลูกข้าวเลย หลังจากบำบัดเสร็จ เค้ามีเรือแรงปลูกข้าวบ้าง อะไรบ้าง บางรายก็ปลูกถั่ว มีรายได้ ครับ หมูนี่จะเป็น ไก่ ก็มีบ้างครับที่ส่งเสริมไป คิดว่าพอเราเข้าไปเดี๋ยวมันจะดีขึ้น” (เจ้าหน้าที่สถาบันวิจัยและพัฒนาที่ราบสูง)

3) การติดตามประเมินการกินยาเมทาโดนต่อเนื่องผ่านทาง“เครือข่ายในชุมชน”

โดยที่อำเภอเชียงดาวมีจำนวนผู้เสพติดฝิ่นจำนวนมากอำเภอหนึ่งในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นทีมงานจึงได้ดำเนินการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายองค์กรเอกชนที่เรียกว่า “โอโซน” ซึ่งเป็นกลุ่มอาสาสมัครในชุมชนที่อดีตเคยเป็นผู้เสพยาเสพติดมาแล้วและสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้ และสมัครเข้าเป็นอาสาสมัครให้กับองค์กรเอกชนโอโซน โดยทำหน้าที่ให้การบริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เข้าเสพยาเสพติดประเภทฉีดให้มึนทึบชะงัดยาเสพติดเข้าเส้นเลือดได้อย่างปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อ เอชไอวี ซึ่งอาสาสมัครกลุ่มนี้เป็นที่ยอมรับและเป็นที่ยอมรับทั้งชาวบ้านและผู้ป่วยเสพติดฝิ่นในพื้นที่อำเภอเชียงดาว ดังนั้นทีมงานจึงได้ประสานความร่วมมือขอให้เข้ามาเป็นเครือข่ายของโครงการขยายผลโครงการหลวงฯในการช่วยติดตามและตรวจสอบว่าผู้ป่วยเสพติดฝิ่นในโครงการฯได้กินยาเมทาโดนอย่างถูกต้อง ไม่มีการนำยาไปขาย มีการเก็บยาเมทาโดนไว้ในที่ปลอดภัย รวมทั้งประเมินว่าผู้ป่วยเลิกเสพยาได้จริง ดังคำสัมภาษณ์

“...รับจากเราไปทาง โอโซนจะดูแลคนที่เต็มใจมารับเมทาโดนด้วย หรือคนไข้ที่ไม่ได้มารับเมทาโดน หรือกลุ่มคนไข้ที่เข้าเสพยาอยู่ ทางโอโซนก็จะดูแลทางจุดนั้นให้เราด้วย...” (ทีมงานอำเภอเชียงดาว)

“...คือส่วนหนึ่งผมทำในส่วนของภาคประชาสังคม พอดีทำงานเกี่ยวกับงานด้านยาเสพติดด้วยวิธีคิด ก็เลยเข้ามาอยู่ใน คลินิกเมทาโดน มาเชื่อมงานเพื่อที่จะได้อำนวยความสะดวกให้เพื่อเราที่อยากจะบำบัดเมทาโดน มากินเมทาโดนครับ....(โอโซนอำเภอเชียงดาว)

“.....ที่ผ่านมาช่วยติดตามนะครับ ก็ดูจากจำนวนยาว่าเหลือไหม อันดับแรกก็หวังว่าเค้าจะแอบเอาไปขาย หรือว่าแอบเอาไปแบ่งให้รายอื่นกิน แต่สอบถามจากจริงๆก็สอบถามจากตัวเค้าเองและครอบครัวว่ามันตรงกันไหม กับผู้ที่รับยาไปด้วยกัน ว่าทำไมคนนี้ไม่พอ ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยมีจะตรงกันจะกินแบบขนาดนี้ แต่ส่วนใหญ่แล้วเขากลับไม่พอ เลยต้องกินน้อยลง เพื่อว่ามาวันนั้น วันนี้ไม่ได้.....” (โอโซนอำเภอเชียงดาว)

ค. กลยุทธ์ของทีมงานอำเภอแม่แตง

1) การติดตามผู้เข้ารับการบำบัดแบบ “เคาะประตูเยี่ยมบ้าน”

ผลการศึกษาพบว่าทีมงานอำเภอแม่แตงได้ปรับแนวทางในการค้นหาและติดตามผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดแตกต่างกันไปจากที่เคยดำเนินการในปี 2555 – 2556 ทั้งนี้เนื่องจากการปรับเปลี่ยนทีมงานเป็นทีมใหม่แล้ว ยังมีการเปลี่ยนพื้นที่กลุ่มเป้าหมายใหม่ด้วย ซึ่งทีมงานได้วางแผนกลยุทธ์ในการติดตามผู้เข้ารับการบำบัดเพื่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องโดยกำหนดให้เฉพาะทีมงานที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้นที่เข้าพื้นที่และดำเนินยุทธการที่เรียกว่า “เคาะประตูเยี่ยมบ้าน” เพื่อตรวจสอบสุขภาพ และติดตามอาการหลังการบำบัดรักษา เพื่อแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยเสพติดฝิ่นเห็นว่าทีมงานมีความจริงใจและมีความปรารถนาดีในการบำบัดรักษา ซึ่งปรากฏว่าสามารถสร้างความไว้วางใจและเชื่อใจจากผู้ป่วยเป็นอย่างดีส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเสพติดฝิ่นอำเภอแม่แตงคงอยู่ในระบบการบำบัดต่อเนื่องสูงมาก ดังคำสัมภาษณ์

“.....อย่างที่บอก ถ้ามาทำตรงเนี่ยะมันจะได้คน ไข้มาแต่ไม่ได้ใจ คน ไข้ก็ไม่ได้ไว้วางใจมากจนกว่าไปที่โรงพยาบาลเท่าไร แค่ว่าสะดวกเฉยๆ แต่พอเราไปเยี่ยมมันก็เหมือนแบบเราอยากช่วยจริงๆนะเนี่ยะ เข้ามาถึงที่ละเขาก็เห็นความจริงใจของเรา ก็จะค่อยๆเปิดเผยข้อมูล เปิดเผยความต้องการ อยากได้อะไรก็พูดออกมา ก็เลยรู้สึก่ววิธีนี้มัน ได้ผลมาก.....” (ทีมงานอำเภอแม่แตง)

“...ดูจากข้อมูลมันไม่ใหม่ ครั้งแรกที่มาที่นี้ข้อมูลที่ได้จะคล้ายๆเดิม ยาพอละ ไม่มีปัญหาอะไร มันดูเหมือนนิ่งๆ แต่ดูแล้วมันน่าจะมีอะไรมากกว่านี้ เพราะธรรมชาติคนที่ใช้ยามานาน ไม่น่าจะง่ายขนาดนี้ มาเอาเมทาโดนแล้วก็เลิกได้ ก็เลยลงพื้นที่ดีกว่า ตอนนั้นตั้งใจอยากไปคู่วิธีเก็บยา วิธีกินยาเขาด้วย เพราะเภสัชเขาห่วงตรงจุดนี้ว่าเก็บยาถูกไหม เอาเขาไปกินจริงหรือเปล่า เอาไปให้คนอื่นไหม หรือเด็กแถวบ้านเอาไปกิน เขาจะห่วงมาก ก็เลยไปดูถึงบ้านเลย บอกว่ามาเยี่ยม เพราะเราถามเขาจะบอกว่าเก็บดี แต่เราไม่รู้มันจริงหรือเปล่า หลายๆเหตุผล ก็เลยลงดีกว่า ลงแล้วรู้สึกว่าการ ไข้ก็ผูกพันกับเรา เราก็ผูกพันกับเขา ตอนนั้นก็เลยลงเลยจะต้องจัดคิว เพราะงานที่โรงพยาบาลมันเยอะ จะต้องลงลือกว่าวันที่เราจะไปได้ แล้วจะต้องประสานกับเจ้าหน้าที่รพ.สต. ทั้ง 2 ที่ สลับกันไปเดือนละที่” (ทีมงานอำเภอแม่แตง)

2) ประสานความร่วมมือกับแกนนำชุมชนในการค้นหาผู้เสพติดฝิ่น “แบบแอบเจาะ”

สำหรับทีมงานจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของอำเภอแม่แตงก็มีกลยุทธ์ในการค้นหาผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่ของตนเองเพื่อนำตัวเข้ารับการบำบัดเช่นกัน แต่จากประสบการณ์ในการค้นหาที่ดำเนินการด้วยตนเองซึ่งเป็น “คนนอก” พื้นที่ พบว่าไม่ประสบความสำเร็จเพราะผู้เสพติดฝิ่นไม่ไว้วางใจมากพอที่จะยินยอมเข้ารับการบำบัด ดังนั้นทีมงานจึงปรับยุทธวิธีใหม่โดยการประสาน

ความร่วมมือกับ “คนใน” คือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการลงพื้นที่ร่วมกัน ซึ่งทีมงานใช้วิธีการค่อยเป็นค่อยไป โดยเริ่มจากผู้เสพติดฝิ่นคนแรกแล้วค่อยๆ หาจนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และเมื่อมีจำนวนมากพอก็ส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่แดง หลังจากนั้นก็มี การส่งต่อมารับบริการต่อเนื่องที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนทั้ง 2 แห่งต่อไป ดังคำสัมภาษณ์

“... ในการหาคนใช้ เวลาเราเยี่ยมบ้านเราก็ถามสารทุกข์สุขดิบ วัตถุประสงค์ เป็นไปข้างเบาหวานถามไปถามมา แล้วถามว่ายาบ้ามีเยอะไหม เลยถามฝิ่น ก็เลยบอกว่าหมอมจะมีโครงการที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดฝิ่นและเฮโรอีน พอพูดครั้งแรกปีบคนใช้หายากมาก... ที่นี้มีอยู่ครั้งนึงไปเยี่ยมบ้าน ผมก็เริ่มเปิดตัวคุยกับผู้ใหญ่บ้านของตำบล คุยกับพ่อหลวงให้เข้าใจวัตถุประสงค์ แต่เขาก็แบ่งรับแบ่งสู้ แถบบอกว่าเรื่องนี้ค่อนข้างอันตราย แต่เขาก็ให้กำลังใจ... ผมก็จะเป็นกลุ่มๆ ไป มันมีคนใช้คนแรกมา แล้วก็ค่อยมีมาเรื่อยๆ อันนี้สำหรับของหมู่ฯ ส่วนหมู่ฯ ห้วยโป่ง โชคดีหน่อย นอกจากผมเจาะพื้นที่แล้ว ก็จะมีมานะเขาเป็นอสม. ก็เป็นอาจารย์สอนศาสนาด้วย เข้าช่วยกันค้นหา คนใช้ก็มาเรื่อยๆ ครับ แต่ส่วนใหญ่คนใช้เกินครึ่งนี่ เป็นคนใช้ที่เคยบำบัดแล้วแล้วเขาก็ตามกันมา อันดับแรกเขาลงพื้นที่เนี่ยเขากลัว กลัวว่าเราจะเอารายชื่อไปบอกตำรวจ พอตอนหลังเขาเห็นเราจริงใจ เราก็เลยบอกว่าไปบอกคนใช้ด้วยเด้อ บอกคนขายด้วยเด้อ ใครจะค้าจะขายจะกินอะไรหมอดูต้องไม่เกี่ยวนะ แต่ถ้าใครต้องการเลิกยาเลิกฝิ่น เฮโรอีนมาบอกหมอดูต้อง หมอมจะพาไปหาหมอ ครั้งแรกๆ ได้ทีละคน 2 คน ผมก็เอารถอีคำผมขับไปส่ง แล้วก็ไปหาพยาบาล พอหาพยาบาลเสร็จก็หาหมอ เพราะว่าหมอมเป็นคนจ่ายยา แล้วถามสารทุกข์สุขดิบเราเหมือนเป็นผู้ประสาน อย่างน้อยเราโน้มน้ำใจเขาได้ ช่วงหลังได้มาเป็น 10 เลข คือได้ทีละ 5-10 คน ผมว่าวิธีนี้ก็ไ้ผลคินะ..... (ทีมงานอำเภอแม่แดง)

3) การติดตามดูแลให้ผู้เสพติดฝิ่นได้รับยาต่อเนื่องแบบ “ไม่ให้ขาดยา”

เมื่อพ้นระยะถอนพิษ (Detoxification) จากโรงพยาบาลแม่แดงแล้ว ผู้เข้ารับการรักษาจะถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่รพ.สต.บ้านต้นลุง และรพ.สต.บ้านแม่ตะมาน เพื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพครอบคลุมกิจกรรม 10 ชุดบริการ รวมถึงการมารับยาเมทาโดนินอย่างต่อเนื่องด้วย พบว่าในการมารับบริการเกี่ยวกับยาเมทาโดนินนั้นทีมงานอำเภอแม่แดงที่เป็นเภสัชกรจะเป็นผู้จัดและปรุงยาให้ผู้ป่วยแต่ละคน หลังจากนั้นทีมงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากศูนย์ลดอันตรายฯ แต่ละแห่งจะมารับยาเพื่อนำไปให้กับผู้เข้ารับการรักษาแต่ละคนตามวันเวลาที่นัดไว้แล้ว และเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้เข้ารับการรักษากลับไปเสพฝิ่นซ้ำอันเนื่องมาจากขาดยาเมทาโดนิน ดังนั้นทีมงานจากศูนย์ลดอันตรายฯ จึงให้ความสนใจและใส่ใจว่าผู้ป่วยต้องมารับยาเมทาโดนินทุกครั้ง หากพบว่าไม่ได้มารับยาทีมงานก็จะเข้าพื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมภรรยาเมทาโดนินไปให้ด้วย ดังคำสัมภาษณ์

“....หมอorder ยา เกล็ดจะเป็นคนผสม ใส่งูเตรียมให้แต่ละคน.....พี่สตูลจะบอกผมว่ายาลือต
นี่เตรียมเรียบร้อยแล้ว ผมก็จะไปเอาจากที่โรงพยาบาลโดยใช้รถส่วนตัว.....” (ทีมงานอำเภอแม่แตง)

“ถ้าคนไข้หายไประกัต้องลงพื้นที่เหมือนกัน ผมอาจจะไม่ได้ลงพื้นที่ทุกวัน แต่ถ้าหากงูยา
เหลือนั่นชื่อคนนี้ก็ ต้องไปตาม ของผมแยสุดก็คือ จะให้ญาติมารับ จริงๆจะไม่ให้ใครมารับ
เพราะเราต้องถามเขาด้วย เพราะยานี้เป็นสารทดแทนฝิ่น ถ้าเขาไปขายไปทำอย่างอื่นละครับต้องตาม
ถ้าผมไม่ตามเองก็ให้อสม. ตาม ถ้าเขามีงานเยอะอยู่แล้ว ใช้กลุ่มเขา บอกเพื่อนหายไไหนไปตามมา”
(ทีมงานอำเภอแม่แตง)

ง. กลยุทธ์ของทีมงานอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก

1) การปรับพฤติกรรมผู้เข้ารับการบำบัดด้วยวิธีการ “ให้รางวัล”

ผลการศึกษาพบว่า ทีมงานอำเภอแม่ระมาดใช้กลยุทธ์ในการปรับพฤติกรรมผู้เข้ารับการบำบัด
ด้วยวิธีการ “ให้รางวัล” เช่นเดียวกับทีมงานอำเภอไชยปราการ ซึ่งทางทีมงานอำเภอแม่ระมาดได้
กำหนดเงื่อนไขให้ผู้เข้ารับการบำบัดปฏิบัติ หากพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดสามารถปฏิบัติได้ เช่น ตรวจ
ปัสสาวะ 3 ครั้งแล้วไม่พบว่ามีสารเสพติด ทีมงานก็จะให้รางวัลโดยส่งต่อ (Refer) ให้ไปรับยามทาโคโดน
ที่ศูนย์ลดอันตรายฯที่ใกล้บ้านคือที่สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้เข้ารับการ
บำบัดส่วนใหญ่ต้องการเพราะจะได้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และยังสามารถมีเวลาหันไป
ทำงานรับจ้างได้ในวันเดียวกัน หากต้องเดินทางไกลเพื่อมารับยามทาโคโดนที่ศูนย์ลดอันตรายฯที่รพ.สต.
คำวันก็จะเสียเวลามากขึ้นต้องหยุดงาน 1 วัน ทำให้เสียรายได้ ดังคำสัมภาษณ์

“....ตอนนี้เฉพาะของคำวัน (รพ.สต.คำวัน.....ผู้วิจัย) จะมีคนใช้กลุ่มที่อยู่ใกล้ ๆ ก็จะมารับ
ที่อนามัย เขามาเอง คือกลุ่มที่ไม่ห่างไกลเท่าไรก็จะเดินทางมาประมาณครึ่งชั่วโมงก็ให้มาที่อนามัยคำ
วัน แต่ส่วนหนึ่งที่กระจายอยู่ตามป้อม ที่มี สสช. (สาธารณสุขชุมชน.....ผู้วิจัย) ตั้งอยู่ เราจะให้น้อง
จากสสช.มารับยาเอาไปให้คนไข้ ให้กับคนไข้ที่อยู่ในบริเวณนั้น ๆ หมู่ 8 ก็จะปรับที่ใน สสช.หมู่ 8 อยู่
หมู่ไหนให้ปรับที่หมู่นั้น แต่คนที่ปรับที่จุดบริการในพื้นที่ คือคนที่ต้องมีพฤติกรรมดี คือว่าตรวจ
ปัสสาวะ 2-3 ครั้งไม่เจอ เราจะเอาไปให้ใกล้ที่สุดที่คุณจะรับได้ ไม่ต้องลำบากมาถึงอนามัยคำวัน.....
(ทีมงานอำเภอแม่ระมาด)

2) การประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ไอโซนเพื่อนำผู้เสพติดฝิ่นรายใหม่เข้ารับการบำบัด

ผลการศึกษาพบว่า ในปี 2557 – 2558 อำเภอแม่ระมาดมีจำนวนผู้เสพติดฝิ่นรายใหม่ที่สมัครใจ
เข้ารับการบำบัดมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของทั้ง 7 อำเภอ (ตารางที่ 18) ซึ่งผู้เข้ารับการบำบัดรายใหม่
ส่วนใหญ่ทีมงานไม่ได้ดำเนินการค้นหาในพื้นที่แต่ประการใด ทั้งนี้เพราะทีมงานใช้กลยุทธ์ในการ
ประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ไอโซนซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่หน่วยงานองค์กรเอกชนที่รับผิดชอบดูแลผู้
เสพติดแบบฉีดในพื้นที่ ซึ่งเจ้าหน้าที่ไอโซนจะเป็นผู้ที่ได้รับความไว้วางใจจากผู้เสพยาเสพติดมาก

เพราะปฏิบัติงานในพื้นที่มานาน ดังนั้นทีมงานจึงประสานงานให้เจ้าหน้าที่ไอโซนให้คำแนะนำและชักชวนให้ผู้เสพติดฝิ่นเข้ารับการบำบัดในโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ ซึ่งนับว่ากลยุทธ์นี้ประสบความสำเร็จอย่างสูงเพราะส่งผลให้มีผู้เข้ารับการบำบัดรายใหม่เพิ่มสูงมากถึง 170 คน ดังคำพูด

“... ไอโซนเป็นส่วนหนึ่งที่เราเรียกกลุ่มนี้เข้ามา กลุ่มของคุณที่ใช้เข็มมาใช้เมทาโดนของเราใหม่จะได้กลุ่มนี้เข้ามาเยอะด้วย แล้วเราเข้าไปไม่ถึงกลุ่มนี้แล้ว ที่ผ่านมารามีปัญหาเกี่ยวกับเขา เขามีปัญหาเกี่ยวกับเรา ไอโซนช่วยเรามากเลยเพราะว่าเป็นกลุ่มที่คนไข้ไขว้ใจ ตอนนีกลุ่มนี้ยังไม่ได้ก็ไม่มีอะไร สุดท้ายไปถามเขาว่าใช้เข็มแล้วเปลี่ยนมาใช้เมทาโดนใหม่ ก็เลยมีกลุ่มนี้เข้ามาเยอะขึ้นเรื่อย ๆ เราก็เหมือนทำงานร่วมกัน ถ้าไม่มาใช้เมทาโดนก็ไม่มีอะไร เขาก็ใช้เข็มของเขาไป เพราะเราไม่บังคับอยู่แล้ว....” (ทีมงานอำเภอแม่ระมาด)

3) การวางกลยุทธ์ในการจูงใจให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดผู้เสพติดฝิ่นในอนาคต

ผลการดำเนินงานตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ ในการบำบัดผู้เสพติดฝิ่นของอำเภอแม่ระมาดตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบันพบว่า เป็นผลงานที่เกิดขึ้นจากทีมงานฝ่ายสาธารณสุขฝ่ายเดียว เพราะแม้ว่าผู้นำชุมชนไม่ได้จัดวางการดำเนินงานแต่ก็ไม่ได้ให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือทีมงานสาธารณสุขในค้นหาหรือเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่แม่ระมาดเท่าที่ควร แต่สิ่งเหล่านี้ไม่ได้เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานของทีมงานแม่ระมาดแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามเพื่อเป้าหมายสูงสุดของโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ ในการบำบัดผู้เสพติดฝิ่นให้เกิดความยั่งยืนทีมงานมีความเห็นว่าจำเป็นต้องให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ดังนั้นจึงได้มีการวางแผนกลยุทธ์ว่าจะต้องมีการนำเสนอผลงานที่ประสบความสำเร็จในการบำบัดผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่ตำบลแม่ต้นในที่ประชุมผู้นำชุมชนในโอกาสต่อไป เพื่อกระตุ้นให้ผู้นำชุมชนมีความสนใจและเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการบำบัดผู้เสพติดฝิ่นต่อไป ดังคำพูด

“... ในส่วนของผู้นำชุมชนเราไม่มีปัญหาอยู่แล้ว เราทำงานร่วมกันได้ แต่จริง ๆ แล้ว ถ้าไม่ถ้ายไอโซน เราก็ไม่สามารถทำงาน ได้เต็มที่เหมือนกัน คือพูดตรงเรานำเข้าไปผู้ใหญ่สาธารณสุขปฏิเสธตั้งแต่แรก เราคิดว่าเราอยากจะทำด้วยตัวเอง บริบทเราเป็นแบบนี้ ปัญหาเราเป็นแบบนี้ เราจะทำ ความคิดต่อไปอยากให้ผู้นำเข้ามามีส่วนร่วมกับเรา แต่เราจะต้องคืนข้อมูลกลับไปให้เขาว่าที่เราทำมา 3 ปี มันเกิดอะไรขึ้น ได้ผลอย่างไร ตอนนี้เรายังไม่ได้คืนข้อมูลให้เขา พอเราเก็บรวบรวมข้อมูลได้เราก็จัดประชุม ช่วงที่เขาประชุมกันนั้น ผู้ใหญ่ เราจะคืนข้อมูลกลับไปให้เขา ให้เขามีแนวคิดว่าจะช่วยเราอย่างไร ทำอย่างไรได้บ้าง มีส่วนอย่างไรจะทำตรงนี้ให้สำเร็จ อันนี้เป็นสิ่งที่คิดไว้ว่าจะทำอยู่....” (ทีมงานอำเภอแม่ระมาด)

กล่าวได้ว่าในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นให้เหมาะสมกับในแต่ละพื้นที่นั้น ทีมงานได้มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์หรือวิธีการที่มีความหลากหลายมากขึ้นกว่าการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา ตั้งแต่การค้นหาและติดตามผู้ป่วยเสพติดฝิ่นในแต่ละชุมชนโดยใช้วิธีการเข้าเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างความไว้วางใจให้กับชาวบ้าน รวมทั้งมีวิธีการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน โดยการให้รางวัลหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ ซึ่งส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างทีมงานและผู้ป่วยเป็นไปด้วยความไว้วางใจต่อกันมากขึ้น อันเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความจริงใจและความหวังดีของทีมงานอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และบางคนมีความตั้งใจในการเลิกเสพติดฝิ่นมากขึ้น

4. ผลการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน

สำหรับผลการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนทั้ง 3 พื้นที่แบ่งออกได้เป็น 2 ประเด็น ดังนี้

4.1) จำนวนผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน

ในปี 2557-2558 ผลการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนทั้ง 7 อำเภอพบว่ามีจำนวนทั้งหมด 816 คน โดยส่วนใหญ่ยังมีผู้ป่วยที่คงอยู่ในการติดตามการบำบัดฟื้นฟูคิดเป็นร้อยละ 92.89 รองลงมาคือผู้ที่ยังคงกินยาเมทาโดนต่อเนื่องร้อยละ 81.00 มีผู้ป่วยที่กลับไปเสพซ้ำร้อยละ 34.19 และผู้ป่วยที่สามารถเลิกเสพติดได้คิดเป็นร้อยละ 18.01 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทั้งหมด (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่รับบริการด้านสุขภาพจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนทั้ง 7 อำเภอในปีงบประมาณ 2557 – 2558 จำแนกตามผลการบำบัดรักษา

ผู้ป่วย	อำเภอไชยปราการ	อำเภอเวียงแหง	อำเภอเชียงดาว	อำเภอแม่แตง	อำเภออมก๋อย	อำเภอป่าปาย	อำเภอแม่ระมาด	รวม
จำนวนผู้เข้ารับการบำบัด	145 (17.77)	19 (2.33)	87 (10.66)	64 (7.84)	213 (26.10)	32 (3.92)	256 (31.38)	816 (100.00)
ผลการบำบัดรักษา								
จำนวนผู้ที่ยังคงอยู่ใน การติดตามบำบัดฟื้นฟู	145 (100.00)	19 (100.00)	29 (33.33)	64 (100.00)	213 (100.00)	32 (100.00)	256 (100.00)	758 (92.89)
จำนวนผู้ที่เลิกเสพฝิ่น	10 (6.90)	-	5 (5.75)	5 (7.80)	98 (46.01)	24 (75.00)	5 (1.95)	147 (18.01)
จำนวนผู้ที่กลับไปเสพซ้ำ	9 (6.21)	19 (100.00)	-	14 (21.88)	115 (53.99)	2 (6.25)	120 (46.88)	279 (34.19)
จำนวนผู้ที่ยังคงกินยา เมทาโดนต่อเนื่อง	135 (93.10)	19 (100.00)	29 (33.33)	59 (92.20)	168 (78.87)	-	251 (98.05)	661 (81.00)
จำนวนผู้ที่ไม่สามารถ ติดตามได้	-	-	53 (60.92)	-	-	-	-	53 (6.50)

4.2) การให้บริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วยเสพติดฝิ่น

ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 7 อำเภอได้ดำเนินการให้กิจกรรมบริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (Drop in Center) ครอบคลุม 10 ชุดบริการตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยแต่ละแห่งให้กิจกรรมบริการสุขภาพระหว่าง 8-10 ชุดบริการ เพราะชุดบริการที่ 2 เกี่ยวกับการบำบัดรักษาเสพติดโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment หรือ MMT) บางแห่งไม่ได้ให้บริการคือ อำเภอป่าปาย (รพ.สต.บ้านห้วยหมี และ รพ.สต.บ้านห้วยโป่ง) เนื่องจากบำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยยา Tramadol และอำเภออมก๋อย (รพ.สต.ยางเปียง) ให้การบำบัดรักษาด้วยยา Codeine และชุดบริการที่ 3 เกี่ยวกับการสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการสูบฝิ่นมากกว่าการฉีด ดังนั้นทีมงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงไม่ได้ให้บริการ

ผลการศึกษาโดยภาพรวมพบว่าบริการด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยเสพติดฝิ่นทุกคนได้รับบริการจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนมากที่สุดคือชุดบริการที่ 10 “การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ใช้ยาเสพติดรวมถึงกิจกรรมกลับสู่สังคม และการป้องกันการกลับไปเสพติด” (ร้อยละ 100) รองลงมาคือชุดบริการที่ 1 “การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเองรวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด” (ร้อยละ 98.04) และชุดบริการที่ 8 “กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน” (ร้อยละ 91.42) ส่วนชุดบริการที่ผู้ป่วยได้รับบริการน้อยที่สุดคือชุดบริการที่ 3 “การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด” และชุดบริการที่ 6 “การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” (ร้อยละ 10.17 และ 23.53 ตามลำดับ) (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเสพติดที่รับบริการด้านสุขภาพจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนทั้ง 7 อำเภอ ปี 2557--2558
 จำนวนตามบริการด้านสุขภาพ 10 ชุดบริการ

บริการด้านสุขภาพ 10 ชุดบริการ	อำเภอ หายปรการ (จำนวนและ ร้อยละ (N=145)	อำเภอ เชียงดาว (จำนวนและ ร้อยละ (N=87)	อำเภอ เวียงแหง (จำนวนและ ร้อยละ (N=19)	อำเภอ แม่แตง (จำนวนและ ร้อยละ (N= 64)	อำเภอ อมก๋อย (จำนวนและ ร้อยละ (N=213)	อำเภอ ปาย (จำนวนและ ร้อยละ (N=32)	อำเภอ แม่ระมาด (จำนวนและ ร้อยละ (N=256)	รวม (จำนวนและ ร้อยละ (N=816)
1. การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และ การประเมินความเสี่ยงของตนเองรวมถึงการฝึกทักษะ การป้องกันการใช้ยาเสพติด	145 (100.00)	77 (88.51)	19 (100.00)	64 (100.00)	213 (100.00)	26 (81.25)	256 (100.00)	800 (98.04)
2. การบำบัดรักษาเสพติดโดยใช้ยามทาโดยทดแทน ระชะยา	145 (100.00)	87 (100.00)	19 (100.00)	64 (100.00)	168 (78.87)	*ใช้ยาพารา มดอด	256 (100.00)	739 (90.56)
3. การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด	8 (5.52)	-	-	-	75 (35.21)	-	-	83 (10.17)
4. การแจกถุงยางอนามัย	75 (51.72)	60 (68.97)	19 (100.00)	21 (32.81)	125 (58.69)	26 (81.25)	150 (58.59)	476 (58.33)
5. การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความ สมัครใจและส่งส่งต่อรับบริการการดูแลรักษา	34 (23.45)	65 (74.71)	2 (10.53)	20 (31.25)	14 (6.57)	5 (15.63)	120 (46.88)	260 (31.86)
6. การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์การ ตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	3 (2.07)	16 (18.39)	-	5 (7.81)	48 (22.54)	-	120 (46.88)	192 (23.53)
7. การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาโรคพิษ โรค	145 (100.00)	73 (83.91)	1 (5.26)	64 (100.00)	213 (100.00)	15 (46.88)	200 (78.13)	711 (87.13)

ตารางที่ 20 (ต่อ)

บริการด้านสุขภาพ 10 ชุดบริการ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	รวม
	ไทรบุรีการ (จำนวนและ ร้อยละ (N= 145)	เวียงแหง (จำนวนและ ร้อยละ (N=19)	แม่แตง (จำนวนและ ร้อยละ (N= 64)	อมก๋อย (จำนวนและ ร้อยละ (N=213)	ปาย (จำนวนและ ร้อยละ (N=32)	อำเภอ แม่ระมาด (จำนวนและ ร้อยละ (N=256)	รวม (จำนวนและ ร้อยละ (N=816)					
8. กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน	145 (100.00)	-	64 (100.00)	213 (100.00)	26 (81.25)	256 (100.00)	746 (91.42)					
9. การให้บริการด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด	145 (100.00)	2 (10.53)	6 (9.38)	8 (3.76)	26 (81.25)	462 (56.62)						
10. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ ^{ที่} ใช้ยาเสพติด รวมถึงกิจกรรมกลุ่มผู้ ^{ที่} สังคม และการป้องกันการ ^{ที่} กลับไป เสพยา ^{ที่}	145 (100.00)	19 (100.00)	64 (100.00)	213 (100.00)	32 (100.00)	816 (100.00)						

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนทั้ง 3 พื้นที่จำนวน 14 แห่ง สามารถให้บริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วยเสพติดผื่นครอบคลุมแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดได้จำนวน 816 คน โดยส่วนใหญ่ยังมีผู้ป่วยที่คงอยู่ในการติดตามการบำบัดฟื้นฟูเป็นร้อยละ 92.89 และมีผู้ป่วยที่สามารถเลิกเสพยาได้คิดเป็นร้อยละ 18.01 ของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้งหมด สำหรับบริการที่ผู้ป่วยได้รับจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนคือการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติดรวมถึงกิจกรรมกลุ่มผู้สังคม และการป้องกันการกลับไปเสพยา ทั้งนี้การให้บริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ที่มีปริมาณมากน้อยแตกต่างกันไป ทั้งนี้เป็นไปตามสภาพบริบทและปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่

5. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้นำชุมชนต่อผู้เสพติดผื่น

สำหรับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้นำชุมชนที่มีต่อการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดผื่นตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ พบว่าในการศึกษาครั้งนี้สามารถนำเสนอข้อมูลที่ได้จากผู้นำชุมชนและทีมงานเพียง 4 อำเภอเท่านั้น คือ อำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว อำเภอแม่แตง และอำเภอแม่ระมาด ส่วนอำเภออื่นๆยังอยู่ในระยะเริ่มจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนจึงยังไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลมานำเสนอได้

จากการดำเนินการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดผื่นในปี 2557 – 2558 ของอำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว อำเภอแม่แตง และอำเภอแม่ระมาด พบว่าความสำเร็จในการดำเนินงานส่วนหนึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในพื้นที่ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเสพติดผื่นส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าที่อาศัยอยู่บนที่ราบสูง มีภาษาและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากคนพื้นที่ราบทั่วไป รวมทั้งส่วนใหญ่มีประสบการณ์ที่ไม่ดีจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองของหน่วยงานรัฐที่มุ่งเน้นการปราบปรามโดยการจับผู้เสพฝิ่น การที่ทีมงานซึ่งเป็นคนพื้นที่ราบเข้าไปในพื้นที่ของชาวบ้านชนเผ่าจึงไม่ได้รับความไว้วางใจและยอมแสดงตัวว่าเป็นผู้เสพติดผื่น ดังนั้น ทีมงานต้องประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนเพื่อให้ความช่วยเหลือในการช่วยค้นหาผู้เสพติดผื่น และช่วยสื่อสารเพื่อสร้างความไว้วางใจจากผู้ป่วยเสพติดผื่น ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้นำชุมชนทุกพื้นที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลือกับทีมงานเป็นอย่างดี เพราะต่างมองว่าเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบ สิ่งที่ผู้นำชุมชนให้ความช่วยเหลือทีมงานส่วนใหญ่เกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์เชิญชวนและแจ้งข่าวการบำบัดรักษาของทีมงานผ่านวิทยุชุมชน มีการนำทีมงานเดินเข้าพบผู้เสพติดผื่นในแต่ละบ้านเพื่อเชิญชวนเข้ารับการรักษา ช่วยเป็นธุระในการจัดรถรับ-ส่งผู้ป่วยมารับยามทาโคโดนที่ศูนย์ลดอันตรายฯ ดังคำสัมภาษณ์

“...ก็ช่วยประชาสัมพันธ์ ประกาศเสียงตามสาย และเราเข้าไปหาตัวบุคคลและดูว่าคนไหนติดยา ให้ไปเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่คนในหมู่บ้านเดียวกันก็รู้จักกันหมด คนไหนเป็นอย่างไรแล้ว ก็ไม่

สามารถทำอะไรได้ นอกจากการกล่าวตักเตือน...บอกเขาแล้วเขาสมัครใจเลิกหรือไม่ ผลเสียมันตามมาอย่างไร คนไหนเสพรื่องยา เราจะแจ้งตลอด....” (ผู้นำชุมชนอำเภอแม่แตง)

“...มันเป็นหน้าที่ของผู้นำ พ่อหลวง ผู้ใหญ่บ้านแต่ละหมู่บ้านจะต้องเอาลูกบ้านมาบำบัดฝึนอยู่แล้ว ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปคนเดียว ชาวบ้านก็จะไม่บอกที่ใช้ฝึนเพราะไม่ไว้ใจ ไม่ได้รับความน่าเชื่อถือจากชาวบ้านมาก็มาแต่ไม่คุยด้วย ปิดบ้านเลย เขากลัวคนแปลกหน้า ก็ไม่พูดด้วย” (ผู้นำชุมชนอำเภอเชียงดาว)

“...แต่อันนี้ทางขึ้น โหด 6 กิโลเมตรใช้เวลาเป็นครึ่งชั่วโมง หน้าฝนจะขึ้นไม่ได้ ก็จะบอกพ่อหลวง เขามารับยาในนี้ พบกันครึ่งทาง ถ้าผมไม่ได้ขึ้น พ่อหลวงก็ลงมาใส่ถุงใส่ยาแล้วเอาไปให้คนใช้” (ทีมงานอำเภอแม่แตง)

“...ผู้ใหญ่บ้านแต่ละหมู่บ้านก็ประกาศข่าวประชาสัมพันธ์ บางที่เป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกาศเรื่องสุขภาพของชุมชน ปกติถ้าทางหมอต้องการให้พวกผมประชาสัมพันธ์ก็จะประสานไป หมอก็จะประสานไปว่าขาดอะไร ทางตำบลต้องการอะไร อย่างโครงการฝึนเนี่ยเขาแจ้งให้ผู้นำชุมชนได้ทราบว่ามันจะอะไร อบรมยาเสพติด ก็ให้พวกผมเข้าร่วมด้วย เราก็บอกชาวบ้านมาเข้าร่วม...” (ผู้นำชุมชนอำเภอแม่แตง)

“...ของผู้ใหญ่บ้านหมู่ 6 นะครับ ที่เราไปประชุมคุยกันที่ผ่านมา เขาเข้มแข็งมากครับ ผู้ใหญ่บ้านที่นี้ยอมรับว่าเขาเอาจริง เวลาที่มีกิจกรรมอะไรเราจะเชิญผู้นำมา เวลาผู้นำเขามีกิจกรรมอะไรก็ตรงนี้แหละครับเป็นที่ทำงานของผู้ใหญ่บ้านกับรพ.สต.เหมือนทำงานร่วมกันตลอด...” (ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

“...ในส่วนของผู้นำชุมชนนี้เค้าให้ความสนใจมาก โดยเฉพาะก้านันตำบลยางเปียง ให้ความสนใจแล้วก็ตระหนักเป็นอย่างยิ่งแล้วก็ให้ความร่วมมือกับเราในการแนะนำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่การบำบัดที่ตอนนี่คือถ้าถามถึงเรื่องความร่วมมือของผู้นำชุมชนผมให้ 100 คะแนนเต็ม...” (ทีมงานอำเภออมก๋อย)

สำหรับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเสพติดฝึนนั้นพบว่า มี 2 อำเภอ คืออำเภอแม่ระมาด และอำเภอไชยปราการที่ทีมงานกำหนดเงื่อนไขว่าผู้ป่วยเสพติดฝึนที่ต้องการเข้ารับการบำบัดรักษาจะต้องมีสมาชิกในครอบครัวมาอยู่กับผู้ป่วยด้วยทุกครั้งที่มารับเมทาโดนที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน หากไม่มีครอบครัวหรือญาติมาร่วมด้วยก็จะไม่สามารถรับยาเมทาโดนได้ ผลการศึกษาพบว่าได้ผลในทางที่ดี เพราะนอกจากจะช่วยให้ครอบครัวได้รับทราบวิธีการกินเมทาโดนที่ถูกต้องเพื่อสามารถให้การดูแลช่วยเหลือและสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยเสพติดฝึนเพื่อขอความช่วยเหลือได้ทันท่วงทีแล้ว ครอบครัวยังสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

ถูกต้องด้วย ซึ่งผลการศึกษาพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดีขึ้น เช่น เลิกเสพยา ไปรับจ้างหารายได้ดังกล่าว

“... ครอบครัวก็มีส่วนช่วยเพราะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ลูกก็พาพ่อแม่เข้ามาอีก ก็ถามว่าทำไมละถึงพาพ่อแม่มาอีก เขาเห็นว่าพ่อแม่กินเมทาโดนไม่ทรมาณ เขาชวนที่เป็นลูกหลานคนติดยาเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยเราต่อไปได้.....” (ทีมงานอำเภอแม่ระมาด)

“...ที่นี้จะมีพี่แดงจะลงชุมชนให้ ถ้าผู้ป่วยไม่มาตามนัด ในกรณีที่อยู่คนเดียว เราจะแยกเพราะมิให้ความรู้เหมือนกัน ให้รู้ว่าเราให้บริการอะไรบ้าง อย่างวันก่อนสอนเรื่อง โรคเอดส์ การใส่ถุงยางอนามัย การให้ความรู้เกี่ยวกับวิน โรค จะมีคนใช้ยาติดยาครอบรัวนี้ด้วยกัน การให้ความรู้เราจะไม่แยกอันนี้ญาติอันนี้คนใช้ ให้นั่งรวมกัน ให้มีความรู้เหมือนกัน ญาติก็ช่วยดูแลคนใช้ที่บ้าน ได้ถูกต้อง ส่วนใหญ่คนที่มาเราก็บอกว่าอย่างน้อยญาติมาเตือนละครั้ง เจ้าหน้าที่อนามัยจะบอกว่าวันที่หมอมายาญาติก็มาด้วย ถ้าออกหน่วยมา Drop in ญาติต้องมาด้วย กรณีที่ไม่มีญาติ เจ้าหน้าที่อนามัยจะใช้กุศโลบายว่าหมอมุเซอไม่ได้ ญาติต้องมาด้วยทุกครั้ง อีกอย่างถามผู้ป่วยเป็นอย่างไร ญาติก็จะบอกได้ดีกว่าตัวคนไข้เองว่าเลิกเสพยาแล้วนะ ตอนนี้นำไปรับจ้างมีสตางค์มาซื้อกับข้าวนะ...” (ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

สรุปได้ว่าในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาติดยาของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนได้รับความร่วมมือและช่วยเหลือจากผู้นำชุมชนเป็นอย่างดี โดยทำหน้าที่ในการประชาสัมพันธ์เชิญชวนและแจ้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบำบัดรักษาของทีมงานสาธารณสุขผ่านวิทยุกระจายเสียงชุมชนเป็นระยะๆ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการนำทีมงานสาธารณสุขเข้าพื้นที่ในแต่ละบ้านเพื่อเชิญชวนและพูดคุยใจให้ผู้เสพยาติดยาเข้ารับการบำบัดรักษา และช่วยเหลือจัดรถรับ-ส่งผู้ป่วยมารับยามทาโดนที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนหรือนำตัวผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาในระยะถอนพิษ (Detoxification) ที่โรงพยาบาลอำเภอก่อนส่งต่อมารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายในชุมชนต่อไป ทั้งนี้เพราะผู้นำชุมชนมีความคาดหวังและต้องการให้ชาวบ้านในหมู่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบเลิกเสพยา เพื่อให้หมู่บ้านของผู้นำชุมชนเป็นหมู่บ้านที่ปราศจากฝิ่นและยาเสพติดให้ได้

6. ความพึงพอใจในการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน

โดยที่การดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาติดยาในปี 2555- 56 ที่ผ่านมา รูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาติดยานั้น ทีมงานจะต้องเข้าพื้นที่เพื่อประเมินอาการและติดตามผลการบำบัด อีกทั้งต้องนำยามทาโดนไปให้ผู้ป่วยกินอย่างต่อเนื่อง (กรณีอำเภอที่ใช้ยามทาโดนทดแทนในการบำบัดรักษา) ซึ่งรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าวพบว่าทีมงานประสบกับปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการเข้าพื้นที่ จึงได้ปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นฝ่ายเดินทางมาที่โรงพยาบาลอำเภอ ซึ่งทีมงานทุกพื้นที่ต่างก็ประสบกับปัญหาว่าผู้ป่วยไม่มาตามนัด ทำให้ไม่สามารถติดตามผลการบำบัดได้เป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาที่โรงพยาบาล

ได้ เนื่องจากไม่มีค่าเดินทางมาพบที่มงาน โดยเฉพาะในฤดูฝนก็จะไม่สามารถใช้เส้นทางสัญจรเข้าหรือออกพื้นที่ได้เลย ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งกลับไปเสพติดฝิ่นซ้ำ ดังคำสัมภาษณ์

“.....ตอนแรกเลยที่ได้รับโครงการมาให้ทำ Drop in ตอนที่ทำเป็นพื้นที่ขยายผลโครงการหลวงของเรามีชื่อเสียงคือรพ.สต. ไม่อยู่ในพื้นที่ในโครงการฯ ระยะเดินทางจากรพ.สต.ป่าแดงเข้าไปพื้นที่ป่าหน้าซึ่งเป็นพื้นที่เป้าหมายภายในโครงการ ใช้ระยะเวลาประมาณ 45 นาที -1 ชั่วโมง โดยที่เป็นถนนลูกรัง ถ้าหน้าฝนบ๊อบเราก็ไม่สามารถเข้าได้ แล้วที่ผ่านมาก็เราทำค่ายปี56 หลังจากที่เรากลับมาหน่วยก็คืออาทิตย์ต่อครั้ง ตามยาที่เราให้คนไข้ เราเกิดความไม่ปลอดภัยเหมือนโดนไล่ล่า คนไข้เองซึ่งเป็นแกนนำที่เป็นจิตอาสาตอนที่อยู่ที่ค่ายมาบอกเราว่าหมอไม่ต้องขึ้นไปแล้วมันไม่ปลอดภัย เราก็กลับมาคุยกับเจ้าหน้าที่อนามัย ให้คนไข้ลงมารับยาที่อนามัยส่วนหนึ่งแล้วก็ที่โรงพยาบาลส่วนหนึ่ง แต่คนไข้ไปไม่ค่อยตรงวัน คนไข้ส่วนใหญ่มารับที่โรงพยาบาลจาก 90คนในโครงการฯ ตอนนี้อยู่ประมาณ 40 กว่าคนที่อยู่ในโรงพยาบาล อีกครั้งหนึ่งคือเสพซ้ำข้างเล็กได้บ้าง ที่ผ่านมาก็ที่เราติดตามได้หลังจากออกจากค่ายมา 1 ปี เลิกได้อยู่ที่ประมาณ 90คน นอกนั้นคือที่เราตาม พอช่วงหลังๆ ปี 57-58 เราตามไม่ได้แล้วละ ก็เลยไม่ทราบว่าเขาไปติดซ้ำไหม แต่ที่ยังรับยาเมทาโดนที่ Drop in ที่โรงพยาบาลมีเหลืออยู่ประมาณ 40 กว่าคนเท่านั้น.....” (ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

ดังนั้นในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดฝิ่นในปี 2557-2558 ทีมงานจึงได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นเป็นการตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนเพื่อให้เกิดความสะดวกและปลอดภัยทั้งทีมงานและผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการดำเนินงานกิจกรรมด้านสุขภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดได้ให้บริการกับผู้ป่วยเสพติดฝิ่นในแต่ละพื้นที่เป็นที่พึงพอใจต่อแกนนำชุมชนในพื้นที่ไม่ว่าจะเป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ประธานองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สารวัตรกำนัน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน(อสม.) (ยกเว้นอำเภอเวียงแหง อำเภอปาย และอำเภอแม่ระมาด เนื่องจากไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้นำชุมชนได้) ซึ่งมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดไปในทิศทางเดียวกันคือ พึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูที่มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พอใจที่ผู้ป่วยเลิกเสพฝิ่นและสามารถประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัวได้ และพอใจที่ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงมากขึ้นกว่าเดิม ดังคำสัมภาษณ์

“....ขอบคุณ ก็มันมีเจ้าหน้าที่เป็นมาติดตาม มาเยี่ยมกิน บางทีมาแจกของ แจกหยัง เค้าก็ได้ประโยชน์ตรงนี้ไปด้วย เป็นข่าวสาร อาหารแห้ง ผลไม้ (อาสาสมัครประจำหมู่บ้านอำเภอเชียงดาว)

“... ก็เห็นชัดเจน คือว่า ลูกมันมี 5-6 คน มันก็ลูกมาเดินได้กะ ได้เงินมาซื้อข้าวซื้อหยังมันกอบบ่น ทุกทีได้มาก็มาซื้อฝิ่น ซื้อฝิ่นมากิน แล้วก็ ลูกเต้าก็เขียนหนังสือด้วยแล้วก็มันค่าใช้จ่าย ลูกเข้าโรงเรียน ต้องซื้อผ้าซื้อผ่อน ซื้ออาหารการกิน มันก็ต้องเลิก ลูกขอ พ่อหลวงก็รู้ว่าคนนี่เลิกได้ ตัวเขาก็ต้อง

ยอมรับ ว่าเออมากินยามาเข้าโครงการ ลูกเมียก็จิตใจตวย ที่เขาหาย เขาเลิกกินฝิ่นได้....” (ประธานองค์การบริหารส่วนตำบลอำเภอเชียงดาว)

“...ชีวิตของมันก็ลำบากมาอย่างผมว่า มันก็ดีขึ้นมาน้อย เมื่อก่อนได้เงินมา 500 ซ้อย่า 300 เหลือ 200 ก็ไม่พอกิน ตอนนั้นก็เริ่มดีขึ้น ลูกเมียไม่เห็นบ่น แข็งแรงขึ้น แต่ก่อนผมอมโทรม เคี้ยวนี้ดูย (ฮ้วน.....ผู้วิจัย) ขึ้นเลยครับ...” (ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านอำเภอแม่แตง)

“...ผมว่าอย่างนี้ดีนะ อยากให้โครงการนี้มันบูม คือถ้ามียาตัวที่ว่า เมทาโดนไซท์ใหม่ครับ ถ้ามีตัวนั้นขึ้น ชาวบ้านกลุ่มนี้ที่เค้าจะมามาหาหมอนี่ เขาจะไม่ไปหาซื้อที่อื่น เพราะว่ามันอยู่ได้ แต่ว่าไม่ค่อยมีแรงเฉยๆ แต่ว่าอยู่ได้ ทนได้ ดีกว่าหาเงินไปซื้อยาตัวนั้นมาเสพ คิดว่าอย่างนี้ดีแล้วครับ” (ผู้ใหญ่บ้านอำเภอไชยปราการ)

“....ผมว่าถ้าติดตามอย่างนี้มันดีครับอย่างบ้านผมอย่างนี้ มันเลิกได้ 3 คน มันดีครับ ก็อยากให้ติดตามอย่างนี้ครับ ถ้าไปแบบนี้เรื่อยๆ ก็น่าจะเลิกได้เลยครับ ผมหวังว่าจะมีคนเลิกได้เพิ่มครับ เอาสัก 4-5 คนครับ....” (ผู้ใหญ่บ้านอำเภอไชยปราการ)

“...คือแต่ละคนก่อนที่จะมาที่นี่ ผมไปตามตะล่อมๆ เข้าโครงการฯตอนนั้นเขาอยู่ไม่ได้เลย ทำงานไม่ได้ สภาพร่างกายจิตใจเค้าไม่พร้อมทำงาน อันนี้แรกร่างกายแต่ก่อนจะอมโทรมตอนนี้มาดูสะอาดสะอาดทำงานก็ได้ แล้วอีกอันหนึ่งครอบครัวก็อบอุ่นขึ้นนะครับ เห็นว่าสามีหรือว่าภรรยาเข้ามาช่วยตรงนี้นั้นเปลี่ยนเป็นคนละคนดีขึ้น.....” (นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอำเภออมก๋อย)

นอกจากความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนที่มีผู้ป่วยเสพติดฝิ่นแล้ว ยังพบว่าผู้นำชุมชนยังมีความพึงพอใจต่อทีมงานสาธารณสุขที่ให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นด้วย โดยผู้นำชุมชนส่วนใหญ่พึงพอใจต่อทีมงานบำบัดรักษาเกี่ยวกับความเป็นกันเอง การให้บริการด้วยความจริงใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส การพูดจาด้วยน้ำเสียงสุภาพอ่อนโยน ดังคำสัมภาษณ์

“...เจ้าหน้าที่ อี้อบริการดีที่สุดใน เจ้าหน้าที่ที่เป็นมาติดตามเขาก็ดีใจ เพราะว่า หมู่นี้พอเห็นเจ้าหน้าที่มาปั๊ บได้มาจับ แต่หาแนวทาง หาสิ่งดีๆมาอื้อ เขาก็ดีใจ มาช่วยเขาอื้อเลิกยาฝิ่น เจ้าหน้าที่เป็นก็ใจดีมาช่วยดูแลสุขภาพอย่างอื่นตวย...” (กำนันอำเภอเชียงดาว)

“...หมออนามัยเป็นอู๊ดี เป็นมาช่วยดูแลคนไข้ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส คำพูดคำจານี้ มารยาทนี้สุดยอด บ่ใส่อารมณ์ เลย เป็นดีสุดๆ.....” (ผู้ใหญ่บ้านอำเภอแม่แตง)

“....คือมันก็มีการติดตาม อย่างหมอ อย่างเจ้าหน้าที่ยังมีการตรวจเช็ค ดูนี้ ดูอะหยัง ว่าไฟกินบ่กิน มันก็ดี เจ้าหน้าที่เป็นใจดี จริงใจ มาดูแลเช็คสุขภาพตรวจอันนั้นอันนี้.... คนที่จะเลิกได้ผมนี้กะว่ามี 10 กว่าคน ก็ได้แต่พอมี 2 คนแล้วนะ เออ ฝิ่นนี้มันติด มันบ่ลืม เพราะมันกลืน ถ้ายาบ้านี้ เป็นเอาไป

บำบัด 7-8 วัน เค้านึกมานี่ หยุคได้ ถ้าเจ้าหน้าที่มาติดตามตรวจฉี่นี่นะ มันจะหยุคได้.....” (สารวัตร กำนันอำเภอเชียงดาว)

สำหรับความพึงพอใจต่อการให้บริการของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของ ทีมงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดฝิ่นของตนเองในแต่ละพื้นที่ ซึ่งเหตุผลของความพึงพอใจ มีดังนี้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นภายหลังการบำบัดรักษา การใช้เมทาโดนเป็นการเพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยได้หยุดพักการใช้ฝิ่นเพื่อให้สุขภาพไม่ทรุดโทรมมากขึ้น ผู้ป่วยเริ่มพูดคุยสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้น ลดพฤติกรรมก้าวร้าวลงมีหน้าตาสดชื่นแจ่มใส มีร่างกายแข็งแรงอ้วนท้วนสมบูรณ์ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี และสนใจสุขภาพตนเองดีขึ้น ดังคำสัมภาษณ์

“....คือคิดว่าพอใจอย่างน้อยก็ให้คนไข้ได้หยุดพักในการใช้ฝิ่น จะด้วยเหตุผลนั้นก็ยังคงดีต่อสุขภาพ คิดว่าเหมาะกว่านี้ไม่มีอีกแล้ว แต่เราก็บริการเขาด้วยใจนะ ได้เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยมีทางเลือกใหม่ๆให้เขา....” (ทีมงานอำเภอแม่ระมาด)

“....เพราะว่าเดือนเดียวเห็นผลเลยว่ารูปร่างลักษณะเขาเปลี่ยนไปเขาสื่อสารกับเราได้เพราะว่า ตอนแรกมันยุ่งๆกึ่งๆ แต่พอเขาได้กินเมทาโดนได้รับความรู้จากเราคือเราไม่รู้หรือว่าเขาไปทำจริงหรือไม่ทำแต่พอกลับมาอีกรอบหนึ่งคือ 14 วันเขาพูดกับหนู alert ขึ้น (กระตือรือร้นขึ้น....ผู้วิจัย) ที่คุยกันนี้ไปกินยาบ้ามาป่าวเขาก็หัวเราะว่าจะ ไปกินมาได้ไงมาตรวจปัสสาวะผมได้เลยก็เหมือนกับว่าสติของเขาดีขึ้นเขาคุยกับเราลูกเมียเขาก็ยืนยันได้ว่าเขาดีขึ้นนะ.... บางคนลูกเมียเขามาด้วย ก็บอกว่าดีขึ้นนะหมอเดี๋ยวจะบอกมันมากินยาอีกคือไปทำงานได้กลับมาพูดกับลูกกับเมียต่างๆที่บางทีก็ก้าวร้าว ถ้าได้ฝิ่นมาสูบกก็อารมณ์ดีวันไหนไม่มีฝิ่นอะอะทำร้ายลูกเมีย คือเราไม่รู้จริงๆแล้วเขาทำร้ายจริงไ้ตอนนี้เมียเขาว่าเขามีความรับผิดชอบต่อครอบครัวดีขึ้นไปทำงานกลับมาก็ไม่ทำร้ายลูกเมียดูแลดี.....” (ทีมงานอำเภอเวียงแหง)

“....พอใจค่ะ เห็นหน้าคนไข้ได้ชัดมากคือเขาสดชื่นสดใสเราเข้าไปคุยกับเขา เขาไว้ใจเรามากขึ้น..” (ทีมงานอำเภอแม่แตง)

“...หน้าตาเขาสดใสขึ้น ตอนมาแรกๆหมองแล้วก็โทรมมากคะ แต่ละคน หน้าตาแห้งเหี่ยว” (ทีมงานอำเภอเชียงดาว)

“....ก็จะเห็นตรงนี้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นว่ามันเลิกได้เท่าไร หน้าตาสดใสดีขึ้น เศรษฐกิจดีขึ้น ก็เลยมีผู้ป่วยกลุ่มใหม่เข้ามาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ถ้าเราเปิดเขาก็เข้ามาถามตลอด อยากเข้ามาบำบัดกับเรา เขาวามันดีมันเลิกได้ ก็เลยอยากมาบำบัดกับเรา....” (ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

“...ในส่วนของรพ.สต. ตั้งแต่ทำโครงการตรงนี้เข้ามา ผมคิดว่าได้ประโยชน์มากเหมือนกับว่าเราไปช่วยชีวิตคนๆหนึ่ง จากที่เขาไม่มีอะไรเลย เขาสามารถมีคุณภาพชีวิต ออกไปรับจ้างประกอบ

อาชีพได้ ทุกวันนี้เขาไปรับจ้าง ได้เงินอย่างน้อยๆหลักพัน 2 คนหัวเมีย ไปรับจ้างพ่นยา แล้วเขามาเสียเงินจากที่เขาเสาวันละ 300 รวม 2 คน ก็ 600 ที่จริงเขาได้เงินเยอะกว่าเจ้าหน้าที่เราอีก พอตอนหลังมาเข้าร่วมโครงการ หันมารับเมทาโดน เขาก็ไม่ไปซื้อยา เขามีเงินส่งลูกเขาไปเรียนแล้ว วันนี้ก็มารับเมทาโดนอยู่...” (ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

“..... อยากให้ระบบมันคงอยู่ตลอดไป เห็นตอนแรกผู้ขายเข้ามาหาเรา หน้าตาน่ากลัวมาก พอเขามารับเมทาโดนได้ระยะหนึ่ง มาตามนัด หน้าตาสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส ดินะ ได้ยาตัวนี้เราได้เห็นเขาเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เราก็มีความสุข แต่บางครั้งเราก็ได้ยินข่าวว่าเอายาไปขาย เอาไปใช้ในทางที่ผิด เราก็ถามว่าทำไม พอที่สาพูดให้ฟังเขามีพฤติกรรมแบบนี้ เราก็เข้าใจ ว่าเขาต้องกลับไปใช้บ้าง เราก็รู้สึกดี...” (ทีมงานอำเภอแม่ระมาด)

“...ถ้าเกิดถามผมนะ ผมก็มองอย่างคนธรรมดา มันหน้าตาสดใสขึ้น เมื่อก่อนรุ่งรังไม่มีสง่าราศีอะไรเลย ตอนนี่ดีขึ้นมากเลย... บางครั้งไปไม่เจอคนใช้แต่เจอเพื่อนบ้าน เขาจะบอกเคี้ยวนี้อ้วนแข็งแรงไปทำงานนั่นแล้ว” (ทีมงานอำเภอแม่แตง)

“คุณภาพชีวิตเขาดีขึ้น เราก็ถามว่าเป็นอย่างไรบ้าง เขาก็บอกว่าดีแล้ว สังเกตจากตัวผู้ป่วยด้วย หน้าตาก็สดชื่นขึ้น เงินก็มีเหลือใช้ อย่างคนที่เลิกได้ เขาก็จะเปลี่ยน จากที่เขาตื่นมาก็รับจ้าง ได้ตั้งค้มาก็เอามาเสพยา ตอนนี่เขาเลิกได้ ทำได้ตั้งค้ก็เป็นของตัวเอง ซื้อข้าวซื้ออาหารเลี้ยงลูกเมียได้แล้ว...” (ทีมงานอำเภอเชียงดาว)

สำหรับพื้นที่พิเศษอำเภออมก๋อยทีมงานให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดฝิ่นโดยการให้ยา Codeine ซึ่งภายหลังการบำบัดรักษาระยะถอนยาด้วยยา Codeine ครบ 1 เดือนแล้วก็จะมีการติดตามและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเป็นระยะๆตามแผนการดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพติดฝิ่นซ้ำอีก ซึ่งทีมงานจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนพึงพอใจต่อการดำเนินงานมาก อีกประการหนึ่งก็คือ สามารถทำให้ผู้นำชุมชนมองเห็นประโยชน์ของศูนย์ลดอันตรายฯ ว่าเป็นสถานที่จัดกิจกรรมร่วมกับระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งเป็นแหล่งให้ผู้ป่วยด้วยกันสามารถปรึกษาหารือ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของครอบครัวและตนเองดีขึ้น

“..... กำนันเค้าคิดว่าที่ศูนย์ลดอันตรายฯ ที่นี้ก็น่าจะใช้ประโยชน์ในส่วนจัดกิจกรรมได้ดีที่จะเข้าไปแก้ไขปัญหาในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในส่วนของโรคภัยไข้เจ็บเรื่องของสถานการณ์ยาเสพติด เรื่องของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นการป้องกันแก้ไขปัญหาเรื่องโรคเอดส์ครับ” (ทีมงานอำเภออมก๋อย)

“...ดูว่าในกลุ่มผู้ผ่านบำบัดยาเสพติดเค้าประสบปัญหาเรื่องเศรษฐกิจยังไงบ้าง แล้วเราก็ตั้งกลุ่มอาสาสมัคร โดยเน้นไปที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอาจจะมีการสนับสนุนจากอบต.

ผู้นำชุมชนที่ร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับเรา ส่วนใหญ่เราจะใช้เวลาที่เรานัดหมายเดือนละ 1 ครั้ง ในการรวมกลุ่ม อสม. แล้วกลุ่มเป้าหมาย Drop in ของเรา ส่วนหนึ่งเราให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยเป็นหลัก....” (ทีมงานอำเภออมก๋อย)

นอกเหนือจากสิ่งที่ทีมงานแต่ละอำเภอรู้สึกพึงพอใจในผลดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติด ผื่นดังกล่าวมาข้างต้นซึ่งเป็นผลโดยตรงแล้ว สิ่งสำคัญคือผลลัพธ์ทางอ้อมที่เกิดกับทีมงานบางคนเพราะเป็นการสร้างประสบการณ์ชีวิตในทางบวกต่อการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดผื่น ซึ่งกลายมาเป็นความรู้สึกประทับใจหรือความภาคภูมิใจต่อทีมงานและผลการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลให้ทีมงานบางคนปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือมุมมองในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดเปลี่ยนไป อาทิเช่น เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักจิตวิทยา เกษตรกร ซึ่งแต่เดิมเคยมีทัศนคติทางลบหรือไม่ดีมาเป็นทัศนคติที่ดีหรือเป็นไปในทางบวกต่อผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการมีส่วนร่วมในการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดผื่นตามโครงการขยายผลโครงการหลวงดังกล่าว

“...ทุกวันนี้จะรีบ คนที่เขาเข้ามาเข้าร่วมโครงการกับเรานี้หนึ่งเมื่อก่อนนั้นนอนชม อย่างแม่นาซอนี้ลูกเดินไปไหนไม่ได้ ตอนนีเขาไปสวนแล้วนะครับ 2 คนแม่ลูกที่มาผาแดงเนี่ย ตอนนีเขาแบกข่งไปสวนแล้ว ก่อนที่ไม่ร่วมโครงการนี้เขานอนชม แล้วเขามีติดเชื้อ HIV ด้วย....ที่มารู้สึกว่าดีมาๆ ในใจของผม คือ Case ของสินชัย เขามาขอเลิกยาที่เราซื้อไว้วินเป็นผู้ชาย จำได้ตอนที่เข้าค่ายวันเราารู้เลยว่าเขาเสียนยา ตอนแรกเขาก็เมกซ์โดสไปเลย พอวันบูบ วันที่ 6-7 เริ่ม withdrawn แล้วยาไม่พอ สภาพผอมมาก ผมว่าเขาจะไม่ไหว แต่รู้มัย ตอนนีเขาไปเป็นไกด์ที่ภูเก็ต กลับมาทำผ้าป่าที่นี่ เขายังใส่ซองให้ เป็น 1,000 จากไม่มีอะไรกิน ตอนนีเขาสบายแล้ว ผมจำเขาแม่น เลยคิดว่าคนอื่นๆ ก็น่าจะเหมือนเขาได้...” (เจ้าพนักงานสาธารณสุขอำเภอไชยปราการ)

“....ผมภูมิใจครับ รับงานไม่ถึงปี ดูจากชื่อห้วยกุ่มกุ่ม ดูน่ากลัว วันนั้นเราขึ้นไป ไปดูวิถีชีวิตความเป็นอยู่ มันแตกต่างจากคนข้างล่างที่เขาพูด เวลาเราไปไม่ต้องใช้สัปดาห์ เวลาเราไปเขาให้ข้าวกิน ถ้าวางผู้บำบัดนี้เขาสนิทใจเปิดใจคุยกับเรา อย่างผมเอาไปแจกเอาไปใส่กระเป๋าเป้ เอรารถเครื่องขึ้น ไปเลย ไม่กลัวอย่างที่เขาวา ระวังจะเจออย่างนั้นอย่างนี้ ไปบอกอย่างที่ต้องบอกว่าเรามีพระคุณ ไม่มีพระเดช ไปเสนอตัวว่าเรามาด้วยความบริสุทธิ์ใจนะ ช่วยจริงๆนะ เขาก็ไว้วางใจเรามาก เขายอมรับเรา มารู้สึกดีใจมากเลยที่ทำโครงการนี้...” (ทีมงานอำเภอแม่แตง)

“...มีคนใช้ดีขึ้นก็รู้สึกดี เจ้าหน้าที่ที่กระตือรือร้นช่วยมาก เป็นกำลังใจมากเลยคะ เพราะลำพังเราคนเดียวทำไม่ได้แน่นอน....” (ทีมงานอำเภอแม่แตง)

“...โครงการนี้ทำให้ผมเปลี่ยนไป เมื่อก่อนคนไข้กลุ่มนี้คือผู้ติดยา กลุ่มนี้คือมีปัญหาเราจะเข้าไปยุ่งด้วยทำไม มันจะสร้างปัญหาให้กับเรา แต่พอเราได้ทำเมทาโดน เราได้เข้าใจวิถีชีวิตเขามากขึ้น

มุมมองก็จะเปลี่ยนไป มุมมองผู้ป่วยในตอนี้ ผมไม่ได้มองว่าเป็นผู้ป่วยติดยา มองเขาว่าเป็นคน ไข้คนหนึ่ง ก็คือเป็นคน ไข้ที่ต้องการ การรักษาจริง ๆ ผมมองว่าเขาไม่คิดที่ ไข้ผื่น เพราะการใช้ผื่นเป็นวัฒนธรรมของเขาเข้าไปคุยกับผู้ป่วย ผื่นเป็นยาของเขา เป็นสิ่งที่ผลิตผลิตของเขา เขาเจอกันเขาก็สูบผื่น ใครมีผื่นถือว่าเป็นคนรวย เมื่อก่อนเขาไม่รู้ว่าจะ ไรผื่นหรือไม่ผื่น การติดต่อกี่ไม่มี ถนนก็ไม่มี แต่เราเอาสิ่งที่คนข้างล่างทำไม่ดีไปยึดยึดให้กับเขา เพราะฉะนั้นก่อนที่เราจะบำบัดเขาเราต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเขาก่อนว่าวัฒนธรรมที่เขาอยู่เป็นสิ่งที่ผิด เพราะฉะนั้น โลกภายนอกเป็นอย่างไรเขาไม่รู้หรือกเขาใช้ชีวิตแบบนี้มา รุ่นปู่ รุ่นหลาน อายุ 12 ปี ก็เสผผื่นแล้วเพื่อรักษาโรค เราจะทำอย่างไรให้เขารู้ว่าสิ่งที่เขาอยู่มันผิด.....” (เภสัชกรอำเภอแม่ระมาด)

“มองให้เป็นผู้ป่วย คือผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ความดัน เบาหวาน บางคนก็มารับเมทาโดนด้วย เข้าใจบำบัดเพื่อปรับพฤติกรรมกับเรา แม้กลับไปใช้บ้างบางครั้งก็ไม่เป็นไร เราก็อใจว่าเขาพยายามปรับตัวแล้วนะ ตอนนี้เราเริ่มคิดอย่างนี้กับผู้ป่วยติดยา...” (นักจิตวิทยาอำเภอแม่ระมาด)

“..ก็คือสามารถช่วยคน ได้เยอะ มันมีผลดีครับก็จะช่วยทำให้คนกลับมาสู่สังคมตรงนี้นะครับ คิดว่าดีมากๆครับ...” (ทีมงานอำเภอแม่ระมาด)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสผผื่นใน 3 พื้นที่พบว่าทั้งทีมงานฝ่ายสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการเห็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นภายหลังการบำบัดรักษา โดยมองเห็นภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่วนตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีความรับผิดชอบ ต่อตนเองและครอบครัวมากขึ้น สามารถประกอบอาชีพมีรายได้เลี้ยงครอบครัว ประการสำคัญคือมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งสามารถเลิกเสผผื่นได้ นอกจากนั้นแล้วผู้นำชุมชนยังมองเห็นการใช้ประโยชน์จาก ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสผผื่นในชุมชนว่านอกจากเป็นแหล่งให้ข้อมูลข่าวสารและให้บริการทางสุขภาพกับผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นแหล่งให้ผู้ป่วยด้วยกันมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันได้ด้วย

7. ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสผผื่นในชุมชน

จากการประเมินผลการดำเนินงานการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสผผื่นพบว่า ทีมงานส่วนใหญ่แม้ว่าจะมีความพึงพอใจต่อผลงานที่ผ่านมาระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อสอบถามเกี่ยวกับประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสผผื่นในชุมชนก็พบว่าทีมงานในทุกพื้นที่ยังมีปัญหาที่ต้องการ ได้รับการแก้ไข ทั้งนี้เพื่อให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเสผผื่นมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนในแต่ละพื้นที่ต่อไป ผลการศึกษาพบว่าโดยภาพรวมปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือในแต่ละพื้นที่แตกต่างกันเล็กน้อย ทั้งนี้เพราะการดำเนินการของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสผผื่นในชุมชนบางพื้นที่เพิ่งเริ่มจัดตั้งทำให้ยังไม่พบปัญหามากนัก ในขณะที่

บางพื้นที่ดำเนินงานมาแล้วมากกว่า 6 เดือน ทำให้ประสบกับปัญหาหลากหลาย เป็นต้น รายละเอียดปัญหาและอุปสรรคในการทำงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนโดยภาพรวมมีดังนี้

7.1) ทีมงานขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน

แม้ว่าศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนได้มีการจัดตั้งขึ้นครบทุกพื้นที่รวมทั้งหมด 14 แห่ง แต่จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในปี 2557-2558 พบว่า อำเภอเวียงแหง อำเภอเชียงดาว และอำเภอปาย เพิ่งดำเนินการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนมาได้ประมาณ 1 เดือน (สำหรับอำเภอเวียงแหงยังไม่ได้ดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายฯในชุมชน) ดังนั้นทีมงานใน 3 อำเภอดังกล่าวจึงยังไม่ได้ดำเนินการให้บริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วยเสพติดฝิ่นในชุมชน โดยให้เหตุผลว่ายังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและบทบาทหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ย้ายเข้ามาทำงานใหม่และได้รับมอบหมายจากผู้บริหารโรงพยาบาลให้ทำหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ ดังนั้นจึงยังไม่ได้เข้ารับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานให้ต่อเนื่องจากผลงานของทีมงานเดิมได้ หรือบางคนไม่สามารถเริ่มต้นดำเนินงานตามโครงการขยายผลฯ ได้

“ก็คือ เคียวนี่เรามีทีมงานใหม่ บางทีอาจจะต้องเพิ่มศักยภาพของทีมงานอีกนิดหนึ่ง ในเรื่องความรู้จะรู้อย่างนี้ค่ะ เพราะเราอาจต้องสร้างแกนนำในหมู่บ้านใหม่ด้วยนะคะ ในการที่เค้าจะต้องดูแลเพื่อนบ้านเบื้องต้นด้วย แต่ทีมงานเรายังไม่ค่อยชัดเจนว่าอะไรเป็นอะไรเท่าที่ควร ถ้าทีมงานมีความรู้ก็น่าจะดี” (ทีมงานอำเภอเชียงดาว)

“เพิ่งมาทำงานใหม่ค่ะ ยังไม่ค่อยรู้เรื่องการลดอันตรายอะไรนัก ฟังๆที่ที่เค้าอธิบายก็ยังไม่ค่อยรู้เท่าไร คิดว่าหนูต้องมีความรู้เรื่องการลดอันตรายก่อนจึงจะไปช่วยคนไข้ที่ศูนย์ลดอันตรายได้” (ทีมงานอำเภอปาย)

“...ขอพูดโดยตรงเลยคือหนูอ่านหนังสือศึกษาหาความรู้แล้ว แต่มันก็ไม่โอเคมาทำงานได้ 8 เดือนแล้ว แต่ในระยะ 6 เดือนแรกไม่ทำอะไรเลยเพราะยังไม่เข้าใจโครงการฯและขาดความรู้เรื่องแนวคิดการลดอันตรายฯไม่เคยอบรมกับเขาค่ะ เพราะว่าช่วงเปลี่ยนงานน้องเขาไปกะทันหันเลยก็คือน้องเขาคงเก่าเขาก็บอกว่าพี่เรียนรู้อานะไม่มีแบบงาน มีแต่เอกสารที่เราอ่านไม่เข้าใจ....” (ทีมงานอำเภอเวียงแหง)

7.2) ความช่วยเหลือหรือส่งเสริมอาชีพให้กับผู้เข้ารับการรักษาที่สามารถเลิกเสพยาฝิ่น

สำหรับปัญหาความต้องการการช่วยเหลือในการสร้างอาชีพให้กับผู้ป่วยเสพยาฝิ่นที่เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามโครงการขยายโครงการหลวงฯพบว่า เป็นปัญหาของพื้นที่ที่สามารถให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพยาฝิ่นจนมีผู้ที่สามารถเลิกเสพยาฝิ่นได้จำนวนหนึ่ง ประกอบด้วย 4 อำเภอ คือ อำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว อำเภอแม่แตง และอำเภอแม่ระมาด ซึ่งทีมงานต่างมีความเห็นว่าการต้องการให้ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยาฝิ่นได้อย่างยั่งยืนจำเป็นต้องช่วยเหลือให้สามารถประกอบอาชีพได้ เพราะหากมีอาชีพแน่นอนแล้วช่วยทำให้ไม่มีเวลาว่างมาเสพยาฝิ่นแล้วยังช่วยให้มีรายได้นำมาใช้จ่ายในครอบครัวได้ ในทางตรงกันข้ามหากผู้เลิกเสพยาฝิ่นได้แล้วยังไม่มียานไม่มีอาชีพย่อมมีโอกาสกลับไปใช้เสพยาฝิ่นซ้ำได้ นอกจากนั้นแล้วการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่เลิกเสพยาฝิ่นได้มีอาชีพยังเป็นเครื่องมือช่วยกระตุ้นให้ผู้ที่ยังไม่เลิกเสพยาฝิ่นสามารถเลิกเสพยาฝิ่นได้อีกทางหนึ่งด้วย

“...ผมคิดอยู่อย่างว่า ครอบครัวที่มันเลิกได้จริงๆ เราสามารถสนับสนุนคนกลุ่มนั้น อย่างนายปีมันเลิกได้จริงๆ เราควรไปสนับสนุนเกี่ยวกับอาชีพ ส่งเสริมเลี้ยงหมู สำหรับไปลงทุนให้เค้าเป็นตัวอย่างในหมู่บ้าน อันนี้จะเป็นสิ่งที่ดี ช่วยให้คนที่ยังเลิกไม่ได้ อาจจะเลิกได้ แต่ช่วยอาชีพ 2 ครอบครัวนี้เป็นตัวอย่างในหมู่บ้านนั้น...” (ผู้นำชุมชนอำเภอเชียงดาว)

“...คือเราจะแบ่งกลุ่มคือกลุ่มที่ไม่กลับไปใช้ฝิ่นเลย กับใช้เมทาโดนอย่างเดียว ก็คือคนที่เลิกได้คือคนที่เลิกได้ทั้ง 2 อย่าง คนที่ใช้เมทาโดนอย่างเดียวเลิกฝิ่นไปแล้ว คนที่กลับไปใช้ซ้ำเป็นบางครั้ง ถ้าเราแบ่งกลุ่มตอนนี้เราก็มีวิธีการแนวทางการจัดการกับเขาอย่างไร ช่วยเหลือเขาอย่างไร ในเรื่องของ การส่งเสริมอาชีพของเขาก็ดี เรื่องของคุณภาพชีวิตของเขา ควรจะมีแนวทางที่จะช่วยในแต่ละกลุ่มอย่างกลุ่มที่เลิกได้ถ้ามีการส่งเสริมสนับสนุนได้อะไรที่ดี ๆ กลับไป ถ้าแบ่งกลุ่มการให้บริการ การสนับสนุนก็จะต่างกันด้วย พอเขาเห็นความแตกต่างเขาอาจจะย้ายจากกลุ่มนี้มากลุ่มนี้ มาเพิ่มในกลุ่มที่ดีขึ้นประมาณนี้ค่ะ...” (ทีมงานอำเภอแม่ระมาด)

“ปัญหาคืออยากจะให้ช่วยส่งเสริมเรื่องอาชีพของคนที่เขาไม่มีงานช่วยให้คนใช้เขามีอาชีพอาชีพที่ยังไม่มีเป็นหลักเป็นแหล่งเนี่ย ส่วนใหญ่รับจ้างหมดครับ...ตรงนี้ที่จริงเป็นเส้นทางท่องเที่ยว เส้นทางเศรษฐกิจ พื้นที่ก็เหมาะแก่การเพาะปลูกของพืชเมืองหนาว แต่เนื่องจากชาวบ้านที่มาเข้าร่วมโครงการกับเรา ส่วนมากฐานะยากจน ไม่มีทุนเอาไปประกอบอาชีพที่มั่นคง และพื้นที่ทำมาหากินของเขามันจำกัด เมื่อก่อนก็อยู่ 2-3คน บางส่วนก็อาจจะไปประกอบอาชีพเสริมที่มันได้ผลเร็ว แก้ปัญหาเฉพาะหน้าอย่างเลี้ยงสัตว์ เพราะว่าข้างบนฝิ่นป่าเขายังกว้างอยู่ สมัยก่อนเลี้ยงสัตว์รายได้ดี ที่ยากจนเพราะไปเสพยาปลุสตีร์เขาก็ขายไปหมด...มีสวนอโวคาโด คือปลูกแล้ว ขายตลาด ไม่มีใครมาส่งเสริมส่วนมากมีพื้นที่เป็นของตัวเองไม่เกิน 3 ไร่ ไม่มีทุนในการหมุนเวียน การเพาะปลูก บางคนเขาบอกพื้นที่นี้เข้าดีตลอด” (ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

“...ชีวิตมันก็ดีขึ้นถ้าเลิกยาตัวนี้ได้ แต่ว่าเราต้องส่งเสริมอาชีพอย่างด้านเกษตร อะไรสักอย่างให้เค้าทำงานตรงนั้น ไม่ให้ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดแบบนั้นต่อไป แต่ว่าถ้าเลี้ยงไก่ เลี้ยงหมู อยู่ต่างบ้านนี้ มันน่าจะดี ถ้าไปต่างถิ่น ไปเจอหมู่เดียวกันมันก็เอาอีก...” (ผู้นำชุมชนอำเภอแม่แตง)

7.3) ปัญหาการนำยาเมทาโดนออกนอกโรงพยาบาลไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

การพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่ได้ดำเนินงานในระบะที่ 1 (ปี 2555-2556) ด้วยการบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นด้วยการใช้ยาเมทาโดนทดแทนซึ่งดำเนินการใน 5 อำเภอคือ อำเภอไชยปราการ อำเภอเวียงแหง อำเภอเชียงดาว อำเภอแม่แตง และอำเภอแม่ระมาด ซึ่งเมื่อการดำเนินงานประสบกับปัญหาว่าทั้งผู้ป่วยและทีมงานบำบัดรักษาไม่สามารถเดินทางเข้าออกพื้นที่เพื่อรับยาเมทาโดนทดแทนได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสภาพภูมิประเทศและเส้นทางสัญจรที่ยากลำบาก ดังนั้นในระบะที่ 2 (ปี 2557-2558) จึงได้มีการพัฒนาต่อยอดรูปแบบการบำบัดรักษาไปอีกขั้นหนึ่งคือการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนเพื่อใช้เป็นสถานที่หรือจุดนัดพบของผู้ป่วยในการมารับบริการกิจกรรมด้านสุขภาพรวมทั้งรับยาเมทาโดนกับทีมงานฝ่ายสาธารณสุขด้วย เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในการเดินทางทั้งของผู้ป่วยและทีมงานด้วย อย่างไรก็ตามปัญหาอย่างหนึ่งที่บางทีมงานยังไม่สามารถแก้ไขได้คือ การนำยาเมทาโดนออกจากโรงพยาบาลไปเก็บรักษาไว้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ศูนย์ลดอันตรายฯตั้งอยู่ ทั้งนี้เพราะบางโรงพยาบาลให้เหตุผลว่าเภสัชกรเท่านั้นเป็นผู้ทำหน้าที่เตรียมและเก็บรักษายาเมทาโดน ดังนั้นบางพื้นที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเดินทางมารับยาเมทาโดนที่โรงพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทางเพราะระยะทางไกล หนทางยากลำบาก ไม่มีค่าเดินทาง เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสขาดยาเมทาโดนและกลับไปเสพติดซ้ำได้

“...สิ่งที่ยากได้รับการสนับสนุน คือเรื่องนโยบาย ใ้เห็นนโยบายมันชัดเจน เรื่องของการบำบัดเรื่องการบริการเมทาโดน ให้สั่งการมาจากข้างบนให้ทุก รพ.สต. รพช. ทุกแห่งให้ความสำคัญกับเรื่องของยาเสพติด ถือเป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งเลย จริง ๆ ของเราอยากขยายจุดบริการ ให้ รพ.สต. ช่วยเรา เราจะได้เบาลง เพราะตอนนี้จุดบริการมีตำบลสามหมื่น ที่เขาลงมาใช้บริการที่นี้ อย่างสามหมื่นนี่ก็ไกล เขาก็ต้องลงมาบริการที่นี้ เราอยากให้ รพ.สต.สามหมื่น ซึ่งมี 2 รพ.สต. มีใจอยากจ่ายเมทาโดน เราจะได้เบาแรง และคนไข้จะได้ไม่ต้องเดินทางไกล...” (ทีมงานอำเภอแม่ระมาด)

“...ตอนนี้มันจะมีปัญหาคือ จำนวนมิลลิกรัมที่กิน อันที่สองก็คือการรับเมทาโดนต้องจ่ายโดยเภสัชกรเท่านั้น ยังคิดปัญหาตรงนี้ต้องอาศัย รพ.เป็นหลักในการให้เมทาโดน...ตอนนี้แก้ไขปัญหาโดยให้คนไข้ถ้าไปรับเองได้ก็ให้ไปรับที่โรงพยาบาลเอง แต่ถ้าไปไม่ได้จริงๆ ทาง สสอ. ก็หารถเข้าไปให้ นะคะอำนวยความสะดวก ส่วนมากก็จ้างเหมารถไป แต่ถ้าขอสนับสนุนจาก อบต.ได้ ก็ขอสนับสนุน

ก็เราจะบอกว่าบางที บางคนรับไม่เท่ากัน รับจำนวนอาทิตย์ ไม่เท่ากัน เราอาจจะสนับสนุนได้แค่เดือนละครั้งเท่านั้น แต่ที่เหลือเค้าก็ต้องช่วยเหลือตัวเองด้วย... ปัญหาคือคนไข้ไม่มีโอกาสกลับไปใช้ฝิ่นอีกหากลงมารับยาไม่ได้..” (ทีมงานอำเภอเชียงดาว)

“.....แบบว่าเวลาเค้าอยากยามาจริงๆ ก็ให้เค้าไปสักวัน สองวัน แล้วก็นัดเค้ามาโรงพยาบาลจริงๆ ถ้าเป็นไปได้อาจมียาไว้เบิกจ่ายแทนโรงพยาบาลเค้ามีไว้แก้ไขเบื้องต้นให้คนไข้เค้ารับไว้ฉุกเฉินสักวันสองวันเท่านั้น ถ้าเกินจากนั้นก็ต้องไปโรงพยาบาลแล้วนะ แต่ตอนนี้ไม่มีให้ ก็ต้องใช้แบบให้กำลังใจคนไข้เท่านั้น คือมาหาเราแล้วแต่ได้แค่กำลังใจ ไม่มียาให้....” (ทีมงานอำเภอเชียงดาว)

7.4) ต้องการการสนับสนุนสื่อสิ่งพิมพ์และเอกสารที่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยเสพติดฝิ่นและครอบครัว

โดยที่พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงานตามโครงการขยายผลโครงการหลวงฯ เป็นที่ราบสูงของประเทศ ชาวบ้านเกือบทั้งหมดเป็นชนเผ่าทั้งกะเหรี่ยง มูเซอ ลีซอ ปากะยอ ม้ง เป็นต้น ดังนั้นปัญหาที่ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่พ้น คือการสื่อสารระหว่างทีมงานและผู้ป่วยเสพติดฝิ่น แม้ว่าในทางปฏิบัติจะมีทีมงานสาธารณสุขและผู้นำชุมชนส่วนหนึ่งสามารถสื่อสารได้ทั้งภาษาไทยและภาษาชนเผ่า ซึ่งสามารถช่วยแก้ไขปัญหาคิดได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามด้วยจำนวนผู้ป่วยที่สมัครใจขอเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพในศูนย์ลดอันตรายฯ ในบางอำเภอมียังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ผลการศึกษาพบว่าทีมงานต้องการการสนับสนุนด้านเอกสาร สื่อวีดิโอ และเอกสารข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลสุขภาพ โดยสื่อต่างๆ เหล่านี้จะต้องจัดทำในภาษาชนเผ่าเท่านั้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าใจได้อย่างถูกต้องและชัดเจน ดังคำสัมภาษณ์

“... อยากได้สื่อแผ่นพับที่เป็นภาษาเขา วีดิโอระยะหลังๆ คนไข้เขาก็ห้วงลูกหลานเขา ในพื้นที่มียาเยอะ กลัวลูกหลานจะติด ถ้ามีให้บ้างผมจะนำมาไลท์แจกชาวบ้านที่โบสถ์...” (ทีมงานอำเภอไชยปราการ)

“....จุดด้อยก็คือ อาจจะสื่อสารกันยากหน่อย สื่อกลับไปหาผู้เสพยาหน่อยเพราะว่าไม่มีโทรศัพท์ การพูดจากันอาจเข้าใจไม่ตรงกัน ถ้ามีเอกสารอะไรที่เป็นภาษาเขาแจกให้เอาไปอ่าน ไปดูก็น่าจะช่วยให้เยอะ..” (ทีมงานอำเภอแม่แตง)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าผลการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่ได้ดำเนินงานในระยะแรก (ปี 2555-2556) พบว่าใน 7 อำเภอมีรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นแบ่งได้ 3 รูปแบบ คือการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นโดยใช้ยามทาโดนทดแทน (Methadone) การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นโดยใช้ยา Codeine และการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นโดยใช้ยา Tamadol ซึ่งผลการบำบัดประสบความสำเร็จได้ดีในระดับหนึ่ง เพราะมีผู้เสพติดฝิ่นบางส่วนสามารถเลิกเสพยาได้ และบางส่วนกินยาทดแทนอย่างต่อเนื่องแทนการเสพยา

ฝืน แต่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเมทาโดนทดแทนระยะยาวจนกว่าจะสามารถเลิกฝืนได้ ดังนั้นในระยะที่ 2 (ปี 2557-2558) จึงได้มีการพัฒนาต่อขอกรอบแบบการบำบัดรักษา ไปอีกขั้นหนึ่งคือมีการจัดตั้ง “ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน” หรือ “Drop-in Center” ในแต่ละพื้นที่จำนวน 14 แห่ง เพื่อเป็นสถานที่หรือแหล่งให้บริการกิจกรรมสุขภาพรวมทั้งการรับยาทดแทนระยะยาว และยังเป็นเอื้ออำนวยทีมงานและผู้ป่วยได้สะดวกและปลอดภัยจากการเดินทางเข้าออกพื้นที่ด้วย ซึ่งศูนย์ลดอันตรายฯแต่ละแห่งให้บริการด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพครอบคลุมกิจกรรม 8-10 ชุคบริการ ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมาทั้งทีมงานฝ่ายสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและครอบครัวผู้ป่วยต่างรู้สึกพึงพอใจต่อผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะสามารถช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ดีขึ้นมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และยังสามารถช่วยเหลือบำบัดให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเลิกเสพยาได้ อย่างไรก็ตามยังพบว่าการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนแต่ละพื้นที่ประสบกับปัญหาที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้จำเป็นต้องมีแนวทางในการแก้ไขเพื่อให้รูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝืนมีความยั่งยืนต่อไป

2.2 ความพึงพอใจต่อการบริการจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของผู้เสพยาฝืน

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80.3) เพศหญิง (ร้อยละ 19.4) มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 34.9) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 31-40 ปี และ 51-60 ปี (ร้อยละ 26.6 และ 19.7 ตามลำดับ) อายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 44.57 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 65.7) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไปและว่างงาน (ร้อยละ 24.2 และ 8.7 ตามลำดับ) (ตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ และอาชีพ

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	อาชีพปรการ (n=55)		หญิงดาว (n=22)		เวียงแหง (n=48)		แม่แตง (n=50)		อมก๋อย (n=26)		ปาย (n=32)		แม่ระมาด (n=56)		รวม (n=289)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ																
ชาย	34	61.8	14	63.6	38	79.2	43	86.0	23	88.5	27	84.4	53	94.6	232	80.3
หญิง	21	38.2	8	36.4	10	20.8	7	14.0	3	11.5	4	12.5	3	5.4	56	19.4
ไม่ระบุ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.1	0	0	1	.3
อายุ (เฉลี่ย ± SD)	45.71 ± 11.10		46.09 ± 13.69		41.96 ± 10.27		46.38 ± 10.26		39.50 ± 6.294		49.92 ± 8.85		43.37 ± 10.94		44.57 ± 10.71	
21-30 ปี	7	12.7	4	18.2	3	6.2	2	4.0	2	7.7	1	3.1	7	12.5	26	9.0
31-40 ปี	9	16.4	4	18.2	20	41.7	14	28.0	16	61.5	2	6.2	12	21.4	77	26.6
41-50 ปี	23	41.8	4	18.2	16	33.3	19	38.0	5	19.2	11	34.4	23	41.1	101	34.9
51-60 ปี	10	18.2	7	31.8	6	12.5	11	22.0	3	11.5	10	31.2	10	17.9	57	19.7
มากกว่า 60 ปี	6	10.9	3	13.6	3	6.2	4	8.0	0	0	8	25.0	4	7.1	28	9.7
อาชีพ																
รับราชการ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.1	0	0	1	.3
ค้าขาย	0	0	0	0	0	0	1	2.0	0	0	0	0	0	0	1	.3
เกษตรกร	32	58.2	16	72.7	36	75.0	17	34.0	17	65.4	28	87.5	44	78.6	190	65.7
ว่างงาน	4	7.3	5	22.7	4	8.3	-	-	9	34.6	1	3.1	2	3.6	25	8.7
รับจ้างทั่วไป	19	34.5	1	4.5	8	16.7	32	64.0	0	0	0	0	10	17.9	70	24.2
ไม่ระบุ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6.2	0	0	2	.7

สำหรับชนิดของยาเสพติดที่เสพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นฝิ่น (ร้อยละ 84.8) รองลงมาคือ ฝิ่นกับยาบ้าและเฮโรอีน (ร้อยละ 4.8 และ 4.2 ตามลำดับ) ซึ่งวิธีการเสพส่วนใหญ่ใช้วิธีการสูบ (ร้อยละ 77.5) รองลงมาคือวิธีการฉีดและกิน/ดื่ม (ร้อยละ 14.5 และ 5.8 ตามลำดับ) (ตารางที่ 22) กลุ่มตัวอย่างมารับบริการด้านสุขภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน โดยได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 54) รองลงมาคือ จากเพื่อนและจากผู้นำชุมชน (ร้อยละ 42.9 และ 18 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่มารับบริการตามนัดทุกครั้ง (ร้อยละ 65.7) รองลงมาคือมาตามนัด บางครั้ง (ร้อยละ 33.6) (ตารางที่ 23) ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เสพยาเสพติด (ร้อยละ 59.5) รองลงมาคือใช้ 1-2 ครั้งต่อเดือน และใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 16.3 และ 13.8 ตามลำดับ) (ตารางที่ 24)

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการเสพยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามชนิดของยาเสพติดที่เสพ และวิธีการเสพ

ข้อมูลการเสพยาเสพติด	ไชยปราการ (n=55)		เชียงดาว (n=22)		เวียงแหง (n=48)		แม่แตง (n=50)		อมก๋อย (n=26)		ปาย (n=32)		แม่ระมาด (n=56)		รวม (n=289)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของยาเสพติดที่เสพ																
ฝิ่น	40	72.7	22	100	48	100	25	50.0	26	100	29	90.6	55	96.2	245	84.8
ยาบ้า	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6.2	0	0	2	.7
เฮโรอีน	0	0	0	0	0	0	12	24.0	0	0	0	0	0	0	12	4.2
เฮโรอีน+ฝิ่น	1	1.8	0	0	0	0	5	10.0	0	0	0	0	0	0	6	2.1
ยาบ้า+เฮโรอีน	0	0	0	0	0	0	3	6.0	0	0	0	0	0	0	3	1.0
ฝิ่น+ยาบ้า	8	14.5	0	0	0	0	5	10.0	0	0	1	3.1	0	0	14	4.8
ฝิ่น+เฮโรอีน+ยาบ้า	2	3.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	.7
ไม่ระบุ	4	7.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.8	5	1.7
วิธีการเสพ																
สูบ	51	92.7	22	100	46	95.8	49	98.0	9	34.6	31	96.9	16	28.6	224	77.5
กิน/ดื่ม	0	0	0	0	2	4.2	1	2.0	0	0	0	0	14	25.0	17	5.8
ฉีด	0	0	0	0	0	0	0	0	17	65.4	0	0	25	44.6	42	14.5
ไม่ระบุ	4	7.2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.1	1	1.8	6	2.1

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการรับบริการที่ศูนย์คัดกรองจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับการ
ชักชวน และการมารับบริการ

ข้อมูลการรับบริการ	ชายปรากการ (n=55)		หญิงดาว (n=22)		เวียงแหง (n=48)		แม่แตง (n=50)		อมก๋อย (n=26)		ปาย (n=32)		แม่ระมาด (n=56)		รวม (n=289)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่ชักชวนเข้ารับบริการที่ศูนย์คัดกรอง																
เพื่อน	11	20	8	36.4	41	85.4	34	68.0	7	26.9	1	3.1	22	39.3	124	42.9
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	32	58.2	17	77.3	1	2.1	30	60.0	16	61.5	25	78.1	35	62.5	156	54.0
ผู้นำหมู่บ้าน	4	7.3	4	18.2	2	4.2	9	18.0	4	15.4	29	90.6	0	0	52	18.0
อื่นๆ(ครอบครัว ลูก)	15	27.3	1	4.5	4	8.3	17	34.0	2	7.7	0	0	12	21.4	51	17.6
การมารับบริการ																
มาตามนัดทุกครั้ง	23	41.8	13	59.1	14	29.2	29	58.0	26	100	32	100	53	94.6	190	65.7
มาตามนัดบางครั้ง	31	56.4	9	40.9	34	70.8	20	40.0	0	0	0	0	3	5.4	97	33.6
ไม่ระบุ	1	1.8	0	0	0	0	1	2.0	0	0	0	0	0	0	2	0.7

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการเสพยาเสพติดในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ

ข้อมูลการเสพยาเสพติด	ไชยปราการ (n=55)		เชียงดาว (n=22)		เวียงแหง (n=48)		แม่แตง (n=50)		อมก๋อย (n=26)		ปาย (n=32)		แม่ระมาด (n=56)		รวม (n=289)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเสพยาเสพติดในปัจจุบัน																
ไม่เสพ	29	52.7	7	31.8	29	60.4	25	50.0	17	65.4	30	93.8	35	62.5	172	59.5
ใช้ 1-2 ครั้งต่อเดือน	20	36.4	1	4.5	2	4.2	7	14.0	6	23.1	2	6.2	9	16.1	47	16.3
ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	4	7.3	3	13.6	8	16.7	13	26.0	2	7.7	0	0	10	17.9	40	13.8
ใช้เกือบทุกวัน	1	1.8	11	50.0	9	18.8	5	10.0	1	3.8	0	0	2	3.6	29	10.0
ไม่ระบุ	1	1.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3

2) ความพึงพอใจต่อการรับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของผู้เสพติดฝิ่น

พบว่าความพึงพอใจต่อการรับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างในทุกอำเภอโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.71) โดยอำเภอป่าายมีระดับความพึงพอใจค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 2.95) รองลงมาคืออำเภออมก๋อย อำเภอแม่แตง อำเภอแม่ระมาด อำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว และอำเภอเวียงแหง (ค่าเฉลี่ย 2.89, 2.80, 2.78, 2.67, 2.54 และ 2.43 ตามลำดับ) โดยความพึงพอใจในรายการ “เจ้าหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างอบอุ่นและจริงใจ” มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 2.88) ส่วนรายการ “ระยะเวลาที่เข้ารับบริการมีความเหมาะสม” มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 2.45) (ตารางที่ 25)

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการรับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอ

รายการ	อายุ ประชากร (n=55)		หญิงสาว (n=22)		วัยหนุ่ม (n=48)		แม่แต่ง (n=50)		อภคัย (n=26)		ป่วย (n=32)		แม่ระมัด (n=56)		รวม (n=289)	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
พึงพอใจต่อการรับบริการ	2.53	.539	2.77	.429	2.79	.410	2.90	.303	2.96	.196	2.97	.177	3.00	.000	2.83	.382
ครอบครัวพึงพอใจที่ผู้ติดเชื้อเข้ารับบริการ	2.53	.504	2.82	.501	2.79	.414	2.90	.303	3.00	.000	3.00	.000	2.98	.134	2.84	.376
สุขภาพดีขึ้นกว่าเดิม	2.78	.417	2.36	.72	2.73	.494	2.82	.388	2.96	.196	2.97	.177	2.86	.353	2.80	.442
สถานที่ตั้งสามารถมารับบริการได้ง่ายและสะดวก	2.15	.891	2.32	.894	2.31	.829	2.72	.454	2.85	.543	2.91	.296	2.79	.414	2.56	.710
รู้สึกปลอดภัยในการเข้ารับบริการ	2.40	.735	2.86	.351	2.46	.651	2.92	.274	2.92	.272	3.00	.000	2.96	.187	2.76	.517
มีสิ่งอำนวยความสะดวกและมากเพียงพอต่อการมารับบริการ	2.82	.389	2.41	.796	2.42	.613	2.76	.431	2.92	.272	2.94	.246	2.79	.414	2.73	.498
เจ้าหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างอบอุ่นและจริงใจ	2.95	.229	2.82	.395	2.54	.504	2.98	.141	2.96	.196	3.00	.000	2.93	.26	2.88	.327
เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	2.93	.262	2.23	.973	2.44	.580	2.90	.364	2.88	.326	3.00	.000	2.59	.496	2.73	.526
เวลาที่เข้ารับบริการมีความเหมาะสม	2.85	.356	2.55	.596	2.31	.689	2.18	.744	2.88	.326	2.91	.296	2.79	.414	2.45	.776
การบริการที่ได้รับความเหมาะสม	2.82	.389	2.68	.568	2.46	.582	2.82	.388	2.96	.196	2.91	.296	2.79	.414	2.76	.449
สามารถนำสิ่งที่ได้รับบริการไปใช้ในชีวิตประจำวันได้	2.69	.466	2.32	.780	2.52	.545	2.82	.438	2.73	.452	2.97	.177	2.63	.489	2.68	.511
คิดจะชักชวนเพื่อนที่ติดเชื้อเข้ารับบริการ	2.64	.589	2.57	.746	2.56	.501	2.88	.328	2.73	.452	2.97	.177	2.29	.706	2.64	.574
ความพึงพอใจโดยรวม	2.67	.267	2.54	.387	2.43	.448	2.80	.173	2.89	.140	2.95	.177	2.78	.140	2.71	.309
ระดับความพึงพอใจ	มาก		มาก		มาก		มาก		มาก		มาก		มาก		มาก	

ผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลแสดงความรู้สึกไปในทางบวกต่อการมารับบริการกิจกรรมทางสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ศูนย์ลดอันตราย โดยสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่ามีความพึงพอใจ คือ พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับยามาทาโดนทดแทนทำให้สามารถทำงาน ประกอบอาชีพได้ ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สถานที่สะอาดและสวยงามการบริการที่ได้รับสะดวกและรวดเร็วการได้รับการตรวจสุขภาพร่างกาย และการได้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์ เป็นต้น

“...เสียค่าเดินทางน้อยกว่า ระยะเวลาสะดวกกว่า บางครั้งหมอเอายาไปส่งถึงที่บ้าน คนที่ไม่มีพาหนะ หมอบริการใจดี หมอสอบถามเป็นใจบ้าง หมอให้ความสะดวกใส่ใจและให้ข้อคิด หมออธิบายให้ฟังว่าวิธีการปฏิบัติตัว วิธีกินยาอย่างละเอียด หมอให้ความรู้ทุกอย่าง สอนให้หมด ชอบที่สุดคือสอนให้เลิกยา บางทีมีการทำกลุ่มกัน....” (ผู้ป่วยอำเภอแม่แตง)

“...เป็นการให้บริการที่ดีมากๆ เพราะนอกจากได้ยามาทาโดนแล้ว ยังได้รับความรู้เรื่องอื่นๆ ด้วย คือหมอ พูดเรื่อง โรคเอดส์ เรื่องการอย่าใช้เข็มฉีดยา เพราะจะทำให้ติดเชื้อโรคได้ และเรื่องอื่นอีก การนัดมารับบริการที่นี้ทำให้เราได้พูดคุยใกล้ชิดกับหมอ ถ้าไปโรงพยาบาลในเมืองไม่ได้คุยกับหมอเลย และได้เจาะเลือด ตรวจร่างกายด้วย ได้ความรู้ นำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ เราสามารถเอาไปดูแลสุขภาพ...” (ผู้ป่วยอำเภอไชยปราการ)

“...ไม่เสียเงินประหยัดค่าใช้จ่าย และสะดวกในการเดินทางพอถึงวันนัดก็หมอไซค์มากัน มาตรงนี้เลยครับ บ่ต้องยื่นบัตร เร็วด้วยครับ ประมาณ บ่นานก็ได้ ชั่ว โมงเดียว คนก็มากันหลายบ้าน ไม่เสียเวลา ไม่เสียเงิน แล้วยังสามารถไปทำงานได้ตามปกติ...” (ผู้ป่วยอำเภอเชียงดาว)

“...ช่วงที่เสพอจะไม่ไปไหน ที่ผมคิดเนีย ผมจะไม่ไปเลยเวลามีงานอะไรไม่กล้าไป แต่ตอนนี้กล้าไปงานศพงานอะไร ออกหน้าออกตา แต่ก่อนสังกรรมึงเกียจเค้าจะเรียกพวกผมว่าจี้ยา พ่อแม่พี่น้องผม ลูกเมียแต่ก่อนปัญหาเยอะ ครอบครัวย่ำแย่ สุขภาพดีครอบครัวก็อบอุ่น ญาติพี่น้องก็ดีใจด้วย ถ้าเราไม่กลับไปเสพอีกอย่างนี้เค้าจะมีความสุขตลอดชีวิต ถ้าเรากลับไปเสพอีกเค้าก็มีความสุข....” (ผู้ป่วยอำเภอกมทิว)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าผู้ป่วยเสพติดฝิ่นส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอย่างมากต่อบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน เพราะนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเดินทางมารับยาเมทาโดนได้สะดวกเนื่องจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) ซึ่งอยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยยังพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพึงพอใจในกิจกรรมชุดบริการด้านสุขภาพที่ศูนย์ลดอันตรายกำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการกับผู้ป่วยเสพติดฝิ่นครอบคลุม 10 ชุดบริการด้วย

บทที่ 7

สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด และพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด รวมทั้งศึกษาความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก ตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 2 ปีงบประมาณ 2557-2558

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม จำนวน 1 ชุด แบบสอบถามความพึงพอใจจำนวน 2 ชุด และแนวคำถามการสนทนากลุ่มจำนวน 4 ชุด เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างได้จากการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie และ Morgan (1970) และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพยาเสพติดจำนวน 289 คน และกลุ่มตัวอย่างเป็นทีมงานบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่จำนวน 53 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 342 คน ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตากภายหลังการอบรมสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนใน 3 พื้นที่ซึ่งทีมงานบุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกันพัฒนาขึ้นได้ผลดังนี้

2.1 รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่ 1 ปี 2555-2556 :พบว่าในพื้นที่ 3 จังหวัด 7 อำเภอใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดแตกต่างกัน 3 รูปแบบ คือ 1) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทน (Methadone Maintenance Treatment:

MMT) ประกอบด้วย 5 อำเภอ คือ อำเภอไชยปราการ อำเภอเวียงแหง อำเภอเชียงดาว อำเภอแม่แตง อำเภออมก๋อยจังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก 2) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ยา Codeine ประกอบด้วย 1 อำเภอ คือ อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ และ 3) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ยา Tamadol ประกอบด้วย 1 อำเภอ คือ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยพบว่า ผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพใน 3 พื้นที่รวมทั้งหมดได้จำนวน 735 คน โดยจังหวัดเชียงใหม่ให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 75.24) รองลงมาคือจังหวัดตาก และจังหวัดแม่ฮ่องสอน (ร้อยละ 21.36 และ 3.40 ตามลำดับ) ส่วนผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดทั้ง 3 พื้นที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 65.72) และที่เลิกเสพยาได้มี 40 คน (ร้อยละ 5.44)

สำหรับประเด็นปัญหาที่ทีมงานในพื้นที่พบว่าเมื่อให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตามประเมินผลผู้ป่วยครบ 1 ปีแล้ว ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ต้องได้รับยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT) เนื่องจากยังไม่สามารถเลิกเสพยาได้ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเดินทางมารับยาเมทาโดนที่โรงพยาบาลอำเภอได้ เนื่องจากเส้นทางการเดินทางในการเข้า-ออกพื้นที่เป็นไปด้วยความยากลำบากเพราะเป็นพื้นที่ราบสูง ระยะทางไกล ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ส่วนทีมงานสาธารณสุขก็เดินทางเข้าพื้นที่ไม่สะดวกและยังเสี่ยงอันตรายสูงหากต้องติดตามและนำยาเข้าพื้นที่ให้ผู้ป่วย ดังนั้นทีมงานและผู้นำชุมชนจึงเห็นสอดคล้องกันว่าจำเป็นต้องพัฒนาต่อขอรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นโดยการจัดตั้ง “ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน” หรือ “Drop-in center” เพื่อใช้เป็นแหล่งหรือสถานที่ให้ผู้ป่วยมารับยา โคนและรับบริการกิจกรรมด้านสุขภาพครอบคลุม 10 ชุมบริการ เพราะนอกจากเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเดินทางมารับยาได้สะดวกและประหยัดค่าเดินทางกว่ามารับบริการที่ โรงพยาบาลอำเภอแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้นำชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือและติดตามให้ผู้ป่วยบำบัดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นการช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยมีโอกาสเลิกเสพยาได้มากขึ้นแล้ว ยังเป็นการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่ที่มีความยั่งยืนด้วย

2.2 การเลือกสถานที่จัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (Drop-in center):

ในปี 2557–2558 พบว่าทีมงานทุกพื้นที่ได้พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดทั้ง 3 พื้นที่ขึ้นไปอีกระดับหนึ่ง โดยมีการดำเนินการจัดตั้ง “ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน” หรือ “Drop-in center” ได้จำนวนทั้งหมด 14 แห่ง โดยใช้สถานที่ของหน่วยงานรัฐเป็นสถานที่จัดตั้งศูนย์ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลประจำอำเภอ และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งหลักการเลือกสถานที่ที่ใช้เป็นศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดใน

ชุมชนของทีมงานคือ เน้นความสะดวกและประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาหรือรับบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและสบายใจในการมารับบริการกับเจ้าหน้าที่ประจำสถานที่ และทีมงานสาธารณสุขสามารถติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้สะดวกและปลอดภัย

2.3 ผลการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน: พบว่าผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่มารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนมาจาก 3 ทาง คือ ผู้ป่วยรายใหม่ที่ทีมงานเข้าพื้นที่เพื่อค้นหาและคัดกรอง (Outreach) ผู้ป่วยรายใหม่ที่สมัครใจรับการบำบัดด้วยตนเอง (Walk in) และผู้ป่วยรายเก่าที่ผ่านจากค่ายบำบัดและยังคงมารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทั้ง 14 ศูนย์ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นครอบคลุมกิจกรรมบริการ 10 ชุดบริการรวมทั้งหมด 816 คน โดยอำเภอแม่ระมาดมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการมากที่สุด (ร้อยละ 31.38) ส่วนผลการบำบัดรักษาโดยภาพรวมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระยะการติดตามการบำบัดฟื้นฟู (ร้อยละ 92.89) และสามารถเลิกเสพติดฝิ่นได้มีจำนวน 147 คน (ร้อยละ 18.01)

2.4 กลยุทธ์ในการดำเนินงาน: ในการต่อยอดการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ พบว่าในปี 2557–2558 ทีมงานมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์หรือวิธีการที่มีความหลากหลายมากขึ้น เริ่มตั้งแต่วิธีการค้นหาและติดตามผู้ป่วยเสพติดฝิ่นในแต่ละชุมชน โดยใช้วิธีการเข้าเยี่ยมบ้าน (Outreach) เพื่อสร้างความไว้วางใจกับชาวบ้าน การใช้เครือข่ายชุมชนค้นหาและส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดและใช้วิธีการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรับการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็น “ชนเผ่า” ที่สามารถสื่อสารหรือพูดคุยกภาษาเดียวกับผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบให้บริการ รวมทั้งกระตุ้นความใส่ใจในการมาบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องโดยใช้วิธีการ “ให้รางวัล” โดยการให้ผู้ป่วยได้รับยามทาโดนใกล้บ้านมากขึ้นหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ทีมงานกำหนดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นและมีความตั้งใจในการพยายามเลิกเสพติดฝิ่นมากขึ้น รวมทั้งช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างทีมงานและผู้ป่วยเป็นไปด้วยความไว้วางใจต่อกันมากขึ้น

2.5 การมีส่วนร่วมของชุมชน: ในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนได้รับความร่วมมือและช่วยเหลือจากผู้นำในชุมชนเป็นอย่างมากซึ่งลักษณะการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนมีดังนี้ ทำหน้าที่ช่วยประชาสัมพันธ์เชิญชวนและแจ้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบำบัดรักษาของทีมงานสาธารณสุขผ่านวิทยุกระจายเสียงชุมชนเป็นระยะๆ มีส่วนร่วมในการเข้าพื้นที่เยี่ยมบ้านแต่ละบ้านเพื่อจูงใจให้ผู้เสพติดฝิ่นเข้ารับการบำบัดรักษาและเป็นธุระช่วยเหลือในการจัดรถรับ-ส่งผู้ป่วยมารับยามทาโดนที่ศูนย์ และช่วยนำตัวผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาในระยะถอนพิษ (Detoxification) ที่โรงพยาบาลอำเภอก่อนส่งต่อมารับบริการที่ศูนย์ลด

อันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนต่อไป รวมทั้งเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามประเมินอาการและประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูเพื่อรายงานความก้าวหน้าให้กับทีมงานสาธารณสุข

2.6 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน :
ในการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นใน 3 พื้นที่พบว่าทั้งทีมงานฝ่ายสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และครอบครัวผู้ป่วยต่างมีความพึงพอใจต่อการเห็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ภายหลังการบำบัดรักษาที่ศูนย์ลดอันตรายฯ โดยมองเห็นภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่วนตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัวมากขึ้น สามารถประกอบอาชีพมีรายได้เลี้ยงครอบครัว มีสุขภาพแข็งแรงขึ้น และมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งสามารถเลิกเสพยาได้ นอกจากนี้แล้วผู้นำชุมชนเห็นการใช้ประโยชน์จากศูนย์ลดอันตรายว่านอกจากเป็นแหล่งให้ข้อมูลข่าวสารและให้บริการทางสุขภาพกับผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นแหล่งให้ผู้ป่วยด้วยกันมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ชีวิตร่วมกัน ได้ด้วย

2.7 ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน:พบว่าจากการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดชุมชนที่ผ่านมา ทีมงานแต่ละพื้นที่ประสบกับปัญหาและอุปสรรคมาก-น้อยแตกต่างกัน โดยภาพรวมปัญหาที่ทีมงานต้องการได้รับการแก้ไขและช่วยเหลือ คือ การช่วยเหลือให้ทีมงานที่รับผิดชอบโครงการขยายผลโครงการหลวงได้รับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่การให้บริการกิจกรรมด้านสุขภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน (Drop in center) อย่างต่อเนื่อง ต้องการความช่วยเหลือในการพัฒนาอาชีพให้กับผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่สามารถเลิกฝิ่นได้แล้ว รวมทั้งต้องการให้สามารถนำยามาเผาโดนไปเก็บรักษาที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนได้เพื่อช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการมารับยาของผู้ป่วย และต้องการการสนับสนุนสื่อสิ่งพิมพ์เกี่ยวกับสุขภาพเพื่อใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ความพึงพอใจต่อการรับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน: ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของผู้ป่วยเสพติดฝิ่นในพื้นที่เป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก พบว่าความพึงพอใจต่อการรับบริการของกลุ่มตัวอย่างในทุกอำเภอโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.71) โดยความพึงพอใจในรายการ “เจ้าหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างอบอุ่นและจริงใจ” มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 2.88) และรายการ “ระยะเวลาที่เข้ารับบริการมีความเหมาะสม” มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 2.45)

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในภายหลังการอบรมสูงขึ้นมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 15) ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินผลการฝึกอบรมทั้งก่อนและหลังการอบรมเป็นไปเพื่อการประเมินผลปฏิกิริยาจากการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในสิ่งที่จัดอบรมให้กับผู้เข้ารับการอบรม โดยการเปรียบเทียบผลการอบรมกับวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม โดยมีเป้าหมายสำคัญคือมุ่งให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์การทำงานของผู้เข้ารับการอบรม สำหรับการจัดอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด และแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่จัดให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ในครั้งนี้ ผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วย แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่หน่วยงานฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ฝ่ายป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และเครือข่ายแกนนำชุมชน ซึ่งลักษณะการจัดอบรมเน้นการแบ่งกลุ่มและนำเสนอความคิดเห็นของกลุ่มมากกว่าการบรรยาย ซึ่งเป็นกระบวนการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้เข้ารับการอบรมที่เป็นผู้ใหญ่ มีความรู้และประสบการณ์การทำงานมาแล้ว ดังนั้นการให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และทัศนคติในการทำงานด้วยกัน ย่อมส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจได้เร็วกว่าการเรียนแบบบรรยาย สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่สมัยใหม่ (Modern adult learning theory) ของ Knowles (Knowles, Holton และ Swanson, 2005) ที่กล่าวว่าผู้ใหญ่จะถูกชักจูงให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีถ้าหากตรงกับความต้องการและความสนใจในประสบการณ์ที่ผ่านมาซึ่งจะก่อให้เกิดความพึงพอใจในการเรียนรู้ในสิ่งที่เรียนอยู่ ดังนั้นภายหลังการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดจึงทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนในการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น

2. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาเสพติดในปี 2555–2556 พบว่าในพื้นที่ 3 จังหวัด 7 อำเภอใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดแตกต่างกัน 3 รูปแบบ คือ 1) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทน (Methadone) 2) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ยาโคเดอิน (Codeine) และ 3) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ยาทรามาดอล (Tarmadol) (สถาบันวิจัยยาเสพติด, 2557) ซึ่งทั้ง 3 รูปแบบหรือวิธีการนั้นถือว่าเป็นวิธีการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มฝิ่นเหมือนกันเพราะเป็นการใช้ยาทดแทนในระยะขั้นถอนพิษ (Detoxification) เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้รับการบำบัดอาการทางกายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด (Physical dependence) หรือที่เรียกว่าอาการถอนยาหรืออาการขาดยา (Withdrawal symptoms) ทำให้ความต้องการยาเสพติด

ลดลงและหมดไปในที่สุด ซึ่งในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดฝิ่นนั้นจำเป็นต้องให้คงเสฟฝิ่น เมื่อหยุดเสฟยาผู้ป่วยจะมีอาการขาดยาเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความทรมานทางร่างกายและจิตใจอยู่ช่วงระยะเวลาหนึ่ง (อังกูร ภัทรกร, 2548)

สำหรับยาที่ช่วยระงับอาการขาดยา (Withdrawal symptoms) ที่มีฤทธิ์คล้ายฝิ่นที่ได้รับความนิยมสูงสุด เนื่องจากสามารถระงับอาการขาดยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ ยาเมทาโดน (Methadone) ซึ่งเป็นยาสังเคราะห์ที่ออกฤทธิ์คล้ายทดแทนยาเสพติดตระกูลฝิ่น ผู้ใช้ยาจึงจำเป็นต้องมีความรอบรู้ และต้องระมัดระวังอย่างยิ่ง (อังกูร ภัทรกร, 2548) ส่วนโคเดอีน (Codeine) เป็นอนุพันธ์ของฝิ่น (Opium) ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง มีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยา คือ ระงับปวดและมีประสิทธิภาพในการระงับอาการไอได้ดีมาก โดยออกฤทธิ์กดศูนย์ควบคุมการไอในสมองและกดศูนย์การหายใจด้วย โคเดอีนจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ดังนั้นการใช้ยาจึงต้องมีคำสั่งแพทย์เท่านั้นเพราะเป็นอันตรายได้ โดยเฉพาะการกินยาโคเดอีนร่วมกับยาแก้ปวด อาจก่อให้เกิดอาการชักได้ง่าย อีกทั้งทำให้ระบบการหายใจทำงานผิดปกติ และมีภาวะหายใจลำบาก (สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด, 2558) สำหรับยา ترامาดอล (Tramadol) เป็นยาในกลุ่ม opioids ใช้บรรเทาอาการปวดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง โดยมีประสิทธิภาพในการบรรเทาปวดได้ดีเทียบเท่ากับอร์พีนสำหรับอาการปวดระดับต่ำถึงปานกลาง แต่มีประสิทธิภาพด้อยกว่ามอร์พีนสำหรับอาการปวดรุนแรง หากใช้ในขนาดที่สูงหรือเกินขนาดอาจทำให้เกิดภาวะกดการหายใจ (Respiratory depression) ให้เกิดอาการเซื่องซึม รุ่มาตาภาวะหายใจไม่สงบ อัตราหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก และอาจทำให้เกิดอาการชักได้มากกว่ายาอื่นในกลุ่ม opioids โดยเฉพาะอาการพิษรุนแรง ได้แก่ โคม่า ชัก ความดันโลหิตต่ำ ดังนั้นการใช้ยา ترامาดอลจึงต้องอยู่ภายใต้การดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น ซึ่งยา ترامาดอลได้รับการควบคุมเป็นยาอันตรายตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 (กองควบคุมวัตถุเสพติด, 2556) ซึ่งการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดฝิ่นใน 3 พื้นที่ 7 อำเภอ แตกต่างกันนั้นเป็นอาจเป็นเพราะการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นจำเป็นต้องพิจารณาตามอาการและประวัติการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาแต่ละคน เช่น อายุ ปริมาณฝิ่นที่ใช้ ระยะเวลาการเสฟติด เป็นต้น เพราะหากใช้ยาที่มีฤทธิ์รุนแรงและไม่เหมาะกับสภาพร่างกาย และโรคประจำตัวอาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ จึงจำเป็นต้องเลือกยาในการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมและบริบทของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ว่ามีความเหมาะสมกับการบำบัดด้วยยาประเภทใดด้วย

ในปี 2557–2558 พบว่าได้มีการพัฒนาต่อออกในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่น ไปอีกระดับหนึ่ง คือ การจัดตั้ง “ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน” หรือ “Drop in

center” จำนวน 14 แห่ง (ตารางที่ 17) ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างที่มงานประสบปัญหาในการติดตาม ประเมินผู้ป่วย และพบว่ายังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่จำเป็นต้องได้รับยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT) เนื่องจากยังไม่สามารถเลิกเสพยาได้ แต่ผู้ป่วยไม่สามารถ เดินทางมารับยาเมทาโดนที่โรงพยาบาลอำเภอได้ ทั้งนี้เพราะเส้นทางสัญจรในการเข้า-ออกพื้นที่เป็นไป ด้วยความยากลำบาก ระยะทางไกล ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ส่วนที่มงานก็เดินทางเข้าพื้นที่ไม่สะดวกและยัง เสี่ยงอันตรายสูงหากต้องติดตามและนำยาเข้าพื้นที่ให้ผู้ป่วย ซึ่งการมีศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ในชุมชนถือได้ว่าเป็นวิธีการบำบัดรักษาแนวทางใหม่ที่มีความยืดหยุ่น ยึดหลักการบำบัดรักษาผู้ป่วยยา เสพติดบนพื้นฐานความแตกต่างของปัจเจกบุคคลและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อลดอันตราย หรือภาวะเสี่ยงอันตรายที่มาจากการใช้ยาเสพติดในขณะที่ผู้ป่วยยาเสพติดยังไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติด ได้ (สถาบันธัญญารักษ์, 2553) ซึ่งแนวปฏิบัติการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นกิจกรรมชุดบริการ ที่หลากหลายที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพสามารถคัดสรรเพื่อเสนอเป็นทางเลือกให้กับผู้ใช้ยาเสพติดในแต่ละ สถานการณ์และแต่ละโอกาส โดยคำนึงถึงความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล สำหรับแนวปฏิบัติด้าน การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านประกอบด้วย 10 ชุดบริการ (ศูนย์กลางนวยการพลัง แผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ, 2558) โดยชุดบริการที่เกี่ยวกับการให้ยาเมทาโดนระยะยาวแล้ว จะต้องมีการดำเนินการควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาอื่นๆอีก 9 ชุดบริการ คือ เพื่อช่วยป้องกันการใช้ อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน การตรวจหาเชื้อเอชไอวี การให้คำปรึกษาหากมีการติดเชื้อเอชไอวีก็ให้การรักษา ด้วยยาต้านไวรัส การป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้ใช้ถุงยางอนามัยสำหรับผู้ฉีดยา เสพติดและคูครอง การให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษา การสื่อสารแก่ผู้ฉีดยาเสพติดและคูครอง การให้ วัคซีน การวินิจฉัยและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ การป้องกัน วินิจฉัย และรักษาวัณโรค (ศูนย์กลางนวยการ พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ, 2558) ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูที่ศูนย์กลางอันตรายจากการ ใช้ยาเสพติดในชุมชนยังคงสามารถดำเนินชีวิตได้ตามกิจวัตรประจำวัน เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ เป็นต้น ซึ่งการมีศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนเท่ากับเป็นการนำวิธีการบำบัดฟื้นฟูเข้าไปไว้ใน ชุมชนเพื่อให้ใกล้บ้านผู้ป่วยมากขึ้น เพราะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขที่ให้การบำบัดสามารถติดตาม ผู้ป่วยได้ทางตรงโดยอาจเยี่ยมบ้าน หรือนัดหมายให้ผู้ป่วยมาพบผู้ให้บริการที่ศูนย์กลางอันตรายฯ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และสามารถให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและความช่วยเหลือได้อย่าง เหมาะสม

ผลดำเนินงานในการให้บริการด้านสุขภาพของศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน พบว่าในปีงบประมาณ 2557 – 2558 มีผู้ป่วยเสพยาฝิ่นที่เข้ารับบริการสุขภาพจากศูนย์กลางอันตรายจาก การใช้ยาเสพติดในชุมชนทั้ง 14 แห่ง ได้จำนวนรวม 816 คน (ตารางที่ 18) ส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในการ

ติดตามการบำบัดฟื้นฟู (ร้อยละ 92.89) และสามารถเลิกเสพยาได้ (ร้อยละ 18.01) (ตารางที่ 19) และชุดบริการที่ผู้ป่วยทุกคนได้รับจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน คือชุดบริการที่ 10 “การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติดรวมถึงกิจกรรมกลับสู่สังคม และการป้องกันการกลับไปเสพยา” (ร้อยละ 100) (ตารางที่ 20) นับได้ว่ารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาฝิ่น โดยใช้วิธีการให้บริการสุขภาพผ่าน “ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน” ประสบความสำเร็จได้ระดับหนึ่ง เพราะสามารถให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเสพยาฝิ่นจำนวนเพิ่มมากขึ้นกว่าปีที่ผ่านมาจากจำนวน 735 คน (ตารางที่ 13) มาเป็น 816 คน (ตารางที่ 18) โดยเฉพาะมีจำนวนผู้ป่วยรายเก่าที่ยังคงติดตามการบำบัดฟื้นฟูต่อเนื่องมากถึง 514 คน (ร้อยละ 62.9) ทั้งนี้เนื่องจากสถานที่ให้บริการส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งอยู่ใกล้บ้านจึงช่วยตอบสนองความต้องการผู้ป่วยในความสะดวกในการเดินทางมารับบริการได้ง่ายขึ้น ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมารับการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องสำหรับชุดบริการที่ 10 “การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติดรวมถึงกิจกรรมกลับสู่สังคม และการป้องกันการกลับไปเสพยา” เป็นชุดบริการที่ผู้ป่วยทุกคนได้รับร้อยละ 100 (ตารางที่ 20) ทั้งนี้เนื่องจากเป็นชุดบริการที่ทีมงานสาธารณสุขมุ่งเน้นให้บริการกับผู้ป่วยทุกคน เพราะเป้าหมายสูงสุดของแนวกิจการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดคือ การช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดสามารถปรับตัวเองให้ลดการใช้ยาเสพติดลง และสร้างสถานภาพการไม่กลับไปเสพยาให้นานขึ้นภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และหาแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขจนสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ (สถาบันวิจัยยาเสพติด, 2553) ดังนั้นชุดบริการที่ 10 จึงเป็นบริการที่ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับบริการ

3. ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนของผู้ป่วยเสพยาฝิ่นในพื้นที่เป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.71) โดยความพึงพอใจในรายการ “เจ้าหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างอบอุ่นและจริงใจ” มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 2.88) และรายการ “ระยะเวลาที่เข้ารับบริการมีความเหมาะสม” มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 2.45) (ตารางที่ 25) ทั้งนี้เนื่องจากโดยปกติแล้วประชากรชาวเขาหรือชนเผ่าเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อยมักจะรักษาตัวเองยกเว้นเมื่อเจ็บป่วยหนักจึงจะเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล ทั้งนี้เพราะการเดินทางยากลำบาก เส้นทางทุรกันดารคิดค่าใช้จ่ายเป็นที่ราบสูงชัน ทำให้เสี่ยงอันตราย ดังนั้น เมื่อมีศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนซึ่งตั้งอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งนอกจากจะอยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยที่ช่วยตอบสนองความต้องการในความสะดวกในการเดินทางมารับบริการแล้ว ยังเป็นหน่วยงานของรัฐทำให้สามารถสร้างความรู้สึกไว้วางใจต่อผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ประการสำคัญคือการใช้บริการยามาตาโดนทดแทนฝิ่นระยะยาวทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถดำเนิน

ชีวิตได้ตามปกติจากเดิมเสฟผื่นแล้วนอนทั้งวันทั้งคืน สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ป่วยระบุว่า การได้รับยาเมทาโดนทดแทนทำให้สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ ช่วยให้สะดวกในการเดินทางมารับบริการ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สถานที่สะอาดและสวยงาม ได้รับการตรวจสุขภาพร่างกาย และการได้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์ ดังนั้นทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากศูนย์ลดอันตรายฯในระดับมาก

นอกจากนั้นแล้วทีมงานที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขยังใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการสร้างความไว้วางใจและให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตั้งใจในการเลิกเสฟผื่นมากขึ้น เช่น การเยี่ยมบ้าน การมีเจ้าหน้าที่ให้บริการที่เป็นคนเผ่า การให้รางวัลเมื่อทำตามเงื่อนไข การติดตามนำยามาให้ที่บ้าน การสร้างอาชีพ เป็นต้น สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ป่วยระบุว่ามีความพึงพอใจในพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น “หมออธิบายให้ฟังว่าวิธีการปฏิบัติตัว วิธีกินยาอย่างละเอียดหมอให้ความรู้ทุกอย่าง สอนให้หมด ชอบที่สุดคือสอนให้เลิกยา” และ “การนัดเรามาบริการที่นี่ทำให้เราได้พูดคุยใกล้ชิดกับหมอ ถ้าไปโรงพยาบาลในเมืองไม่ได้คุยกับหมอเลย ได้เจาะเลือด ตรวจร่างกาย ได้ความรู้นำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้” ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อย่างไรก็ตาม การให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยเสฟผื่นของทีมงานฝ่ายสาธารณสุขจะกำหนดวันนัดให้บริการในแต่ละเดือน ซึ่งผู้ป่วยทุกคนต้องมารับยาเมทาโดนรวมทั้งการบริการกิจกรรม ชุมบริการอื่นๆ ส่งผลให้ศูนย์ลดอันตรายที่มีผู้ป่วยจำนวนมากต้องใช้เวลาในการให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วยนานขึ้นกว่าศูนย์ลดอันตรายที่มีจำนวนผู้ป่วยจำนวนน้อย ดังนั้นจึงพบว่าความพึงพอใจในระยะเวลาที่รับบริการมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1.1 เนื่องจากบางอำเภอยังเพิ่งเริ่มจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสฟผื่นในชุมชน ทำให้การบริการที่ให้กับผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมกิจกรรมชุมชนบริการทั้ง 10 ชุมบริการ ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินการต่อเนื่องและติดตามประเมินผลการดำเนินการเป็นระยะๆ เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการหรือแนวทางในการให้บริการที่สอดคล้องและครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่

1.2 สำหรับอำเภอไชยปราการและอำเภอแม่ระมาดที่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีผู้ป่วยสามารถเลิกเสฟผื่นได้จำนวนหนึ่ง เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสฟซ้ำควรมีแนวทางการช่วยเหลือในการสร้างอาชีพโดยการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพ เช่น สถาบันวิจัยและพัฒนาที่ราบสูง สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสฟผื่น 5 และภาค 6 เป็นต้น

1.3 พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นให้มีความยั่งยืน โดยเน้นการพัฒนาเชิงระบบมากกว่ามุ่งเน้นการบำบัดฟื้นฟูให้ได้จำนวนผู้ป่วยเชิงปริมาณ และควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่มีบทบาทและมีส่วนร่วมดำเนินการบำบัดรักษามากขึ้น ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนอกพื้นที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษาหรือให้ความช่วยเหลือเมื่อมีการร้องขอจากพื้นที่

1.4 ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนทั้ง 14 แห่งควรเสริมสร้างและพัฒนาแกนนำชุมชน อาสาสมัครเครือข่ายชุมชน องค์กรเอกชนในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาและติดตามผู้ป่วยเสพติดฝิ่นรวมทั้งสร้างกระบวนการณรงค์เพื่อนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ให้เข้มแข็งมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้บริหารระดับสูงในหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยยาเมทาโดนทดแทน ควรมีการทบทวนนโยบายเกี่ยวกับผู้รับผิดชอบในการควบคุม การดูแล การเก็บรักษา และการจ่ายเมทาโดนของสถานพยาบาล โดยควรพิจารณาให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีหน้าที่รับผิดชอบในการจ่ายยาเมทาโดนภายใต้การดูแลหรือคำสั่งของแพทย์หรือเภสัชกร ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยเสพติดฝิ่น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชากรชาวเขาหรือชนเผ่าวัยสูงอายุและอาศัยอยู่ในพื้นที่ราบสูง การคมนาคมไม่สะดวกต่อการมารับยาเมทาโดนที่โรงพยาบาลในเมืองด้วยตนเองทุกวัน

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

3.1 ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การเลิกเสพฝิ่นของผู้เสพติดฝิ่นที่สามารถเลิกเสพฝิ่นได้ภายหลังการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มากำหนดเป็นเงื่อนไขในการช่วยให้ผู้เสพติดฝิ่นรายอื่นนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการเลิกเสพฝิ่น

3.2 ควรทำวิจัยการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ที่ทีมงานยังดำเนินการให้บริการสุขภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนยังไม่ครบ 1 ปี เพื่อติดตามและประเมินผลประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในแต่ละพื้นที่

3.3 ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นในแต่ละพื้นที่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กองควบคุมวัตถุเสพติด, 2556. **Tramadol**. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. <http://narcotic.fda.moph.go.th/welcome/?p=4326> เดือน ตุลาคม 2556. สืบค้น 20 สิงหาคม 2558
- เกสร สมพุกข., 2534. **พฤติกรรมการใช้ยาและสารเสพติดของชาวบ้านห้วยน้ำดัง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่: ความคิดเห็นของครอบครัวผู้ติดฝิ่นและเฮโรอีนที่มีต่อการป้องกันและการบำบัดรักษา**. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด, 2555. **สถานภาพการใช้สารเสพติด พ.ศ. 2554 การสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- เกษนทร์ เรือนทอง, วัชรพงศ์ พุ่มชื่น, กฤตยารัฐ ปารมีและวิเชียร ปินดาวงศ์, 2555. **สถานะฝิ่นและ การสร้างการมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนากระบวนการชุมชนเพื่อแก้ปัญหายาเสพติด**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิภูมิพลังชุมชนไทย.
- จิตรลดา อารีย์สันติชัย, อุษณีย์ พึ่งปานและอภิรักษ์ อารัมรัตน์, 2556. “สถานการณ์ฝิ่น พ.ศ. 2545-2554” ในสังเคราะห์สถานการณ์สารเสพติด พ.ศ. 2545-2555, หน้า 83-97. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- พัชรินทร์ สิริสุนทร, 2531. **พฤติกรรมการรักษาและเยียวยาตนเองด้วยฝิ่นของชาวม้งที่เจ็บป่วย: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนม้งแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์**.วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีรวัต อุครานันท์, 2558. **สรุปบททวนวรรณกรรมกรรณการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดฝิ่นของโรงพยาบาล ัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน**. โรงพยาบาลัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน. (เอกสารอัดสำเนา)
- ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดแม่ฮ่องสอน, 2550. **แนวทางการบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นขั้นบำบัดด้วยยา**. กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)
- ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดแม่ฮ่องสอน, 2547. **คู่มือบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่สูงระยะบำบัดด้วยยา**. เชียงใหม่: ดารารัตน์การพิมพ์.

ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด, 2558. คำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 1/2557 เรื่องแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด. คำสั่งลงวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2556. (เอกสารอัดสำเนา)

สถาบันการสำรวจและติดตามการปลูกพืชเสพติด, 2554. รายงานการสำรวจฝิ่นประจำปี 2553-2554.

กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

สถาบันชัญญารักษ์ กรมการแพทย์, 2553. แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สถาบันชัญญารักษ์ กรมการแพทย์, 2555. หลักสูตรอบรมวิทยากรหลัก: การเสริมสร้างพลังทางบวกต่อการให้บริการผู้ใช้ยาและสารเสพติดด้วยวิธีฉีด. สำนักลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด สถาบันชัญญารักษ์. (เอกสารอัดสำเนา).

สถาบันชัญญารักษ์ กรมการแพทย์, 2556. ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือ. สำนักลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติดสถาบันชัญญารักษ์. (เอกสารอัดสำเนา).

สถาบันชัญญารักษ์ กรมการแพทย์, 2557. รายงานผลการดำเนินการและถอดบทเรียนโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนปี 2556. สำนักลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติดสถาบันชัญญารักษ์. (เอกสารอัดสำเนา).

สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2553. แผนแม่บทโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะเวลา 4 ปี (พ.ศ. 2553-2556). เชียงใหม่: สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง.

สลินดา แวสูงเนินและชัยรัตน์ ขจัดพาล, 2544. การรับรู้ต่อการบำบัดรักษาของผู้ป่วยชาวเขาที่เสพติดฝิ่น. โรงพยาบาลชัญญารักษ์และศูนย์บำบัดรักษาเสพติด จังหวัดแม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2555. สถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฝิ่นปี 2545-2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง (องค์การมหาชน), 2556. แผนแม่บทโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2557-2561). (เอกสารอัดสำเนา)

สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด.สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 2556. บทความทาง

วิชาการ สืบค้นจาก office.bangkok.go.th/doh/daptd/article/k.doc

โสภานันท์ นิ่มนวล และคณะ, 2546. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหยุดเสพยาฝิ่นในชาวไทยภูเขาผู้ผ่านการบำบัดรักษาที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแม่ฮ่องสอน. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

อรรรณพ วิสุทธิมรรค, 2529. รายงานการประชุมวิชาการประจำปี 2529 เรื่องการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)

อภิรัตน์ อร่ามรัตน์และคณะ, 2555. ผลการทบทวนเร่งด่วนสถานการณ์ฝิ่นในพื้นที่มก้อย จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2555. เชียงใหม่: ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อังกูร ภัทรการ, 2548. “สารกลุ่มฝิ่น (Opioids)” ใน วิโรจน์ วีรัชย์ และคณะฯ (บรรณาธิการ). ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. หน้า 316-338. สถาบันชัยภูวรักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

Knowles, M; Holton, E. F., III; Swanson, R. A., 2005. **The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development.** 6th ed. Burlington, MA: Elsevier

Krejcie R.V. and Morgan, D.W., 1970. Determining sample size for research activities. **Journal of Education and Psychological Measurement** 30 (March): 607-610.

Stringer, E.T., 1999. **Action research.** New Yoke: Sage Publications.

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม
หลักสูตร “การให้บริการเมทาโดน และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในโครงการขยาย
ผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน”

คำชี้แจง ให้กากบาททับข้อคำตอบที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุดเพียง 1 คำตอบ

1. วัตถุประสงค์ของการลดอันตรายจากการใช้ยา คือ ข้อใด
 - ก. ป้องกันและลดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด
 - ข. ให้ผู้ใช้ยาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามสิทธิที่พึงมี
 - ค. ให้ผู้ใช้ยาเสพติดได้รับการดูแลในฐานะความเป็นมนุษย์
 - ง. ถูกทุกข้อ

2. เป้าหมายของการลดอันตรายจากการใช้ยา มีเป้าหมายอะไรบ้าง
 - ก. เป้าหมายเบื้องต้น เป้าหมายระยะกลาง เป้าหมายสูงสุด
 - ข. เป้าหมายเบื้องต้น เป้าหมายเฉพาะ เป้าหมายสูงสุด
 - ค. เป้าหมายเบื้องต้น เป้าหมายระยะสั้น เป้าหมายเฉพาะ เป้าหมายสูงสุด
 - ง. เป้าหมายเบื้องต้น เป้าหมายระยะสั้น เป้าหมายระยะกลาง เป้าหมายสูงสุด

3. เป้าหมายสูงสุดของการลดอันตรายจากการใช้ยา คืออะไร
 - ก. ปกป้อง ป้องกันและดูแลการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติด
 - ข. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเองให้ลดการใช้ยา และสร้างสถานภาพการไม่กลับไปเสพซ้ำให้นานขึ้น และพบแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขจนถึงหยุดใช้ยาเสพติด
 - ค. อันตรายต่างๆ ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด และไม่ถูกดำเนินคดี
 - ง. ดึงผู้ใช้ยาเสพติดออกจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมายและหยุดฉีด

4. ชุดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบครบวงจรมีจำนวนเท่าไร

ก. 9	ข. 10
ค. 11	ง. 12

5. ข้อใดที่ไม่ใช่ชุดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบครบวงจร

ก. การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด	ข. การแจกถุงยางอนามัย
ค. การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ง. การจัดบริการเชิงรุก (OUT REACH)

6. ผู้ใช้ยาเสพติดสามารถป้องกันแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบีและซีได้ด้วยวิธีใด
- ก. ไม่ใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกัน ข. ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์
- ค. ไม่รับประทานอาหารร่วมกัน ง. ถูกเฉพาะข้อ ก. และข้อ ข.
7. ความรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาที่จำเป็นสำหรับผู้ที่ใช้ยาเสพติดมีอะไรบ้าง
- ก. ความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบีและซี ข. วิธีการใช้ถุงยางอนามัย
- ค. การบำบัดรักษาการติดยาเสพติด ง. ถูกทุกข้อ
8. หลักการในการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจที่ถูกต้อง
- ยกเว้น ข้อใด
- ก. ลงชื่อยินยอมในหนังสือแสดงความสมัครใจตรวจเลือด
- ข. ให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง
- ค. พุดโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี
- ง. ถูกทั้งข้อ ข. และข้อ ค.
9. ในปัจจุบันยาที่ใช้เป็นลำดับแรกในการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีนหรือฝิ่น คือยาอะไร
- ก. ยานอนหลับ ข. เมทาโดน
- ค. ยาต้านซึมเศร้า ง. ยามูพรีนอร์ฟีน
10. การปรับยามเมทาโดนในโปรแกรมเมทาโดนระยะยาว ควรเพิ่มยาในวันที่เท่าใด
- ก. วันที่ 4 ข. วันที่ 5
- ค. วันที่ 6 ง. วันที่ 7
11. ประโยชน์ที่ผู้ใช้ยาเสพติดจะได้รับจากการบำบัดด้วยโปรแกรมเมทาโดนระยะยาว ได้แก่ข้อใด
- ก. ลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี
- ข. ลดความรุนแรงของปัญหาอาชญากรรมเนื่องจากการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์
- ค. ลดอัตราเสี่ยงจากการเสียชีวิตจากการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์
- ง. ถูกทุกข้อ
12. ข้อใดเป็นอาการแสดงของการได้รับเมทาโดนเกินขนาด
- ก. หัวใจเต้นเร็ว ข. ความดันโลหิตสูง
- ค. รุมนานตาหดเล็กเท่ารูเข็ม ง. หายใจเร็ว

13. การให้เมทาโดนไปปรับประทานที่บ้านตามกฎหมายกำหนดไว้ ในขนาดเท่าใด
- ก. 300 มิลลิกรัม /สัปดาห์ ข. 350 มิลลิกรัม /สัปดาห์
ค. 400 มิลลิกรัม /สัปดาห์ ง. 500 มิลลิกรัม /สัปดาห์
14. สถานที่ที่จัดกิจกรรมและให้บริการที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ใช้ยาเสพติดและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เรียกว่าอะไร
- ก. บ้านพักใจ ข. คลินิกสีขาว
ค. ศูนย์ลดอันตราย ง. ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือ (drop in center)
15. สถานที่ที่เหมาะสมในการจัดตั้ง drop in center ยกเว้น ข้อใด
- ก. ใกล้ที่พักอาศัยของกลุ่มเป้าหมาย
ข. มีความปลอดภัยทั้งภัยธรรมชาติและอาชญากรรม
ค. เป็นสถานที่ที่โดดเด่น สะดุดตาแก่ผู้พบเห็น
ง. สะดวกในการเดินทาง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้าอบรม
หลักสูตร “การให้บริการเมทาโดน และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในโครงการขยาย
ผลโครงการหลวง เพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน”

คำชี้แจง กรุณาเติมคำในช่องว่างและใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1 ชาย 2 หญิง
2. อายุ ปี
3. วุฒิการศึกษา 1 ประถมศึกษา 2 มัธยมศึกษาตอนต้น
 3 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. 4 ปวส./อนุปริญญา
 5ปริญญาตรี 6 สูงกว่าปริญญาตรี
4. ตำแหน่งปัจจุบัน..... สังกัดหน่วยงาน.....
 อำเภอ
5. ประสบการณ์ทำงานด้านยาเสพติดจำนวน ปี

2. ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม

อันดับ	รายการ	ระดับความคิดเห็น			
		มากที่สุด (4)	มาก (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
	เนื้อหาหลักสูตร/วิธีการฝึกอบรม				
1	ท่านได้รับความรู้จากการอบรมในครั้งนี้				
2	ท่านสามารถนำความรู้และประโยชน์ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติงาน				
3	ความเหมาะสมของระยะเวลาในการอบรม				
4	บรรยากาศในการอบรม				
5	ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ				
6	การใช้วัสดุทัศนูปกรณ์				
7	การให้ผู้เข้าอบรมมีส่วนร่วม				
	วิทยากร				
8	สื่อสารเข้าใจ				
9	มีความเป็นกันเอง				
10	มีความรู้ความสามารถ				
11	ให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์และเสนอแนะสิ่งต่างๆ				
12	การเปิดโอกาสให้ซักถาม				
	ความพึงพอใจโดยรวม				

3. ข้อเสนอแนะอื่น

.....

.....

.....

.....

.....

ชุดที่ 3 แนวคำถามการสนทนากลุ่มทีมทำงาน

1. ตั้งแต่ดำเนินการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดมีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับบริการจำนวน มากน้อยเพียงใด เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ อย่างไร
2. เพราะอะไรที่ทีมงานถึงเลือกรูปแบบหรือวิธีการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดอย่างนี้ ให้เล่าการทำงานตั้งแต่เริ่มต้นมีแนวทางการทำงานอย่างไร ในการดำเนินงานพบปัญหาอุปสรรค อะไรบ้าง มีแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคอย่างไร
3. คิดว่ารูปแบบหรือวิธีการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดอย่างนี้มีความเหมาะสมกับ บริบทของพื้นที่อย่างไร ที่ผ่านมาผู้นำชุมชนและผู้วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาคิดอย่างไรกับรูปแบบ หรือวิธีการนี้
4. กลยุทธ์หรือการจูงใจให้ผู้นำชุมชนและประชากรในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการ บำบัดรักษาผู้ป่วยทำอย่างไรบ้าง มีวิธีการอย่างไรบ้าง
5. จุดดีและจุดด้อยของการให้บริการบำบัดรักษารูปแบบหรือวิธีการนี้มีอย่างไรบ้าง เพราะ อะไร และทีมงานมีแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนารูปแบบหรือวิธีการให้มีประสิทธิภาพหรือให้ เกิดความยั่งยืนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไรบ้าง
6. ความพึงพอใจผลงานที่ดำเนินงานผ่านมาของทีมงานเป็นอย่างไรบ้าง พอใจอะไรมากที่สุด เพราะอะไร ไม่พอใจอะไรมากที่สุดเพราะอะไร
7. ทีมงานมีข้อเสนอแนะหรือต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้างเพื่อให้การดำเนินงาน บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในอนาคตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการเข้ารับบริการในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา

อำเภอ..... จังหวัด

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1 ชาย 2 หญิง
2. อายุ ปี
3. อาชีพ
4. ยาเสพติดที่ใช้
5. วิธีการเสพ
6. ปริมาณยาเสพติดที่เสพต่อวัน
7. ผู้ชักชวนท่านเข้าร่วมกิจกรรมในศูนย์ลดอันตราย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> เพื่อน	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่
<input type="checkbox"/> ผู้นำหมู่บ้าน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ
8. ท่านเข้ารับบริการในศูนย์ลดอันตรายบ่อยแค่ไหน

<input type="checkbox"/> ทุกครั้งที่นัด	<input type="checkbox"/> มาตามนัดได้บางครั้ง
---	--
9. ปัจจุบันท่านยังใช้ยาเสพติดหรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช้ 1-2 ครั้งต่อเดือน
<input type="checkbox"/> ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	<input type="checkbox"/> ใช้เกือบทุกวัน
10. ท่านได้รับบริการจากศูนย์ลดอันตรายดังนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> สุขศึกษาและข้อมูลสุขภาพ	<input type="checkbox"/> ตรวจเชื้อ HIV
<input type="checkbox"/> ตรวจรักษาโรค.....	<input type="checkbox"/> รับบริการเมทาโดน
<input type="checkbox"/> กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน	<input type="checkbox"/> รับบริการถุงยางอนามัย
<input type="checkbox"/> ฟันฟูสมรรถภาพ	<input type="checkbox"/> บริการเกี่ยวกับเข็มและอุปกรณ์การฉีดที่สะอาด

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการในศูนย์ต่อต้านทรายจากการใช้ยาเสพติด

รายการ	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการ			
2. ครอบครัวยของท่านพึงพอใจที่ท่านเข้ารับบริการ			
3. สุขภาพของท่านดีขึ้นกว่าเดิม			
4. สถานที่ตั้งศูนย์ฯท่านสามารถมารับบริการได้ง่ายและสะดวก			
5. ท่านรู้สึกปลอดภัยในการเข้ารับบริการที่ศูนย์ฯ			
6. ศูนย์ฯมีสิ่งอำนวยความสะดวกและมากเพียงพอต่อการมาใช้บริการ			
7. เจ้าหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างอบอุ่นและจริงใจ			
8. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับท่าน			
9. เวลาที่ใช้ในการเข้ารับบริการมีความเหมาะสม			
10. การบริการที่ได้รับในศูนย์ฯเหมาะสม			
11. ท่านสามารถนำสิ่งที่ได้รับบริการจากศูนย์ฯไปใช้ในชีวิตประจำวันได้			
12. ท่านคิดจะชักชวนเพื่อนที่ใช้ฝิ่นเข้ารับบริการที่ศูนย์ฯ			

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ชุดที่ 5 แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการเตรียมการดำเนินงานศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

1. วัน เวลา และสถานที่ในการประชุม
2. รายชื่อผู้ที่เข้าร่วมประชุมและตำแหน่งทั้งหมด
3. วัตถุประสงค์ในการประชุมครั้งนี้
4. สถานที่ที่กำหนดให้เป็นศูนย์ลดอันตรายฯ เพราะอะไรจึงใช้ที่นี่ (ถ้ามีให้ถ่ายรูปมาด้วย)
5. คิดว่าบริการที่จะให้ในศูนย์ลดอันตรายฯ นี้มีอะไรบ้าง (ใน 10 ชุดบริการ) ให้เรียงลำดับว่าบริการอะไรจะให้ลำดับที่เท่าไร อะไรที่ทำได้ก่อน
6. ในศูนย์ลดอันตรายฯ นี้จะให้ใครเป็นผู้ดำเนินการ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือคนอื่น เช่น อสม.)
7. กรณีที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการศูนย์ลดอันตรายฯ ได้มีการเตรียมผู้ที่จะมาดำเนินการอย่างไร
8. อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จะใช้ภายในศูนย์ลดอันตรายฯ นี้มีอะไรบ้าง มีการเตรียมอย่างไร ใครเป็นผู้เตรียม
9. ภายในศูนย์ลดอันตรายฯ จะมีระบบบริหารจัดการอย่างไร เมื่อมีผู้ป่วยมาจะดำเนินการอย่างไร
10. ขั้นตอนการค้นหาผู้ป่วยเข้ามาดำเนินการอย่างไร

ชุดที่ 6 แนวคำถามการสนทนากลุ่มแกนนำชุมชน

1. ท่านเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ครั้งนี้อย่างไร ให้ท่านเล่าตั้งแต่เริ่มต้นเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาแบบนี้
2. คิดอย่างไรกับวิธีการบริการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดแบบนี้ของเจ้าหน้าที่ เพราะอะไร วิธีการนี้มีข้อดีและข้อด้อยอย่างไรบ้าง วิธีการบำบัดแบบนี้แตกต่างจากการบำบัดแบบเดิมอย่างไรบ้าง ประโยชน์ที่ผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ของท่านได้รับคืออะไร
3. ท่านคิดว่าวิธีการบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดอย่างนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ท่านอย่างไร ที่ผ่านมามีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาคิดอย่างไรกับวิธีการบำบัดแบบนี้ ปัญหาหรืออุปสรรคในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยในพื้นที่ท่านมีอะไรบ้าง เพราะอะไร
4. ท่านมีกลยุทธ์หรือใช้วิธีการจูงใจให้ผู้ป่วย/ครอบครัวของผู้ป่วย/ประชากรในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ประชาชนในชุมชนของท่านรู้เรื่องวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบนี้หรือไม่ ท่านได้ดำเนินการเรื่องนี้อย่างไรเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่รับทราบข้อมูลการบำบัดรักษาแบบนี้
5. จุดดีและจุดด้อยของการให้บริการบำบัดรักษาแบบนี้มีอะไรบ้าง เพราะอะไร และท่านต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปรับปรุงหรือพัฒนาวิธีการบำบัดรักษาในเรื่องอะไรบ้าง
6. ท่านมีความพึงพอใจต่อผลงานที่ดำเนินงานผ่านมาของเจ้าหน้าที่บำบัดเป็นอย่างไรบ้าง พอใจเรื่องอะไรมากที่สุด เพราะอะไร และไม่พอใจเรื่องอะไรมากที่สุด เพราะอะไร
7. ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรบ้างเพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่เข้ารับบริการบำบัดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องตลอดไป

**ชุดที่ 7 แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน
และครอบครัว**

1. ท่านมารับบริการที่นี่เป็นครั้งที่เท่าไร ก่อนหน้านั้นเคยไปรับบริการรักษาที่ไหนมาก่อนบ้าง แล้วบริการที่ได้รับแตกต่างจากที่นี่อย่างไรบ้าง
2. ท่านคิดอย่างไรกับวิธีการบริการบำบัดรักษาอย่างนี้ เพราะอะไร ในความคิดเห็นของท่านวิธีการนี้มีข้อดีและข้อด้อยอย่างไรบ้าง
3. วิธีการให้บริการบำบัดรักษาอย่างนี้เหมาะสมกับท่านและประชาชนในพื้นที่อย่างไร ที่ผ่านมามีท่านคิดอย่างไรกับวิธีการบำบัดรักษาแบบนี้
4. ผู้นำชุมชนและสมาชิกในครอบครัวของท่านส่วนร่วมในการบำบัดรักษาอย่างไรบ้าง ครอบครัวช่วยเหลือท่านอย่างไรบ้าง ผู้นำชุมชนมีส่วนช่วยเหลือท่านในเรื่องอะไรบ้าง
5. ท่านอยากให้เจ้าหน้าที่บำบัดรักษาที่นี่ปรับปรุงหรือพัฒนาวิธีการให้ดีขึ้นในเรื่องอะไรบ้าง เพราะอะไร
6. ความพึงพอใจต่อผลงานที่ดำเนินงานผ่านมาของเจ้าหน้าที่บำบัดรักษาอย่างไรบ้าง ท่านพอใจอะไรมากที่สุดเพราะอะไร และไม่พอใจอะไรมากที่สุดเพราะอะไร
7. ท่านมีข้อเสนอแนะ/ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องอะไรบ้างเพื่อให้ท่านสามารถมารับบริการบำบัดรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

ภาคผนวก ข

กิจกรรมการบำบัดฟื้นฟู

และศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน

รูปภาพกิจกรรมในพื้นที่ อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่



รูปภาพกิจกรรมในพื้นที่ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่



รูปภาพกิจกรรมในพื้นที่ อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่



รูปภาพกิจกรรมในพื้นที่ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่



รูปภาพกิจกรรมในพื้นที่ อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่



รูปภาพกิจกรรมในพื้นที่ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน



รูปภาพกิจกรรมในพื้นที่ อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก



ภาคผนวก ค
รายชื่อที่ปรึกษาโครงการ และรายชื่อนักวิจัยภาคสนาม

รายชื่อที่ปรึกษาโครงการ

1. นายแพทย์วีโรจน์ วีระชัย ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
2. ผศ.ดร.สุชาดา รัชชภูทก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร
3. นายแพทย์ชวลิต เปสลาพันธ์ ผู้อำนวยการสำนักป้องกันและลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด
4. นายแพทย์จรัสพงษ์ อุทัยศิลป์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ระมาด
5. นางนภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

รายชื่อผู้วิจัยภาคสนาม

พื้นที่	ผู้ประสานงาน	ผู้เก็บข้อมูลภาคสนาม
จังหวัดเชียงใหม่		
อำเภอไชยปราการ	นางสาวขวัญชนก	เตจ๊ะฟอง น.ส.นภาพร มีหน้อย นางมันทนา งามรูป
อำเภอแม่แตง	นายบัญญัติ	ทองทศ แพทย์หญิงพอใจ มหาเทพ นายกิตติภัทร อ่างบุญตา
อำเภอเชียงดาว	นางสาวขวัญชนก	เตจ๊ะฟอง นางเปรมจิต พานพบ นางสาวฉัฐวดี อารีหนู
อำเภอเวียงแหง	นายบัญญัติ	ทองทศ นางสาวจุฬาลักษณ์ วิชума
อำเภอมก๋อย	นางมณฑิรา	เมธา นายเกรียงไกร บุญจี
จังหวัดแม่ฮ่องสอน		
อำเภอปาย	นางวิมลรัตน์	อำพัน นางสาวพนารัตน์ ปลั่งกลาง นางปรีชากร รักัญญะการ
จังหวัดตาก		
อำเภอแม่ระมาด	นางศลิษา	สรวิชัย นางบุญรัตน์ ไหม่ม่อง นายชัยพร จินะการ



พิมพ์ที่: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, พ.ศ. 2558
โทรศัพท์ 0-2564-3104 ถึง 6
โทรสาร 0-2564-3119
<http://www.thammasatprintinghouse.com/>