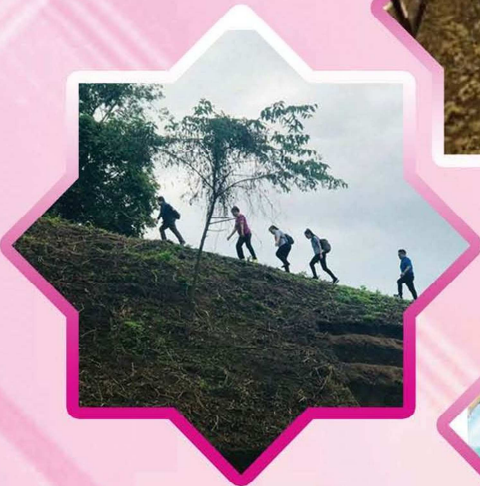




รายงานการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหัวเข้ารักษา
การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ
ที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด
: กรณีศึกษาโครงการขยายผลโครงการหลวง
เพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน



สำเนา นิลขรภ
เฮวแหว๋ นาคะโฮชินสกุล
ลัดดา ขอบทอ
สุกมา แสวเดือนฉาย
ชัยญา ลีวิธิต
ผศิษ มุณขรภ
นันทนา อินทภภษม

กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี
กลุ่มงานป้องกันและลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับการบำบัดรักษาและ
ฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด :
กรณีศึกษาโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหา
พื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน

สำเนา	นิลบรรพ์
เยาวเรศว์	นาคะโยธินสกุล
ลัดดา	ขอบทอง
สุกuma	แสงเดือนฉาย
ธัญญา	สิงห์โต
ศศิธร	คุณธรรม
นันทณา	อินทรพรหม

กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี
กลุ่มงานป้องกันและลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

Quality of Life of Opium Addicts After Treatment and
Rehabilitation at Drop in center : Case Study the Expanding of
the Royal Project Model to Sustainably Solve Opium poppy
Cultivation Program

Sumnao	Nilaban
Yaowares	Nakayotinsakul
Ladda	Khobthong
Sukuma	Sangdueanchai
Thanya	Singto
Sasiton	Koontham
Nantana	Inprom

Research and Technology Assessment Division
Prevention and Harm Reduction Division
Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment
Department of Medical Service
Ministry of Public Health

2019

บทคัดย่อ

ชื่อวิจัย: คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด: กรณีศึกษาโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน

คณะผู้วิจัย: สำเนา นิลบรรพ์, เยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล, ลัดดา ขอบทอง, สุกุมารแสงเดือนฉาย, ธีัญญา สิงโต, ศศิธร คุณธรรม และ นันธณา อินทร์พรหม

วันเดือนปี: 31 มีนาคม 2562

.....

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการเข้ารับบริการอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา รวมทั้งศึกษาคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นจำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลภายหลังเข้ารับบริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการทางสุขภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดใน 6 อำเภอ ได้แก่ อำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง อำเภอแม่แตง อำเภออมก๋อย และอำเภอแม่ระมาด จำนวนรวม 565 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่น ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วย Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .829 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และเปรียบเทียบรายคู่ด้วย scheffe's method

ผลการวิจัย มีดังนี้

1. อัตราการเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพติดฝิ่นที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอพบว่า ในปี 2558 มีจำนวนรวม 736 คน และในปี 2559 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็น 1,003 คน โดยอำเภออมก๋อยมีผู้เสพติดฝิ่นเข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด (ร้อยละ 47.88)

2. อัตราการให้บริการทางสุขภาพครอบคลุม 10 ชุดบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอให้บริการกับผู้เสพติดฝิ่นพบว่า กิจกรรมบริการทางสุขภาพที่ผู้เสพติดฝิ่นทุกคนได้รับจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (ร้อยละ 100) มี 6 ชุดบริการ คือ ชุดบริการที่ 1 ชุดบริการที่ 2 ชุดบริการที่ 5 ชุดบริการที่ 8 ชุดบริการที่ 9 และชุดบริการที่ 10 ส่วนชุดบริการที่ให้บริการน้อยที่สุด คือ ชุดบริการที่ 3 (ร้อยละ 23.33)

3. อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้เสพติดฝิ่นที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอพบว่า ในปี 2559 มีผู้เสพติดฝิ่นเข้าบำบัดรวม 1,003 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ยังคงอยู่ในระบบการบำบัด (ร้อยละ 88.83) ส่วนที่เหลือได้รับการจำหน่ายออกจากระบบการบำบัดเนื่องจาก เสียชีวิตด้วยโรคประจำตัว ย้ายออกนอกพื้นที่ ติดคุก เสพฝิ่นซ้ำ (ร้อยละ 11.17) โดยอำเภอเชียงดาวมีผู้เสพติดฝิ่นคงอยู่ในระบบการบำบัดสูงสุด (ร้อยละ 100) และอำเภอแม่ระมาดมีจำนวนผู้เสพติดฝิ่นคงอยู่ในระบบการบำบัดต่ำสุด (ร้อยละ 68.34) ซึ่งผู้เสพติดฝิ่นที่ยังคงอยู่ในระบบการบำบัดพบว่าทุกคนยังคงเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 100)

4. คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอพบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.65) โดยด้านความผาสุกในชีวิต ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม และด้านร่างกายต่างก็อยู่ในระดับมากเช่นกัน (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68-3.83) ส่วนด้านอาชีพและรายได้พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.21)

5. ผู้เสพติดฝิ่นที่มีเพศ อาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดต่างกัันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้เสพติดฝิ่นที่อายุต่างกัันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

Abstract

This descriptive research aimed to study the receiving service and the retention rate of opium addiction treatment program as well as to study the quality of life and compare quality of life for opium addicts after treatment and rehabilitation at Drop in Centre. The purposive sampling was the method of selecting a sample group for this study. The sample group of 565 people is the opium addicts who used health service at Drop in Centre in six districts consist of Chai Prakan, Chiang Dao, Wiang Haeng, Mae Taeng, Omkoi, and Mae Ramat. The record form and the quality of life questionnaire for opium addicts are tools for collecting data. The reliability of questionnaire evaluated by Cornbrach's alpha coefficient was 0.829. The data was analyzed by descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation, t-test, and one way ANOVA with scheffe's method.

Results

1. The rate of receiving treatment and rehabilitation at Drop-in Centre in 2015 was 736 people and increased to 1,003 people in 2016.

2. Activities of health service were provided to all opium addicts at Drop-in Centre (100%) were the 1st service set, 2nd service set, 5th service set, 8th service set, 9th service set and 10th service set. The less service rate was 3rd service set (23.33%).

3. The majority of retention rate for opium addiction treatment at Drop-in Centre in 2016 was people who remained in the treatment system (88.83%). The rest have been deleted from the system due to deaths of own disease, moving out, getting in jail and opium addiction relapse (11.17%).

4. The quality of life for opium addicts after treatment and rehabilitation at Drop-in Centre showed that the overall result was at high level (average value=3.65). The results of well-being, psychological and emotional, social and health section were also high (average value=3.68-

3.83). The result of career and income section were moderate (average value=3.21).

5. Opium addicts with different gender, occupation, income and duration of the receiving service at drop-in center have different quality of life with statistical significance at the level of .05 but not among with different age.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.สุชาติ ราชชุกุล ผู้เป็นทั้งครู และเปรียบเสมือนมารดาผู้มีพระคุณ ที่คอยให้คำปรึกษา แนะนำ อบรม สั่งสอน ทั้งในเรื่องการทำงาน การดำเนินชีวิต ตลอดจนเรื่องต่างๆ ด้วยความรัก ห่วงใย และปรารถนาดี ที่ทำให้คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและสามารถดำเนินงานตามโครงการขยายผล โครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนจนสำเร็จ

ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อำเภอไชยปราการ แม่แตง เวียงแหง เชียงดาว อมก๋อย และแม่ระมาด ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการจัดทำเครื่องมือการวิจัย และผู้ที่ช่วยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ตลอดจนคณะทำงานในพื้นที่ทุกคน และโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ที่ร่วมฟันฝ่า และแก้ไขปัญหาอุปสรรคนานับประการ จนกระทั่งการดำเนินงานตามโครงการขยายผลฯของแต่ละพื้นที่ประสบความสำเร็จ มีชื่อเสียง เป็นแหล่งศึกษาดูงานการบำบัดผู้เสพยาเสพติดทั้งในและต่างประเทศ

สุดท้ายขอขอบคุณผู้ป่วยเสพยาเสพติดทุกคนที่ให้ข้อมูลในการวิจัย ขอให้ทุกคนประสบความสำเร็จในการเลิกเสพยา กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นผู้นำครอบครัว และกำลังสำคัญของประเทศชาติต่อไป

คณะผู้วิจัย
มีนาคม 2562

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์ในการวิจัย.....	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน.....	8
ชาวเขา ฝิ่น การลักลอบปลูกฝิ่น และพยาธิวิทยาในกลุ่มผู้เสพยาฝิ่น	20
แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	29
คุณภาพชีวิต องค์ประกอบคุณภาพชีวิต และการวัดคุณภาพชีวิต.....	54
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ.....	72
กรอบคิดการวิจัย	82
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	85
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	85
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	87

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	83
การวิเคราะห์ข้อมูล	90
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	91
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล	115
บรรณานุกรม	135
ภาคผนวก	143
ภาคผนวก ก ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแบบสอบถามคุณภาพ ชีวิตรายข้อ	145
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	159
ภาคผนวก ค รายชื่อที่ปรึกษาโครงการ และรายชื่อนักวิจัยภาคสนาม.....	169

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	10
พื้นที่ดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2553-2556)	
2	11
พื้นที่ศูนย์ปฏิบัติการโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2557-2561)	
3	86
จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้และที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้จริง จำแนกตามอำเภอ	
4	93
จำนวนและร้อยละของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ ปีงบประมาณ 2558 - 2559 จำแนกตามอำเภอ	
5	95
จำนวนและร้อยละของกิจกรรมบริการทางสุขภาพที่ผู้เสพติดฝิ่นได้รับการจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ ในปีงบประมาณ 2559 จำแนกตามกิจกรรมการบริการสุขภาพครอบคลุม 10 ชุดบริการ.....	
6	99
จำนวนและร้อยละของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการและผู้ที่ยังคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในปี 2559 จำแนกตามอำเภอ	
7	101
จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ เชื้อชาติ พื้นที่อาศัย อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเข้ารับบริการ ค่าใช้จ่ายในการเสพฝิ่น และการเสพฝิ่นปัจจุบัน.....	
8	104
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกรายด้าน	
9	105
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จำแนกรายอำเภอ	

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกในชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกรายข้อ	106
11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและอารมณ์ ของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกรายข้อ	107
12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมของกลุ่ม ตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกรายข้อ	108
13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของกลุ่ม ตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกรายข้อ	109
14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตด้านอาชีพและรายได้ ของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกรายข้อ	110
15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามเพศ.....	111
16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามอายุ	111
17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามอาชีพ	112

สารบัญญัตราสาร (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
18	112
เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้ง 6 อำเภอ เป็นรายคู่ จำแนกตามอาชีพ	
19	113
เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามรายได้	
20	113
เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้ง 6 อำเภอ เป็นรายคู่ จำแนกตามรายได้	
21	114
เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการ ใช้ยาเสพติด	
22	114
เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้ง 6 อำเภอ เป็นรายคู่ จำแนกตามระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลด อันตรายจากการใช้ยาเสพติด	

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ได้ดำเนินงานมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2552 เป็นต้นมา โดยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาคาปลูกฝิ่นและการเสพยาฝิ่นอย่างจริงจังในพื้นที่สูงในเขตภาคเหนือ 3 จังหวัด ประกอบด้วย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และตาก เนื่องจากพบว่าในพื้นที่ดังกล่าวยังคงมีปัญหาจากการมีพื้นที่ปลูกฝิ่นในปี 2550 - 2551 จำนวน 1,800 ไร่ จากหมู่บ้าน 115 หย่อมบ้าน 15 ตำบล ใน 7 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง อำเภอแม่แตง อำเภออมก๋อย อำเภอไชยปราการ อำเภอปาย และอำเภอแม่ระมาด ซึ่งมีประชากรชนเผ่าเป้าหมาย 4,425ครัวเรือน ประกอบด้วย กะเหรี่ยง ม้ง ลีซอ และมูเซอ รวม 23,585 คน ซึ่งวัตถุประสงค์หลักหรือเป้าหมายสูงสุดของแผนแม่บทคือการพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของชนเผ่าให้ดีขึ้น ลดการใช้พื้นที่ปลูกฝิ่นเป็นการปลูกพืชเศรษฐกิจทดแทน รวมทั้งดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) หรือสถาบันธัญญารักษ์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบในการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาระบบการชุมชนเพื่อแก้ปัญหา ยาเสพติด (สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2553)

จากการติดตามผลการดำเนินการตามแผนแม่บทโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนระหว่างปีงบประมาณ 2555 - 2556 ตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาระบบการชุมชนเพื่อแก้ปัญหา ยาเสพติด พบว่าสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ได้ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในแต่ละพื้นที่เป้าหมาย ซึ่งพบว่าโดยรวมประสบความสำเร็จได้ดีในระดับหนึ่ง เพราะสามารถช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดจำนวนหนึ่งสามารถหยุดเสพยาได้โดยได้รับยาเมทาโดน (Methadone) ทดแทนการเสพยา แต่ในระยะการติดตามผลกลับพบว่า การหยุดเสพยาดีนั้นเป็นการหยุดได้เพียงชั่วคราว

เฉพาะระยะการบำบัดรักษาเท่านั้น หลังจากนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับไปเสพติดยาเหมือนเดิม ทั้งนี้เพราะไม่สามารถเดินทางมารับยาเมทาโดนที่โรงพยาบาลอำเภอได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสภาพปัญหาในพื้นที่สูงพบว่า การคมนาคมไม่สะดวก เส้นทางทุรกันดาร ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาเดินทางด้วยความยากลำบากและใช้เวลายาวนานในการมารับบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนจะไม่สามารถเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลอำเภอได้เลย จากลักษณะสภาพพื้นที่ดังกล่าวทำให้ไม่สามารถเดินทางมารับยาเมทาโดนกินทดแทนฝิ่นได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดส่วนใหญ่กลับไปเสพยาฝิ่นซ้ำ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2558) นอกจากนี้แล้วการดำเนินชีวิตของประชากรชนเผ่าส่วนใหญ่ยังคงมีวิถีชีวิตแบบดั้งเดิม ยังคงใช้ฝิ่นในชีวิตประจำวันเพื่อการรักษาโรค และใช้ต้อนรับแขกที่มาเยือนตามวัฒนธรรมประเพณี โดยไม่ได้ตระหนักว่าฝิ่นเป็นปัญหาของชุมชนและเป็นเรื่องผิดกฎหมาย ทำให้การเสพยาฝิ่นจึงยังคงดำรงอยู่เป็นปกติในชุมชนชนเผ่า โดยเฉพาะส่วนใหญ่ยังคงเป็นกลุ่มผู้เสพยาฝิ่นเดิม (สลินดา แวสูงเนิน และธัญญรัตน์ ขจัดพาล, 2544) สำหรับด้านบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบในการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นที่เป็นกลุ่มเป้าหมายก็ประสบกับความยากลำบากในการต้องเดินทางเข้าไปติดตามดูแล และเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเช่นกัน เพราะไม่เพียงแต่สภาพปัญหาในพื้นที่สูงที่เส้นทางคมนาคมไม่สะดวกแล้วยังต้องเสี่ยงอันตรายจากการเผชิญกับผู้ที่เกี่ยวข้องจากขบวนการค้ายาเสพติดในพื้นที่ด้วย

จากสภาพปัญหาการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นในปี 2556 - 2557 คณะทำงานทั้ง 3 พื้นที่จึงเห็นว่าจำเป็นจะต้องร่วมกันปรับเปลี่ยนแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาฝิ่นในแต่ละพื้นที่ใหม่ เพื่อสามารถให้บริการบำบัดรักษาผู้เสพยาฝิ่นได้อย่างเหมาะสมกับบริบทและสอดคล้องกับสภาพภูมิประเทศของพื้นที่แล้ว ยังเป็นการช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีความปลอดภัยจากการปฏิบัติงานด้วย ดังนั้นคณะทำงานจึงได้มีการนำแนวคิด “การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด” (Harm reduction) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบหรือกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นในชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยเริ่มจากการจัดตั้ง “ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด” หรือ “Drop-in center” ขึ้นในแต่ละพื้นที่ โดยเชื่อว่านอกจากจะสอดคล้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของผู้เสพยาฝิ่นชนเผ่าแล้วยังช่วยแก้ไขปัญหาค้าฝิ่นกลับไปเสพยาฝิ่นซ้ำด้วย ทั้งนี้เพราะศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจะช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้เสพยาฝิ่นสามารถเดินทางมารับยาเมทาโดนกินทดแทนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy หรือ

MMT) ได้อย่างต่อเนื่อง และยังมีโอกาสได้รับการบริการทางสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมร่วมด้วย อันจะส่งผลให้ผู้เสพติดฝิ่น และครอบครัวมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และนำไปสู่การเลิกเสพยาฝิ่นได้ในอนาคต รวมทั้งเป็นการลดความเสี่ยงต่ออันตรายของบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบในการให้การบำบัดฟื้นฟูในพื้นที่เป้าหมายด้วย

ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Drop-in center) เป็นสถานที่หรือแหล่งใดแหล่งหนึ่งที่ปลอดภัยในพื้นที่ของแต่ละชุมชน ซึ่งผู้นำชุมชนและชาวบ้านต่างมีส่วนร่วมในการกำหนดขึ้น อาทิเช่น บ้านของผู้นำชุมชน บ้านของผู้ใหญ่บ้าน โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ศาลาที่ประชุมประจำหมู่บ้าน วัดหรือโบสถ์ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นต้น โดยต้องเป็นสถานที่ที่เน้นให้ผู้เสพติดฝิ่นรู้สึกปลอดภัยในการเดินทางมารับบริการ และเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทางสุขภาพของตนเองตามที่บุคลากรสาธารณสุขกำหนดให้ รวมทั้งสามารถเดินทางมารับบริการได้สะดวก และประหยัดค่าใช้จ่าย ทั้งนี้เพื่อช่วยเหลือผู้เสพติดฝิ่นให้ได้รับยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (MMT) กินอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับบริการครอบคลุมสุขภาพแบบรอบด้านด้วยกิจกรรม 10 ชุดบริการ อาทิเช่น การให้ความรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด การแจกถุงยางอนามัย การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจและส่งต่อรับบริการการดูแลรักษา การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาโรคผิวหนังโรค เป็นต้น (ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ, 2558) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เสพติดฝิ่นเห็นความสำคัญของตนเอง เกิดเจตคติที่ดีว่าตนเองมีคุณค่าต่อชุมชน ซึ่งเท่ากับเป็นการเพิ่มศักยภาพให้กับผู้เสพติดฝิ่นในการดูแลตนเอง และป้องกันโรคที่อาจเกิดจากการใช้ยาเสพติด เช่น การติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อไวรัส ตับอักเสบ เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นสถานที่ที่ผู้เสพติดฝิ่นใช้เป็นที่พักพิงเพื่อทำกิจกรรมสร้างสรรค์ร่วมกับเพื่อนๆ ในกลุ่ม ฝึกทักษะการเข้าสังคม ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่อาจมีผลกระทบต่อผู้อื่น โดยได้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม ประการสำคัญคือได้รับการตรวจสุขภาพตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตลอดทั้งได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมอาชีพ อันจะช่วยให้ผู้เสพติดฝิ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกๆ ด้านจนกว่าจะสามารถลดละเลิกการใช้ฝิ่นได้ในที่สุด (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2558)

จากรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนในปี 2557-2558 พบว่า คณะทำงานทั้ง 3 พื้นที่ได้มีการดำเนินการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจำนวนรวม 14 แห่ง เพื่อใช้เป็นสถานที่ในการให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่เป้าหมาย (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2558) ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเห็นสมควรว่าควรมีการติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการให้บริการสุขภาพแบบรอบด้านด้วยกิจกรรม 10 ชุดบริการของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน รวมทั้งประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติดฝิ่นในพื้นที่เป้าหมายหลังจากได้รับบริการทางสุขภาพจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาแล้ว เพราะเป้าหมายสูงสุดของการดำเนินงานตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนนั้น คือการพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้เสพติดจนเฝ้าให้ดีขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลอันจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนเพื่อพัฒนาการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

1. พื้นที่เป้าหมายตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนเป็นการศึกษาใน 2 พื้นที่ 6 อำเภอ คือ **จังหวัดเชียงใหม่** ประกอบด้วย อำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง อำเภอแม่แตง และ อำเภออมก๋อย และ **จังหวัดตาก** คือ อำเภอแม่ระมาด

2. การติดตามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน เป็นการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายตามที่กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนากระบวนการชุมชนเพื่อแก้ปัญหายาเสพติดเท่านั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการทางสุขภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Drop-in center) ในแต่ละพื้นที่นานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการเข้ารับบริการและอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมาย
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมาย
3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมาย จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

นิยามศัพท์ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่น หมายถึง ระดับของความสุขสมบูรณ์ และความพึงพอใจต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตทั้งการทำหน้าที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีรายได้จากการประกอบอาชีพที่มั่นคง และมีสุขภาพแข็งแรงของผู้ป่วยชาวเขาที่เสพติดฝิ่นที่มีเป้าหมายของชีวิตเพื่อให้เกิดความผาสุกทั้งชีวิตตนเองและความราบรื่นในครอบครัว รวมทั้งได้รับการยอมรับการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ซึ่งสามารถประเมินได้ตามความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในแต่ละพื้นที่มาไม่น้อยกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดความต้องการแบบองค์รวม (Holistic needs) ร่วมกับการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่

อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา หมายถึง จำนวน ร้อยละของผู้เสพติดฝิ่นที่ปรากฏชื่ออยู่ในทะเบียนประวัติผู้ป่วยของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแต่ละพื้นที่ที่แสดงว่าเป็นผู้ป่วยที่ยังคงมารับบริการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยมาพบบุคลากรสาธารณสุขตามวันเวลาที่นัดหมายด้วยตนเอง หรือสามารถติดตามพบได้จากการเยี่ยมบ้าน

ผู้เสพติดฝิ่น หมายถึง ประชากรชนเผ่าหรือบุคคลที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงในอำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง อำเภอแม่แตง อำเภออมก๋อย อำเภอไชยปราการ และอำเภอแม่ระมาด ที่ยินยอมและสมัครใจเข้ารับบริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในฐานะเป็นผู้ป่วยเสพติดฝิ่นกับบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบหรือได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Drop - in center) หมายถึง สถานที่หรือแหล่งที่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นร่วมกับผู้นำชุมชนในพื้นที่เป้าหมายร่วมกันกำหนดให้เป็นสถานที่หรือแหล่งที่ให้บริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดฝิ่นและให้บริการทางสุขภาพครอบคลุม 10 ชุดบริการ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด 2) การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว 3) การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด 4) การแจกถุงยางอนามัย 5) การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ และส่งต่อรับบริการการดูแลรักษา 6) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7) การป้องกันวินิจฉัยและรักษาโรคฉี่หนู 8) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 9) การให้บริการรักษาจิตเวชและการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด และ 10) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติดรวมถึงกิจกรรมกลับสู่สังคม และการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของผู้เสพติดฝิ่นที่มารับบริการให้ดีขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการเข้ารับบริการ อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา คุณภาพชีวิต และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติดใน จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล หลังเข้ารับบริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในพื้นที่ 6 อำเภอ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน
 - 1.1 สถานการณ์การลักลอบปลูกฝิ่นของประเทศไทย ประจำปี 2558/2559
 - 1.2 สถานการณ์การลักลอบปลูกฝิ่นในพื้นที่โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน
 - 1.3 สภาพปัญหาทางสังคมและการแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่โครงการขยายผลฯ
2. ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนากระบวนการชุมชนเพื่อแก้ปัญหายาเสพติด
 - 2.1 การลักลอบปลูกฝิ่น และพยาธิวิทยาในกลุ่มผู้เสพยา
 - 2.2 ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของชาวเขา
 - 2.3 ฝิ่นในขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชาวเขา
 - 2.4 สาเหตุการลักลอบปลูกฝิ่น และการแพร่ระบาดของยาเสพติด
 - 2.5 ฝิ่น การเสพยา และ การออกฤทธิ์ของสารกลุ่มฝิ่น
 - 2.6 พยาธิวิทยาในกลุ่มผู้เสพยา
3. แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction concept)
 - 3.1 เหตุผลและความจำเป็นของแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด
 - 3.2 วัตถุประสงค์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด
 - 3.3 หลักการสำคัญของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด
 - 3.4 เป้าหมายของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด
 - 3.5 ประโยชน์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด
 - 3.6 แนวปฏิบัติการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

- 3.7 ผลการดำเนินงานตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในต่างประเทศ
- 3.8 การดำเนินงานตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทย
- 3.9 แนวคิดการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Concept of drop-in center)
- 4. คุณภาพชีวิต องค์ประกอบคุณภาพชีวิตและการวัดคุณภาพชีวิต
 - 4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 4.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
- 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ

ส่วนที่ 1: โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน

ปัญหาการลักลอบปลูกฝิ่นในอดีตของประเทศไทยเริ่มขึ้นมารวม 100 ปี โดยชาวเขาเผ่าต่างๆ บนพื้นที่สูงของประเทศไทย ซึ่งได้รับอิทธิพลจากชาวจีนยูนานที่ทำการปลูกฝิ่นเพื่อทดแทนการนำเข้าจากประเทศอังกฤษ โดยมีการปลูกในบริเวณเขตแนวเทือกเขาติดต่อระหว่างไทย พม่า และอินโดจีน โดยเฉพาะในเขตรัฐฉาน ส่งผลให้กลุ่มผู้ปลูกฝิ่นส่วนใหญ่จึงเป็นชาวเขาเผ่าม้ง เย้า และกระจายไปยังชาวเขาเผ่าต่างๆ ที่อาศัยบนพื้นที่สูง ฝิ่นจึงกลายเป็นพืชรายได้ในตอนนั้น โดยในปี พ.ศ. 2508-2509 ประเทศไทยพบมีการปลูกฝิ่นประมาณ 112,000 ไร่

ด้วยพระมหากรุณาธิคุณและพระอัจฉริยภาพที่ทรงมองการณ์ไกลถึงปัญหาของยาเสพติดที่จะส่งผลเสียต่อประเทศในอนาคต พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ จัดตั้งโครงการหลวงพัฒนาชาวเขาขึ้น เมื่อปีพ.ศ. 2512 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของชาวเขา ลดการปลูกพืชเสพติด และอนุรักษ์ฟื้นฟูสภาพป่าต้นน้ำ ลำธาร ส่งผลให้พื้นที่ปลูกฝิ่นลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 40 ปี จากปี พ.ศ. 2502 จนถึงปี พ.ศ. 2542 จึงสามารถลดพื้นที่ปลูกฝิ่นจาก 112,000 ไร่ จนเหลือประมาณ 6,000 ไร่ ส่งผลให้รัฐบาลสหรัฐอเมริกาได้ถอนชื่อประเทศไทยออกจากประเทศที่เป็นผู้ผลิตและลำเลียงยาเสพติดในปีพ.ศ. 2547 (อ้างอิงใน https://web2012.hrdi.or.th/about_us/page/address)

จากการประชุมคณะกรรมการประสานงานและสนับสนุนงานโครงการหลวง (กปส.) เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2551 คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ได้นำเสนอข้อมูลสถานการณ์การปลูกฝิ่นของ 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดตาก และจังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า มีพื้นที่ลักลอบปลูกฝิ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 เป็นต้นมา โดยในปี พ.ศ. 2550 พบพื้นที่ปลูกฝิ่น จำนวน 1,800 ไร่ ซึ่งเพิ่มขึ้นจำนวน 1,056 ไร่ หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 59 จากปีพ.ศ. 2547 ต่อมาสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง (องค์การมหาชน) ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ได้จัดทำแผนแม่บทโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่น อย่างยั่งยืนเสนอต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีมติเห็นชอบอนุมัติงบประมาณให้ดำเนินการตาม แผนแม่บทเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2552 (ระยะที่ 1) โดยมีระยะเวลาในการดำเนินงาน 4 ปี (พ.ศ. 2553-2556) ซึ่งมีหน่วยงานร่วมบูรณาการการพัฒนาทั้งหมด 22 หน่วยงาน โดยมีวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อขยายผลความสำเร็จของโครงการหลวง โดยใช้แนวทาง ของโครงการหลวงและหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการมุ่งเสริมสร้างอาชีพและรายได้ บนฐานความรู้ที่สอดคล้องกับสภาพภูมิสังคม และการลดปัญหาการปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน รวมทั้งเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคมและชุมชนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่าง ชุมชนและหน่วยงานสู่การพึ่งพาตนเอง โดยเฉพาะการสร้างรากฐานที่มั่นคงด้านการป้องกัน การแพร่ระบาดของฝิ่น ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมบนพื้นที่สูง โดยดำเนินงาน ในพื้นที่ครอบคลุม 115 หย่อมบ้าน 15 ตำบล ใน 7 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง อำเภอแม่แตง อำเภออมก๋อย อำเภอไชยปราการ อำเภอปาย และอำเภอ แม่ระมาด ซึ่งมีกลุ่มประชากรชนเผ่าเป้าหมาย 4,425 ครัวเรือน ประกอบด้วย กะเหรี่ยง ม้ง ลีซอ และมูเซอ รวม 23,585 คน (ตารางที่ 1) (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและ ปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2556)

จากการประเมินผลการปฏิบัติงานตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหา พื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2553-2556) พบว่า การดำเนินกิจกรรมด้านการ พัฒนาความรู้และส่งเสริมอาชีพทางเลือกแก่เกษตรกรในการสร้างความมั่นคงทางอาหาร และรายได้ที่เพียงพอในครัวเรือน พบว่า ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ซึ่งมีการดำเนินงาน ควบคู่กับกิจกรรมด้านการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สำหรับกิจกรรมด้าน การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนและสังคม รวมทั้งด้านการพัฒนากระบวนการป้องกัน

ยาเสพติดยังถือว่าเป็นกิจกรรมที่ประสบผลสำเร็จน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนแม่บทโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนระยะ 4 ปี อ่างใน สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2559)

ตารางที่ 1 พื้นที่ดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2553-2556)

ศูนย์ปฏิบัติการ โครงการขยายผลฯ	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	จำนวน หมู่บ้าน รับผิดชอบ	ประชากร	
					ครัว เรือน	คน
1. บ้านห้วยโป่ง พัฒนา	เชียงใหม่	ไชยปราการ	แม่ทะลบ	3	232	1,165
2. บ้านป่าเกี๊ยะใหม่	เชียงใหม่	เชียงดาว เวียงแหง	เมืองคอง แม่ฮี้ เวียงเหนือ	12	344	1,894
3. บ้านผาแดง	เชียงใหม่	แม่แตง	กีดช้าง แม่่นะ	4	154	883
4. บ้านฟ้าสวย	เชียงใหม่	เชียงดาว	เชียงดาว เมืองงาย	4	89	377
5. บ้านห้วยฮะ	แม่ฮ่องสอน	ปาย	เมืองแปง	5	258	1,603
6. บ้านฝิปานเหนือ	เชียงใหม่	อมก๋อย	นาเกียน	34	1,350	6,492
7. บ้านขุนตื้นน้อย	เชียงใหม่	อมก๋อย	แม่ตื้น	19	534	2,958
8. บ้านแม่แฮหลวง	เชียงใหม่	อมก๋อย	ยางเปียง	9	394	2,396
9. บ้านห้วยแห้ง	เชียงใหม่	อมก๋อย	สบโขง	12	466	2,730
10. บ้านเลอตอ	ตาก	แม่ระมาด	แม่ตื้น	13	604	3,087
รวม	3 จังหวัด	7 อำเภอ	15 ตำบล	115	4,425	23,585

(ที่มา: สถาบันวิจัยพัฒนาพื้นที่สูง)

ดังนั้นเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและสอดคล้องกับการดำเนินงานกิจกรรมจากแผนแม่บทระยะที่ 1 อย่างต่อเนื่องให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง พร้อมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับส่วนกลางและท้องถิ่นจึงได้ร่วมกันจัดทำแผนแม่บทโครงการขยายผลฯ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2557-2561) เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา ซึ่งมีมติเห็นชอบอนุมัติ

งบประมาณดำเนินการเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2556 โดยให้มีการรายงานผลการดำเนินงานตามแผนแม่บทโครงการขยายผลระยะที่ 2 ให้คณะกรรมการบริหารทุก 6 รอบเดือน โดยมีเป้าหมายดำเนินการในพื้นที่ศูนย์ปฏิบัติการรวม 11 พื้นที่ 126 หย่อมบ้าน 18 ตำบล รวม 7 อำเภอ ในเขตพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ประกอบด้วย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และตาก ประชากรเป้าหมาย 5,493 ครัวเรือน จำนวน 26,707 คน (ตารางที่ 2) (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2559)

ตารางที่ 2 พื้นที่ศูนย์ปฏิบัติการโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2557-2561)

พื้นที่ศูนย์ปฏิบัติการ	กลุ่มน้ำ	หย่อมบ้าน รับผิดชอบ	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด	ประชากร	
						ราย	ครัวเรือน
1. ห้วยโป่งพัฒนา	กก	4	แม่ทะลบ ศรีดงเย็น	ไชยปราการ	เชียงใหม่	1,983	363
2. ฟ้าสวย	กก	4	เชียงดาว	เชียงดาว	เชียงใหม่	318	77
3. ผาแดง	กก	4	กี้ดช้าง	แม่แตง	เชียงใหม่	608	115
4. ป่าเกี้ยวใหม่	ปิง	12	เมืองคอง	เชียงดาว	เชียงใหม่	2,345	473
			เมืองแหง	เวียงแหง	แม่ฮ่องสอน		
			แม่ฮี้	ปาย			
			เวียงเหนือ				
5. ขุนตี่น้อย	ปิง	19	แม่ต๋ั้น	อมก๋อย	เชียงใหม่	3,193	547
6. แม่แฮหลวง	ปิง	9	ยางเปียง	อมก๋อย	เชียงใหม่	2,339	416
7. เลอตอ	ปิง	13	แม่ต๋ั้น	แม่ระมาด	ตาก	3,083	712
8. แม่ระมิดหลวง	ปิง	8	สบโขง	อมก๋อย	เชียงใหม่	1,654	412
			อมก๋อย				
9. ห้วยแห้ง	สาละวิน	12	สบโขง	อมก๋อย	เชียงใหม่	2,206	446
10. ฝิปานเหนือ	สาละวิน	34	นาเกียน	อมก๋อย	เชียงใหม่	6,549	1,363
11. ห้วยฮะ	สาละวิน	7	เมืองแปง	ปาย	แม่ฮ่องสอน	2,429	569
			โป่งสา				
รวม 11 พื้นที่	3 กลุ่มน้ำ	126 บ้าน	18 ตำบล	7 อำเภอ	3 จังหวัด	26,707	5,493

(ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2559: หน้า 11)

1.1 สถานการณ์การลักลอบปลูกฝิ่นของประเทศไทย ประจำปี 2558/2559

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) โดยสถาบันสำรวจและติดตามการปลูกพืชเสพติดได้ดำเนินการสำรวจทั้งภาคพื้นดินและทางอากาศ รวมถึงการนำเทคโนโลยีภูมิสารสนเทศ เช่น ภาพถ่ายทางอากาศ ภาพถ่ายจากดาวเทียม และโปรแกรมทางภูมิศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในการประมวลผลพื้นที่ปลูกฝิ่นให้เป็นระบบทั้งในเชิงจำนวน ปริมาณ และตำแหน่งเชิงพื้นที่ที่มีความถูกต้องและแม่นยำ ซึ่งจากการสำรวจพื้นที่ปลูกฝิ่นประจำปี 2558/2559 พบว่า ประเทศไทยพบพื้นที่ปลูกฝิ่นใน 6 จังหวัด จำนวน 3,348 แปลง 2,407.31 ไร่ เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาจำนวน 425.62 ไร่ (คิดเป็นร้อยละ 21) โดยจังหวัดที่พบพื้นที่ปลูกฝิ่นมากที่สุดได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ 2,056 แปลง 1,494.43 ไร่ รองลงมาคือจังหวัดตาก 1,074 แปลง 893.12 ไร่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน 100 แปลง 81.36 ไร่ จังหวัดเชียงราย 58 แปลง 27.69 ไร่ จังหวัดกำแพงเพชร 20 แปลง 19.76 ไร่ และจังหวัดน่าน 26 แปลง 12.19 ไร่ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าอยู่นอกพื้นที่โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน จำนวน 1,451 แปลง 117,644 ไร่ และอยู่ในพื้นที่โครงการขยายผลฯ รัศมี 3 กิโลเมตร จำนวน 1,883 แปลง 1,230.87 ไร่ (ข้อมูลอย่างไม่เป็นทางการ ณ วันที่ 18 เมษายน 2559 อ้างใน สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2559) ซึ่งอำเภอที่มีพื้นที่ปลูกฝิ่น 5 อันดับสูงสุด (ร้อยละของพื้นที่ปลูกทั้งหมด) ได้แก่

อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ 1,566 แปลง 997.03 ไร่ (คิดเป็นร้อยละ 41)

อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก 606 แปลง 468.77 ไร่ (คิดเป็นร้อยละ 19)

อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก 382 แปลง 340.95 ไร่ (คิดเป็นร้อยละ 14)

อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ 134 แปลง 101.82 ไร่ (คิดเป็นร้อยละ 4)

อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ 95 แปลง 100.34 ไร่ (คิดเป็นร้อยละ 4)

ส่วนอำเภอที่มีพื้นที่ปลูกฝิ่นเพิ่มขึ้น 5 อันดับสูงสุด ได้แก่

อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก เพิ่ม 199 แปลง 161.95 ไร่

อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก เพิ่ม 271 แปลง 160.70 ไร่

อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ เพิ่ม 58 แปลง 56.75 ไร่

อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ เพิ่ม 75 แปลง 40.52 ไร่

อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ เพิ่ม 86 แปลง 33.66 ไร่

แนวโน้มนโยบายการปลูกฝิ่นในอนาคตนั้นทางสถาบันสำรวจและติดตามการปลูกพืชเสพติด (สพส.) สำนักงานป.ป.ส. ได้ประเมินสถานการณ์การลักลอบปลูกฝิ่น โดยคาดว่าพื้นที่การลักลอบปลูกฝิ่นจะลดลง เนื่องด้วยการดำเนินการอย่างจริงจังด้วยมาตรการบังคับใช้กฎหมาย การตัดทำลายไร่ฝิ่น และการปราบปรามจับกุม รวมทั้งผู้เสพติดฝิ่นสมัครใจเข้ารับการบำบัด และได้รับการช่วยเหลือด้านอาชีพจากโครงการขยายผลโครงการหลวง เพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ พร้อมกับ การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกด้านการใช้ชีวิตตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงตามสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ของแต่ละพื้นที่ และการให้ความรู้เรื่องโทษพิษภัยของฝิ่นและยาเสพติดชนิดอื่นๆ และโทษทางกฎหมายในทุกกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งในเวลาต่อมามีคณะกรรมการอำนวยการโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนพื้นที่อำเภอเชียงดาว ได้รายงานในที่ประชุมที่ว่า การอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จากการสำรวจทางอากาศภาคพื้นดิน และมีการนำเทคโนโลยีภูมิสารสนเทศเข้ามาช่วยในการประมวลผลพื้นที่ปลูกฝิ่นของประเทศไทย พบว่า ในปี 2559/2560 สามารถสำรวจพบพื้นที่ลักลอบปลูกฝิ่นจำนวน 2,258 แปลง 1,796.90 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 72 จากปีที่ผ่านมา หรือลดลงจากปีที่ผ่านมา 695.93 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 28 สำหรับสถานการณ์การลักลอบปลูกฝิ่นในพื้นที่โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ซึ่งดำเนินการในพื้นที่ปลูกฝิ่นซ้ำซากใน 3 จังหวัด 7 อำเภอ 18 ตำบล 126 หย่อมบ้าน ได้แก่ เชียงใหม่ ตาก และแม่ฮ่องสอน ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการฯ จำนวน 11 ศูนย์ ซึ่งจากการสำรวจพื้นที่ปลูกฝิ่นในพื้นที่โครงการฯ ในรัศมี 3 กิโลเมตรประจำปี 2559/2560 พบพื้นที่ปลูกฝิ่นจำนวน 1,299 แปลง 910.66 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 74 เทียบกับปีที่ผ่านมาหรือลดลงจากปีที่ผ่านมา 320.21 ไร่ โดยพบว่ามีถึง 6 ศูนย์ปฏิบัติการฯ ที่มีสถานการณ์พื้นที่ปลูกฝิ่นลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา และมี 1 ศูนย์ปฏิบัติการฯ ที่ไม่พบพื้นที่ปลูกฝิ่น แต่ยังคงเหลืออีก 4 ศูนย์ปฏิบัติการฯ ที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างเข้มข้นและจริงจัง หรือมีการปรับกลยุทธ์ให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่อไป (คณะกรรมการอำนวยการโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน พื้นที่อำเภอเชียงดาว, 2560)

1.2 สถานการณ์การลักลอบปลูกฝิ่นในพื้นที่โครงการขยายผลโครงการหลวง เพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน

จากผลการดำเนินงานของโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ในระยะที่ 1 และ 2 นั้น พบว่า สถานการณ์การลักลอบปลูกฝิ่นในพื้นที่โครงการขยายผลฯ รัศมี 3 กิโลเมตรมีอัตราการเพิ่มของพื้นที่ปลูกฝิ่นลดลงอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือในปี 2547 ถึง 2552 ซึ่งถือว่าเป็นระยะก่อนเริ่มโครงการขยายผลฯ พบพื้นที่ปลูกฝิ่นเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 24 ต่อปี แต่เมื่อเปรียบเทียบกับในช่วงที่มีการดำเนินงานระยะที่ 1 ตั้งแต่ปี 2553 ถึง 2556 พบว่าพื้นที่ปลูกฝิ่นเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 13 (โครงการขยายผลฯ ระยะที่ 1 มี 115 หย่อมบ้าน) และในช่วงที่มีการดำเนินการระยะที่ 2 ตั้งแต่ปี 2557 ถึง 2559 พบว่ามีพื้นที่ปลูกฝิ่นเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 6 (โครงการขยายผลฯ ระยะที่ 2 มี 126 หย่อมบ้าน) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าตั้งแต่ระยะก่อนเริ่มโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนจนถึงการดำเนินงานในระยะที่ 1 และ 2 อัตราการเพิ่มขึ้นของพื้นที่ปลูกฝิ่นมีการลดลงอย่างต่อเนื่องตามลำดับ ซึ่งเป็นสัญญาณที่ดีที่มีผลจากการดำเนินงานของโครงการขยายผลฯ โดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีต่างๆ เป็นอย่างดี ซึ่งในระยะเวลาของโครงการขยายผลฯ ที่เหลืออยู่จึงจำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีต่าง ๆ อย่างเข้มข้น รวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนและท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2559: หน้า 14-15)

1.3 สภาพปัญหาทางสังคมและการแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่โครงการขยายผลฯ

สำหรับสภาพปัญหาทางด้านสังคมและการแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน พบว่า (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2556)

1. ผู้เสพยาติยังคงเป็นกลุ่มผู้เสพเดิม แต่มีการปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาหรือสารเสพติดโดยมีการใช้เข็มฉีดยาฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือด โดยเฉพาะในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน ซึ่งเป็นช่วงการเตรียมพื้นที่ปลูกข้าวและพืชรายได้ชนิดต่าง ๆ จึงทำให้เกิดการจ้างแรงงานโดยการใช้ฝิ่นเป็นค่าจ้างแรงงาน มีประชาชนในพื้นที่โครงการฯ ถูกจับกุมและ

ดำเนินการทางกฎหมายในคดียาเสพติด โดยการรับจ้างขนยาบ้าพร้อมถูกเจ้าหน้าที่ยึดทรัพย์สิน จากการประเมินสถานการณ์ในพื้นที่ พบว่ามีแนวโน้มที่อดีตผู้ค้ายาเสพติดรายสำคัญในพื้นที่จะกลับมามีพฤติกรรมการค้ายาอีกครั้ง นอกจากนี้ยังจำแนกกลุ่มผู้เสพยาเสพติดได้ ดังนี้

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

กลุ่มที่ 2 : กลุ่มผู้ใช้แรงงาน โดยเฉพาะเป็นกลุ่มพ่อบ้านวัยแรงงานโดยมีช่วงอายุระหว่าง 25-60 ปี มีแนวโน้มในการใช้เข็มในการเสฟฝิ่นเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 50 ของผู้เสพติดยาเสพติดในพื้นที่โครงการฯ

กลุ่มที่ 3 : กลุ่มเยาวชน ที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป โดยมีพฤติกรรมเสฟฝิ่นและยาบ้าพบว่าส่วนใหญ่จะเสฟทั้ง 2 ชนิด ทั้งยาบ้าและฝิ่นคิดเป็นร้อยละ 20 ของผู้เสพติดยาเสพติดในพื้นที่โครงการฯ และมีแนวโน้มการขยายตัวมากขึ้น

2. มีกลุ่มนายทุนสนับสนุนให้มีการปลูกฝิ่นเพื่อจำหน่าย โดยเป็นกลุ่มเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์กันเป็นอย่างดีและมีกลุ่มผู้นำหมู่บ้านเข้าไปเกี่ยวข้องกับวงจรการค้าฝิ่น เนื่องจากทัศนคติของประชาชนโดยส่วนใหญ่แล้วถือว่าการเสฟฝิ่นเป็นเรื่องธรรมดา แต่มีแนวโน้มสถานการณ์ที่ดีขึ้น คือ ในกลุ่มเยาวชนคนรุ่นใหม่พบว่าการเสพติดยาบ้าและฝิ่นที่ลดลง

3. เยาวชนในพื้นที่ ยังเป็นผู้เสพรายเก่าไม่มีการขยายของจำนวนผู้เสพรายใหม่ในพื้นที่และยังคงมีปัญหาการกลับมาเสฟซ้ำของผู้ที่เคยได้รับการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เนื่องจากสภาพสังคมที่ผู้บำบัดกลับมายังมีผู้เสฟในวัยเดียวกันชักชวนให้กลับไปเสฟซ้ำ

ดังนั้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานต่อจากระยะที่ 1 วัตถุประสงค์หลักของแผนแม่บทโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนฯ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2557-2561) มีดังนี้

1. เพื่อขยายผลความสำเร็จของโครงการหลวง โดยใช้แนวทางของโครงการหลวงและหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในการมุ่งเสริมสร้างอาชีพและรายได้บนฐานความรู้ที่สอดคล้องกับสภาพภูมิสังคม และการลดปัญหาการปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ไปยัง

พื้นที่ที่มีปัญหาการปลูกฝิ่นซ้ำซากในจังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และตาก รวมทั้งพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการแพร่ระบาดของฝิ่นและยาเสพติดในอนาคต

2. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคมและชุมชน รวมทั้งส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานในพื้นที่ในการพัฒนาที่นำไปสู่การพึ่งพาตนเองได้ ตลอดจนเป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ ในด้านการป้องกันการแพร่ระบาดของฝิ่นและยาเสพติดในพื้นที่สูง

3. เพื่อสร้างความมั่นคงของฐานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมบนพื้นที่สูงอย่างยั่งยืนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

4. เพื่อเสริมสร้างกลไกการพัฒนาในพื้นที่ โดยให้หน่วยงานส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการพัฒนาที่ก่อให้เกิดความยั่งยืนแม้สิ้นสุดระยะเวลาของแผนแม่บท

1.4 ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนากระบวนการชุมชนเพื่อแก้ปัญหายาเสพติด

ในปี พ.ศ. 2555 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่และโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนได้รับมอบหมายจาก สำนักงาน ป.ป.ส. ให้เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนากระบวนการชุมชนเพื่อแก้ปัญหายาเสพติด (สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2553) ซึ่งมีรายละเอียดของยุทธศาสตร์ดังนี้

เน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาการปลูกพืชเสพติดและการแพร่ระบาดของยาเสพติดที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อวิถีชีวิต สุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป้าหมายดำเนินงานของโครงการฯ โดยการเสริมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ฐานคิด “พื้นที่ชุมชนศูนย์กลาง” (Community base approach) มุ่งส่งเสริมและพัฒนาแกนนำชุมชนและอาสาสมัคร เสริมสร้างภูมิคุ้มกันในกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผู้ปลูกหรือผู้เสพยาใหม่ และรณรงค์ป้องกันปัญหา ยาเสพติดในพื้นที่โครงการฯ ทุกมิติ พร้อมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและส่งเสริมกระบวนการเฝ้าระวังและป้องกันยาเสพติดอย่างสอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรม พร้อมทั้งพัฒนาการคัดกรอง ค้นหาผู้เสพยา และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพในอนาคต

ยกระดับการพัฒนาองค์ความรู้ สรุบทบทเรียนการดำเนินงาน ตลอดจนการประสานข้อมูล องค์ความรู้กับภาคีความร่วมมือที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืนในพื้นที่โครงการ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2558: หน้า 14)

จากรายงานการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามแผนแม่บทโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนระยะที่ 1 (พ.ศ. 2553-2556) พบว่า หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมายทั้งหมดได้ร่วมกันดำเนินการสนับสนุนและส่งเสริมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและกระบวนการรวมกลุ่มในชุมชน เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชน โดยสามารถนำผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสมัครใจได้จำนวน 465 ราย (นอกพื้นที่ 45 ราย) จำนวนครัวเรือนของผู้ผ่านการบำบัดรวม 30 ครัวเรือน (คเชนทร์ เรือนทองและคณะ, 2555) อย่างไรก็ตามในเวลาต่อมา พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดส่วนใหญ่กลับไปเสพยาฝิ่นซ้ำ ดังนั้นในปีพ.ศ. 2556-2557 ในการดำเนินการแผนแม่บทโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนระยะที่ 2 (พ.ศ. 2553-2556) เจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมายทั้ง 7 อำเภอจึงได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาฝิ่นแบบใหม่ โดยเน้นความเหมาะสมกับบริบทและสภาพความเป็นอยู่ในพื้นที่ราบสูงของประชากรชนเผ่า โดยนำแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction) มาดำเนินการจัดตั้ง “ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด” (Drop – in center) ขึ้นในแต่ละพื้นที่รวมจำนวน 14 แห่ง เพื่อเป็นสถานที่ให้ผู้ป่วยเสพยาฝิ่นมารับยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy : MMT) แทนการเสพยาฝิ่น รวมทั้งรับบริการตรวจสุขภาพครอบครัว 10 ชุดบริการ จากรายงานผลการดำเนินงาน พบว่า มีผู้เสพยาฝิ่นมารับบริการจำนวนรวม 816 คน มีผู้ป่วยที่คงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาคิดเป็นร้อยละ 92.89 และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังได้รายงานว่าภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่วนตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัวมากขึ้น และบางรายสามารถประกอบอาชีพมีรายได้เลี้ยงครอบครัว (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2558)

ส่วนการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามแผนแม่บทโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2557-2561) พบว่าสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (ป.ป.ส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 ได้ประมวลผลการดำเนินงานและมีการสรุปผลลัพธ์ไว้ดังนี้ ได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการปลูกพืชเสพติดและการแพร่ระบาดของยาเสพติดที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อวิถีชีวิต สุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป้าหมายดำเนินงานของโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน โดยบูรณาการความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยมีสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5 และภาค 6 เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน และมีหน่วยงานที่เป็นภาคีสำคัญ ประกอบด้วย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่และแม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตำรวจภูธรภาค 5 กรมการปกครอง กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กองทัพอากาศที่ 3 สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง และแกนนำเครือข่ายภาคประชาชน เป็นต้น โดยได้ร่วมกันดำเนินงานและมีผลงานสำคัญที่นำไปสู่กระบวนการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2559: หน้า 11-12)

มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอด 7 ปีที่ผ่านมาได้ดำเนินการบำบัดผู้เสพยาเสพติดในรูปแบบ Harm reduction ทั้งในระบบค่ายบำบัดชุมชนและผู้ป่วยในโรงพยาบาล รวมถึงมีการบำบัดโดยวิถีความเชื่อของชนเผ่ากะเหรี่ยงไปแล้วกว่า 1,483 ราย พร้อมทั้งได้ส่งต่อผู้ผ่านการบำบัดให้กับสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง เพื่อส่งเสริมและพัฒนาอาชีพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ได้มีการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจำนวน 15 แห่ง เพื่อเป็นการดูแล ฟื้นฟูและพัฒนาทักษะชีวิตในระยะยาว

การสร้างการมีส่วนร่วมและเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง โครงการได้ร่วมมือกับศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เอาชนะยาเสพติดระดับอำเภอทั้ง 7 แห่ง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำภาคประชาชนได้ออกทำประชาคมเฝ้าระวังปัญหา ออกกฎชุมชนป้องปรามการปลูกฝิ่นและร่วมกันตัดทำลายพื้นที่ปลูกฝิ่น ตลอดจนสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนให้ตระหนักถึงอันตรายจากการใช้ฝิ่น ตลอดจนจนถึงการพัฒนา สร้างการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน โดยมีเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง ได้แก่ ภาคประชาชนจิตอาสาตำบลแม่ตื่น/

องค์กรเครือข่ายลุ่มน้ำดอยสามหมื่น และเครือข่ายภาคประชาชนโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนห้วยฮะ เป็นพื้นที่ต้นแบบที่สำคัญในการพัฒนาเครือข่ายของตนเองให้เป็นพื้นที่ปลอดฝิ่นและสร้างมาตรการไม่ให้คนของตนเองเข้าไปยุ่งเกี่ยว

มาตรการด้านปราบปราม ได้ดำเนินการจับกุมกลุ่มนายทุนและผู้เกี่ยวข้องไปแล้วจำนวนกว่า 200 ราย ดำเนินการยึดทรัพย์กลุ่มนายทุนที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนใช้มาตรการการกีดกันทางจิตวิทยา รวมทั้งบูรณาการร่วมกับโครงการกำจัดพืชเสพติด กองทัพภาคที่ 3 เพื่อดำเนินการตัดทำลายในพื้นที่ Highland ศักยภาพในการปลูกฝิ่นจำนวนเฉลี่ยประมาณ 1,000 ไร่ต่อปี ทั้งนี้จากผลดำเนินงานอย่างเข้มข้นที่ผ่านมาในพื้นที่ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการที่แทบไม่มีการปลูกฝิ่นอีกเลย อาทิ พื้นที่ศูนย์ปฏิบัติการห้วยโป่งพัฒนา/พื้นที่ศูนย์ปฏิบัติการห้วยฮะ ในขณะที่พื้นที่ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการแม่แฮหลวง และแม่ระมิดหลวงก็เป็นศูนย์ปฏิบัติการที่ปลูกฝิ่นลดลงอย่างต่อเนื่อง

กล่าวโดยสรุปได้ว่าโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน มีระยะเวลาในการดำเนินงาน 8 ปี ระหว่างปีพ.ศ. 2553–2561 โดยมีพื้นที่เป้าหมาย 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ประกอบด้วย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และตาก มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเสริมสร้างอาชีพและรายได้บนฐานความรู้ที่สอดคล้องกับสภาพภูมิสังคม และการลดปัญหาการปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน รวมทั้งเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคมและชุมชนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างชุมชนและหน่วยงานสู่การพึ่งพาตนเองได้ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อให้ลด ละ เลิกการใช้ฝิ่นหรือยาเสพติดอื่น ๆ รวมทั้งพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีขึ้นเพื่อสร้างชุมชนให้เข้มแข็งและปลอดภัยจากยาเสพติด ที่ผ่านมามีพบว่าดำเนินงานประสบความสำเร็จได้ระดับหนึ่ง และมีการดำเนินการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นที่เหมาะสมและสอดคล้องกับภูมิประเทศของผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอันจะนำไปสู่การลดจำนวนผู้กลับไปเสพติดซ้ำและได้คนดีกลับสู่ชุมชนในโอกาสต่อไป

ส่วนที่ 2: ชาวเขา ผืน การลักลอบปลูกฝิ่น และพยาธิวิทยาในกลุ่มผู้เสพยาฝิ่น

2.1 ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของชาวเขา

ชาวเขาถือว่าเป็นชนกลุ่มน้อยที่มีความเป็นอยู่แบบสังคมแยกเผ่า มีลักษณะสังคม วัฒนธรรม การแต่งกาย และภาษาที่แตกต่างกันไป นักมานุษยวิทยาจัดแบ่งชาวเขาออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะตระกูลภาษาและการเคลื่อนย้ายที่อยู่ (อรรถนพ วิสุทธีมรรค อ้างถึงใน สลิตดา แวสูงเนิน และชญญรัตน์ ขจิตพาล, 2544) ดังนี้

1. กลุ่มตระกูลจีน-ทิเบต (Chino-Tibetan) ซึ่งในกลุ่มนี้ยังแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อยคือ

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

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

2. กลุ่มตระกูลภาษาออสโตร-เอเชียติก (Austra-Asiatic) เป็นกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่อยู่แล้ว ได้แก่ เผ่าถิ่นขมุ ผีตองเหลือง ลัวะ

ชาวเขาพวกแรกที่เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย คือ กระเหรี่ยง เมื่อประมาณ 200 ปีมาแล้ว ส่วนเผ่าอื่นๆเข้ามาอยู่ ประมาณ 100 ปีเศษ ลักษณะทางสังคม พบว่าชาวเขาจะอาศัยรวมกันอยู่เป็นหมู่บ้าน ตั้งแต่หมู่บ้านละ 2-6 หลังคาเรือน จนถึง 100 กว่าหลังคาเรือน ระบบการปกครองคือระบบอาวุโส ซึ่งผู้นำหมู่บ้านต้องเป็นผู้มีอาวุโส และมีหน้าที่เป็นหมอผี ประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ สำหรับในปัจจุบันระบบผู้นำหมู่บ้านแบ่งออกได้ 2 ประเภท คือ

1. ผู้นำที่แท้จริง คือ ผู้อาวุโส หรือหมอผี

2. ผู้นำที่ราชการแต่งตั้ง ถ้าผู้นำซึ่งมาจากตระกูลใหญ่ ไม่ใช่ผู้นำซึ่งราชการแต่งตั้งแล้ว ผู้นำที่ราชการแต่งตั้งจะเป็นเพียงผู้ประสานงานเท่านั้น

สำหรับอาชีพของชาวเขาส่วนใหญ่ คือ ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ รับจ้าง หรือใช้แรงงาน บางหมู่บ้านมีการพัฒนาอาชีพเป็นอุตสาหกรรมครอบครัว ได้แก่ เย็บปักถักร้อย ชาวเขายังคงเชื่อผีและวิญญาณ มีการเซ่นไหว้เป็นธรรมเนียมทุกปีที่เรียกว่าประเพณี “กินวอ”

2.2 ผื่นในขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชาวเขา

ผื่นในวัฒนธรรมของชาวเขาสามารถแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านธรรมเนียมประเพณีสังคมและวัฒนธรรม ตามธรรมเนียมประเพณีสังคมของชาวเขาการใช้ผื่นมี 2 ลักษณะ คือ

1.1 การใช้รับรองแขกผู้มีเกียรติหรือแขกผู้อาวุโสของเจ้าของบ้าน ซึ่งถือว่าการแสดงความเคารพนับถือและการให้เกียรติอย่างสูง ในเวลากลางคืนที่เจ้าของบ้านกับแขกผู้มาเยือนสนทนากันนั้นจำเป็นต้องมีผื่นมาสูบเพื่อไม่ให้ห้องนอนในขณะเดียวกันตะเกียงที่ใช้เสฟผื่นก็ให้แสงสว่างแก่วงสนทนาด้วย สำหรับชาวเขาบางกลุ่มใช้ผื่นเป็นการรับรองกันทางสังคม โดยเฉพาะเมื่อมีการมาร่วมวงสนทนากันหรือร่วมวงผิงไฟเมื่อมีผู้นำผื่นเข้ามาสูบในวงสนทนา คนอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้ตีผื่นหรือผู้ที่ยังไม่เคยสูบผื่นก็ตามอาจจะร่วมสูบผื่นได้โดยที่คนอื่นฯ ไม่เห็นเป็นเรื่องแปลกแต่ประการใด นอกจากนั้นแล้วในงานพิธีศพ ซึ่งเจ้าของบ้านอาจนำผื่นออกมาต้อนรับแขกหรืออาจจัดผื่นไว้ให้กับผู้ตีผื่นซึ่งคนอื่นฯ อาจสูบได้เช่นเดียวกันโดยเฉพาะช่วงเวลากลางคืนจำเป็นต้องมีคนมาเป็นเพื่อนกับเจ้าของบ้านและผู้ประกอบพิธีกรรม วงสนทนาประกอบไปด้วยผู้สูบผื่นและตะเกียงที่คอยให้แสงสว่างจึงเป็นเพียงสิ่งเดียวที่จะสามารถทำให้บ้านศพไม่รู้สึกลึบสัดในยามค่ำคืน

1.2 ในสมัยก่อนผื่นเป็นพืชทางเศรษฐกิจชนิดเดียวที่มีราคาสูง สามารถนำไปแลกเปลี่ยนเป็นเงินสดหรือเงินแท่งได้ รวมทั้งสามารถนำผื่นไปขายเป็นเงินสดหรือแลกซื้อเป็นกำไลเงินหรือเงินแท่ง เพื่อเป็นการสะสมเงินทางหนึ่ง ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาทางการเงินกำไลเงิน หรือเงินแท่งเหล่านั้นก็อาจนำไปขายเพื่อได้เงินมาใช้จ่ายในครอบครัว นอกจากนั้นกำไลเงินยังสามารถนำมาเป็นของขวัญและค่าน้ำนมแก่พ่อแม่ฝ่ายหญิงในพิธีแต่งงาน เพราะในสังคมชาวเขาเมื่อแต่งงานแล้วฝ่ายหญิงต้องเข้าไปอยู่ในครอบครัวฝ่ายชาย เปรียบเสมือนการได้มาซึ่งแรงงานให้กับครอบครัวหรือตระกูลของฝ่ายชาย ดังนั้น ผื่นจึงเป็นตัวชีวิตที่สำคัญในการแสดงฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวในสังคมชาวเขา

2. ด้านสาธารณสุขหรือสุขภาพ

เนื่องจากถิ่นที่อยู่ของชาวเขาเป็นที่อยู่ห่างไกล การคมนาคมติดต่อกับสถานพยาบาลเป็นไปด้วยความยากลำบาก ดังนั้น เมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผื่นจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการรักษาอาการเจ็บป่วยนั้น ไม่ว่าจะเป็นอาการเจ็บปวดภายนอก เช่น บาดแผลที่ถูกของมีคมบาดหรือสัตว์มีพิษกัดต่อย หรืออาการ

เจ็บปวดจากโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นภายใน เช่น แผลในกระเพาะอาหาร วัณโรค มะเร็ง นิ้วในทางเดินปัสสาวะและอาการบาดเจ็บต่างๆ นอกจากนั้นแล้วภายหลังจากการตรากตรำทำงานหนักในไร่นา บางคนก็หันมาใช้ฝิ่นเพื่อช่วยแก้อาการปวดเมื่อยจนกระทั่งกลายมาเป็นผู้ติดยาเสพติดในที่สุด ในขณะที่เดียวกันบางครั้งเมื่อเกิดปัญหาขึ้นในชีวิตถึงขั้นไม่สามารถแก้ไขด้วยวิธีการที่ดีได้ ฝิ่นก็มักจะถูกนำมาใช้เป็นยาฆ่าตัวตายโดยการกินเข้าไปในปริมาณที่มากเกินไปกว่าร่างกายจะสามารถรับได้ หรือเมื่อเกิดอาการตึงเครียดทางจิตใจไม่ว่าจะเกิดปัญหาในครอบครัวหรือสถานการณ์ในหมู่บ้าน เช่น มีความขัดแย้งทะเลาะกันระหว่างสามีภรรยา มีโจรผู้ร้าย มีโรคระบาดในหมู่บ้าน เป็นต้น สถานการณ์เหล่านี้อาจทำให้ชาวเขาหันมาใช้ฝิ่นเพื่อระงับความตึงเครียดทางจิตใจได้ (สลินดา แววสูงเนินและธัญญรัตน์ ขจัดพาล, 2544)

สำหรับประเพณีของชาวเขาหรือชนเผ่าส่วนใหญ่ พบว่า ทุกชนเผ่ายังคงให้ความสำคัญกับประเพณีอย่างมาก ซึ่งแต่ละชนเผ่าจะให้ให้ความสำคัญแตกต่างกันไป เช่น ประเพณีของชนเผ่าม้งจะให้ความสำคัญกับประเพณีชุมชนและประเพณีชีวิตโดย**ประเพณีชุมชน** ได้แก่ ประเพณีปีใหม่ม้ง ถือว่าเป็นประเพณีแห่งความสุข สนุกสนาน เฉลิมฉลอง ศักดิ์ราขใหม่และเลี้ยงขอบคุณผีที่นับถือ ผีบรรพบุรุษ และผีที่คุ้มครองให้ผลผลิตเจริญเติบโตอุดมสมบูรณ์ มีการละเล่นต่าง ๆ เช่น การโยนลูกช่วง การยิงหน้าไม้ การเล่นลูกข่าง แข่งขัน ล้อเลื่อนไม้ ส่วน**ประเพณีชีวิต** ได้แก่ **ประเพณีการเกิด** เป็นการเรียกขวัญและการตั้งชื่อเด็กเกิด เด็กชายจะตั้งชื่อ 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อเกิด ครั้งที่ 2 เมื่อแต่งงาน เป็นการเปลี่ยนสถานภาพในชีวิตของผู้ชายจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ ส่วนเด็กหญิงจะตั้งชื่อตอนเกิดเท่านั้น **ประเพณีแต่งงาน** ตระกูลฝ่ายชายและฝ่ายหญิงต้องไม่ไช่แซ่เดียวกัน และการแต่งงานแบบที่อยู่ด้วยกันก่อนแล้วค่อยมาแต่งงานกันภายหลัง ซึ่งสิ่งที่ยังคงปรากฏคือ การไหว้ผี การไหว้พ่อแม่ของฝ่ายหญิง และการประกอบพิธีแต่งงานผ่านพ่อสื่อ ส่วน**ประเพณีงานศพ** เป็นงานประเพณีปิดและเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูของผู้เป็นลูกที่มีต่อผู้ตาย การสืบทอดองค์ความรู้ คือ ให้ลูกหลานผู้ชายมีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอนส่วนผู้หญิงมีหน้าที่ดูแลเรื่องอาหารและเครื่องแต่งกาย (วาทีณี บัวชุม ใน <http://www.royalprojectthailand.com>, 23 January 2012)

โดยที่โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมของชาวเขาส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างช้า เพราะสังคมของชุมชนชาวเขาประกอบด้วยประเพณี คติความเชื่อ ค่านิยม และแบบแผนพฤติกรรม อันเป็นวิถีชีวิตที่ถ่ายทอดจากบรรพชนมาสู่สมาชิกของ

ชุมชนในปัจจุบัน ซึ่งปรากฏชัดในสถาบันครอบครัว สถาบันศาสนา และสถาบันเศรษฐกิจ แต่ในสถาบันการเมืองการปกครองและสถาบันการศึกษา ประเพณีดั้งเดิมปรากฏอยู่น้อย แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้ชาวเขามีวิถีชีวิตปรับเปลี่ยนไป แต่ความเข้มแข็งของสถาบันสังคมและวัฒนธรรมของชาวเขายังคงปรากฏเป็นอัตลักษณ์ของชุมชน สมาชิกในชุมชนยังคงรักษาวิถีชีวิตแบบเดิม อีกทั้งลักษณะภูมิประเทศที่เป็นเทือกเขาทำให้ชาวเขายังคงเป็นชุมชนที่ค่อนข้างสันโดษและได้รับผลกระทบจากสังคมภายนอกไม่มากนัก จึงทำให้ชุมชนยังคงมีโครงสร้างสังคมแบบเรียบง่ายและยังคงมีวัฒนธรรมบางส่วนที่สืบทอดจากบรรพชนมาจนถึงปัจจุบัน เช่นเดียวกับสภาพปัญหาฝิ่นของชาวเขาพบว่า วิถีชีวิตของชาวเขามีความสัมพันธ์กับฝิ่นในหลายรูปแบบ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข วัฒนธรรมและประเพณีมานาน แต่เนื่องจากการเสพฝิ่นต้องใช้ระยะเวลาในการเสพและต้องใช้ในปริมาณมากจึงจะสามารถทำให้ติดได้ รวมทั้งราคาไม่แพง และสามารถเพาะปลูกเพื่อนำผลผลิตมาเสพได้ด้วย การแพร่ระบาดของยาเสพติดประเภทฝิ่นจึงค่อนข้างจำกัดเฉพาะในกลุ่มชาวเขาที่มีอายุหรือกลุ่มผู้เจ็บป่วยเท่านั้น

2.3 สาเหตุการลักลอบปลูกฝิ่น และการแพร่ระบาดของยาเสพติด

การลักลอบปลูกฝิ่นยังคงมีอย่างแพร่หลายในที่ราบสูงของพื้นที่เขตภาคเหนือ ซึ่งสาเหตุมีดังนี้ (จิตรลดา อารีย์สันติชัย, อุษณีย์ พึ่งปาน และอภิรักษ์ อร่ามรัตน์, 2556)

1. ยังคงมีผู้เสพจำนวนมาก ทำให้มีความจำเป็นต้องใช้ฝิ่นจำนวนมากตามไปด้วย ส่งผลให้ยังคงมีการลักลอบปลูกฝิ่นอยู่ รวมทั้งผู้ผ่านการบำบัด มีอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูง เนื่องจากระบบการติดตามยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

2. ความยากจน ส่งผลให้ชาวบ้านยังคงลักลอบปลูกฝิ่นเพื่อสร้างรายได้ เนื่องจากแรงจูงใจด้านราคาที่ใช้ปลูกจะได้รับผลตอบแทนจากการปลูกฝิ่นค่อนข้างสูง โดยมีราคาขายปลีกสูงถึง 134,000–168,000 บาทต่อจ้อย (1 จ้อย เท่ากับ 1.6 กิโลกรัม) และหากนอกฤดูฝิ่นจะมีราคาสูงถึง 200,000 บาทต่อจ้อย ประกอบกับความห่างไกลของพื้นที่ การคมนาคมไม่สะดวก จึงทำให้ชาวบ้านขาดทางเลือก ขาดโอกาสในด้านสาธารณสุข สาธารณสุข การศึกษา การประกอบอาชีพ การเข้าถึงแหล่งทุน และความช่วยเหลือจากภาครัฐเข้าถึงได้ยาก นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านค่านิยมของวัยรุ่นในบางพื้นที่ที่เริ่มต้องการความสะดวกสบายและความทันสมัยตามวิถีชีวิตของคนในเมืองใหญ่ เช่น โทรศัพท์มือถือ

รถจักรยานยนต์ เป็นต้น จึงเข้าไปมีส่วนในการปลูกฝิ่นเพื่อสร้างรายได้เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองดังกล่าว

3. มาตรการบังคับใช้กฎหมายยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ที่จะเข้าไปกดดันและปราบปราม จับกุมผู้มีอิทธิพลในพื้นที่ จากการสำรวจพบว่า มีกลุ่มนายทุนใช้ฝิ่นเป็นค่าจ้างแรงงาน มีการสนับสนุนเทคโนโลยีการปลูกฝิ่น เช่น ระบบสปริงเกอร์ สารเคมีกำจัดวัชพืช และปุ๋ยเพื่อเพิ่มผลผลิต ซึ่งอาจได้ผลผลิตฝิ่นสูงถึง 4 กิโลกรัม/ไร่ นอกจากนี้ยังมีความพยายามปลูกฝิ่นนอกฤดูเพิ่มขึ้นแม้ว่าในปัจจุบันจะยังได้ผลผลิตน้อยเพียง 0.5 กิโลกรัม/ไร่ เท่านั้น ซึ่งเป็นสัญญาณที่บ่งบอกว่ายังคงมีความต้องการฝิ่นในพื้นที่

4. การรณรงค์ และปลูกจิตสำนึกเรื่องโทษพิษภัยของฝิ่นและยาเสพติด และบทลงโทษทางกฎหมาย ยังคงดำเนินการได้น้อย จึงทำให้ชาวบ้านไม่เกิดความตระหนัก และความเกรงกลัวในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เนื่องจากสภาพพื้นที่ที่ห่างไกล เข้าถึงได้ยากลำบาก และที่สำคัญที่สุดอีกประการหนึ่งคือ อุปสรรคด้านภาษาที่ใช้ในการสื่อสารมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการรณรงค์และการสร้างความเข้าใจเรื่องพิษภัยของฝิ่นจึงทำได้ค่อนข้างยาก

5. แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่ทำให้ยังคงมีการลักลอบปลูกฝิ่นในพื้นที่ เนื่องจากแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามารับจ้างในพื้นที่ที่มีการปลูกฝิ่น จึงมีการนำฝิ่นมาเป็นค่าจ้างแรงงาน รวมทั้งสนับสนุนให้แรงงานปลูกเอง ซึ่งสามารถระบุได้จากลักษณะหรือวิธีการปลูกฝิ่นของประเทศเพื่อนบ้านที่มักจะมีการปลูกฝิ่นเป็นหลุม ซึ่งแตกต่างจากลักษณะการปลูกฝิ่นของประเทศไทยที่จะมีลักษณะหว่านหรือปลูกเป็นแนวคล้ายแปลงผัก

2.4 ฝิ่น การเสพฝิ่น และการออกฤทธิ์ของสารกลุ่มฝิ่น

ฝิ่นเป็นพืชไม้ล้มลุก ชอบขึ้นในที่ราบสูงและมีอากาศหนาวเย็น เมื่อกรีดกระเปาะหรือเปลือกของผลฝิ่นดิบจะได้น้ำยางเหนียว สีขาวข้นคล้ายน้ำมัน เมื่อกรีดทิ้งไว้ประมาณ 1 วัน ยางฝิ่นจะทำปฏิกิริยากับอากาศทำให้ได้น้ำยางเหนียวสีน้ำตาล เรียกว่า “ฝิ่นดิบ” (Raw opium) หลังจากนั้นเมื่อนำมาเคี้ยวให้สุกก็จะได้น้ำยางเหนียวสีน้ำตาลไหม้หรือสีดำ มีกลิ่นเฉพาะ รสขม เรียกว่า “ฝิ่นสุก” (Prepared opium) ที่นำมาเสพกันทั่วไป ในยางของฝิ่นประกอบด้วยสารเคมีหลายชนิด โดยน้ำหนักแล้วร้อยละ 75 ของยางฝิ่นเป็นสารที่

พบตามพืชทั่วไป ไม่มีฤทธิ์เสพติด ส่วนอีกร้อยละ 25 เป็นสารเคมีสำคัญที่เป็นประโยชน์ทางการแพทย์เรียกว่า “อัลคาลอยด์ในฝิ่น” (Opium alkaloids) ซึ่งมีถึง 25 ชนิด เฉพาะอัลคาลอยด์ในฝิ่นที่มีความเข้มข้นสูง คือ (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแม่ฮ่องสอน, 2547)

1. มอร์ฟิน (Morphine) มีประมาณร้อยละ 10 ซึ่งมีฤทธิ์ในการกดประสาทโดยตรง ทำให้มีอาการมึนเมา นอนหลับ และระงับอาการปวดได้ดี มอร์ฟินถือว่าเป็นตัวสำคัญที่ทำให้ฝิ่นกลายเป็นยาเสพติด

2. โคเดอีน (Codeine) มีประมาณร้อยละ 0.5 ใช้เป็นยาแก้ไอ

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

วิธีการเสฟฝิ่น วิธีการเสฟฝิ่นสามารถกระทำได้ 3 วิธี ดังนี้

1. **การสูบ** ผู้เสฟฝิ่นส่วนมากนิยมเสฟด้วยวิธีการสูบโดยใช้กล่องสูบฝิ่น ซึ่งวิธีการสูบมีลักษณะง่าย ๆ เริ่มจากการวางเนื้อฝิ่นสุกที่ปรุงได้ที่แล้ววางบนปากรูของกล่อง ใช้ตะเกียงรณไฟให้ฝิ่นไหม้จะได้ควันเกิดขึ้น แล้วใช้ปากดูดควันทางปากกระบอกของกล่องสูบฝิ่น กากที่เหลือติดอยู่ที่ปากรูกล่องเรียกว่า “ขี้ฝิ่น” สามารถนำไปสูบซ้ำได้แต่ต้องอาศัยกรรมวิธีพิเศษช่วยอีกชั้นหนึ่ง คือต้องผสมและปรุงแต่งขี้ฝิ่นด้วยยาแก้ปวดชนิด salicylate หรือ APC ด้วยวิธีการดังกล่าวนี้ทำให้ขี้ฝิ่นที่ปรุงแล้วเมื่อถูกเผาไหม้จะละลายผ่านกล่องสูบฝิ่นได้ โดยอาศัยการเผาไหม้และละลายตัวของยาแก้ปวด ขี้ฝิ่นที่เหลือจากการสูบฝิ่นครั้งเดียวสามารถนำมาใช้สูบล้องได้อีก 1-2 ครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณภาพของฝิ่นสุกเดิม ถ้าเป็นฝิ่นที่มีคุณภาพดีจะสามารถนำมาสูบผ่านกล่องได้อีกถึง 4 ครั้งจึงจะหมดรสกลายเป็นกากทิ้งไป

2. **การกิน** การกินฝิ่นเป็นวิธีการที่ไม่เป็นที่นิยมแพร่หลายเพราะไม่ได้รับรสชาติและกลิ่นที่หอมของฝิ่น มักจะใช้เฉพาะเวลาที่จำเป็นเท่านั้น ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ อยู่ในสภาพแวดล้อมบังคับ ไม่มีสถานที่ลับตาในการสูบ ซึ่งวิธีการกินนั้นจะเป็นการกินขี้ฝิ่นหรือเนื้อฝิ่น โดยการปั้นเป็นเม็ดกลม ๆ คล้ายยาลูกกลอน หรืออาจใช้ฝิ่นละลายน้ำผสมกับยาบางชนิดรับประทาน นอกจากนั้นยังมีวิธีการอีกประเภทหนึ่ง คือการนำลูกฝิ่นแห้งมาบด ทบ หั่นให้ละเอียดแล้วต้มคั่วกับน้ำเพื่อสกัดเอาฝิ่นออกมาแล้วนำมาดื่ม

3. **การฉีด** การฉีดฝิ่นก็ไม่เป็นที่นิยมเช่นกัน เพราะเป็นกรรมวิธีที่มีความยุ่งยากในการเตรียม อีกทั้งสิ้นเปลืองฝิ่นมากกว่าวิธีอื่นและเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ส่วนมากใช้ในกลุ่มคนที่เคยฉีดเฮโรอีนแล้วหาเฮโรอีนมาฉีดไม่ได้ เมื่อได้ฝิ่นมาจะนำมา

ละลายน้ำแล้วกรองกับผ้าหนาๆ หรือสำลีกรองจนได้น้ำสีดำ การกรองต้องกรองหลายๆ ครั้งจนกว่าจะไม่มีตะกอนแล้วจึงดูใส่กระบอกฉีดยาและนำมาฉีดเข้าเส้นเลือดดำ

การออกฤทธิ์ของสารกลุ่มฝิ่น

ฤทธิ์ของสารฝิ่นมีผลต่อระบบร่างกายดังนี้ (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด แม่ฮ่องสอน, 2547)

ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system effect)

หากใช้ในขนาดปกติจะช่วยทำให้เกิดความรู้สึกสดชื่นสบายใจ เนื่องจากการเพิ่มการหลั่งของสารสื่อประสาท แต่ถ้าได้รับในขนาดที่สูงขึ้นจะทำให้เกิดความรู้สึกสับสน เกิดอาการ euphoria คือ มีอารมณ์สุขสดชื่น เคลิ้มฝันดีมด้าอย่างผิดปกติ นอกจากนั้นยังมีฤทธิ์ระงับความเจ็บปวด โดยฝิ่นจะออกฤทธิ์โดยการเพิ่มความทนทานต่อความเจ็บปวดมากขึ้น และมีฤทธิ์ระงับประสาท ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดน้อยลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม กล้ามเนื้อคลายตัว เกิดอาการง่วงนอนและหลับได้ หากได้รับมากเกินไปจะออกฤทธิ์กดศูนย์ประสาทที่ควบคุมการหายใจในสมองส่วน medulla ทำให้หายใจลดน้อยลง การหายใจจะเบาและช้าลง รูม่านตาหดตัว ถ้าได้รับในขนาดที่สูงอาจทำให้แรงดันโลหิตต่ำลงได้และอาจทำให้หยุดหายใจและตายได้

ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system effect)

ปัจจุบันมีความเชื่อว่าฝิ่นจะออกฤทธิ์ต่อเส้นประสาทภายในผนังของลำไส้ ทำให้ลดการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร ทำให้มีอาหารคั่งค้างในกระเพาะอาหารนานขึ้น เพราะกล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะอาหารลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณต่างๆ มีการเกร็งตัวเพิ่มมากขึ้น แต่การบีบรัดของลำไส้ลดลง ทำให้การเคลื่อนที่ของอาหารที่อยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ทำงานได้ช้าลง และมักจะถูกดูดซึมออกจากทางเดินอาหารมากขึ้น ทำให้อุจจาระมีลักษณะแห้ง เป็นก้อนแข็ง ส่งผลทำให้เกิดอาการท้องผูก โดยปกติฝิ่นถูกดูดซึมจากทางเดินอาหารได้ไม่ดีเท่ากับการฉีด จึงนิยมฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือดดำ และภายหลังจากถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดแล้วจะไปสะสมอยู่ที่ปอด ตับและม้าม

ฤทธิ์ต่อระบบการไหลเวียนโลหิต (Blood circulatory system effect)

ฤทธิ์ของฝิ่นต่อระบบการไหลเวียนโลหิตนี้มีความสำคัญน้อยกว่าฤทธิ์ที่กล่าวมา แต่ถ้าได้รับฝิ่นในขนาดที่สูงก็จะทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ เส้นเลือดทั่วไปขยายตัว ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ เพราะศูนย์ควบคุมการไหลเวียนใน medulla ถูกกด ส่งผลให้อัตรา

การเต้นของหัวใจลดลงด้วย การออกฤทธิ์ต่อระบบนี้มีน้อยมาก อาจเกิดระยะทำยๆ ของการเกิดพิษเท่านั้น ผื่นยังทำให้มีการหลั่งหรือปล่อยสาร histamine ออกมาในรูปอิสระจากอวัยวะบางส่วน ซึ่งทำให้ออกฤทธิ์คลายความตึงของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เส้นเลือดขยายตัวกว้างออกส่งผลให้ความดันโลหิตลดต่ำลงด้วย

ฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อเรียบ (Muscle effect)

ผื่นมีฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อเรียบ ดังนี้

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

2. ฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อมดลูก : โดยผื่นทำให้เกิดการบีบตัวของมดลูกขณะคลอดลดน้อยลง ทำให้การคลอดล่าช้าออกไป เมื่อรวมกับฤทธิ์กดการหายใจแล้ว อาจเป็นอันตรายต่อทารกแรกเกิดได้

3. ฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อหลอดลม : ผื่นทำให้เกิดการบีบเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลมจนอาจทำให้เกิดอาการหอบหืดขึ้นได้

ฤทธิ์ต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Muscle and skeleton system effect)

ผื่นมีฤทธิ์ทำให้เกิดการสลายตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อลีบ และทำให้กระดูกอักเสบติดเชื้อได้ง่ายมากขึ้น

ฤทธิ์ต่อระบบการเผาผลาญของร่างกาย (Metabolism system effect)

ผื่นทำให้ร่างกายลดการใช้ออกซิเจนลง เนื่องจากผู้ใช้ผื่นจะมีอริยาบถลดลงรวมทั้งการทำงานของกล้ามเนื้อลดน้อยลงด้วย

กล่าวโดยสรุปได้ว่าผื่นสามารถออกฤทธิ์ต่อระบบร่างกายได้หลากหลายระบบในเวลาเดียวกัน หากใช้ในปริมาณที่เหมาะสมก็สามารถช่วยในการบรรเทาอาการปวดอาการไอและช่วยให้นอนหลับได้ แต่หากใช้ในปริมาณที่มากหรือใช้บ่อยครั้งก็จะส่งผลเสียต่อร่างกายโดยการกีดการทำงานของระบบทางเดินหายใจและอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ นอกจากนี้หากใช้เป็นประจำก็ทำให้เกิดการเสพติดผื่นตามมาได้

2.5 พยาธิวิทยาในกลุ่มผู้เสพฝิ่น

ส่วนใหญ่ฝิ่นจะออกฤทธิ์กดศูนย์อารมณ์ในบริเวณสมองส่วนกลาง ซึ่งผู้ที่ฉีดฝิ่นเข้าเส้นเลือดดำก่อนการฉีดจะมีการเกร็งขณะฉีด แต่หลังการฉีดแล้วจะเริ่มรู้สึกผ่อนคลายจนถึงเคลิบเคลิ้ม กล้ามเนื้อจะไม่สามารถทำงานในส่วนที่ต้องใช้รายละเอียดได้ (Fine motor coordination) บริเวณที่ฉีดยาจะมีการบวมแดง เนื่องจากมีการหลั่งของ histamine หลอดเลือดขยายตัวทำให้ความดันโลหิตในระยะเวลาแรกต่ำลงแล้วจึงสูงขึ้นใหม่ หลังจากนั้นมักเกิดอาการเคลิ้มจนหลับไป ผู้ที่ฉีดฝิ่นครั้งแรกๆ มักมีอาการอาเจียนพุ่ง เนื่องจากศูนย์ควบคุมการอาเจียนถูกกระตุ้น นอกจากนั้นแล้วหลังฉีดยามักจะเกิดอาการคอแห้ง ปากแห้ง ต้องดื่มน้ำบ่อยๆ ประการสำคัญคือ ฝิ่นจะมีฤทธิ์กดศูนย์ควบคุมการหายใจซ้าลง ดังนั้น หากได้รับครั้งเดียวในขนาดที่สูงอาจกดมากจนหยุดหายใจได้ นอกจากอาการดังกล่าวแล้วผู้เสพฝิ่นจะมีอาการและอาการแสดงเรื้อรัง ดังนี้ (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแม่ฮ่องสอน, 2550)

1. อาการเคลิ้ม ซึ่งจะมีอาการมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับฤทธิ์ของฝิ่นและบุคลิกภาพดั้งเดิมของผู้เสพฝิ่น

2. สุขภาพเสื่อม พบว่าผู้ใช้ฝิ่นมักมีความจำเสื่อม แต่จากการตรวจทางพยาธิวิทยาไม่พบว่า สมองมีการเปลี่ยนแปลง สำหรับลักษณะทางกายภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน คือ ร่างกายซูบผอมลงเนื่องจากขาดสารอาหาร มีโปรตีนต่ำ ขาดภูมิต้านทานโรคจึงทำให้ติดเชื้อได้ง่าย การตรวจสภาพทางจิตใจของผู้เสพฝิ่นนานๆ พบว่ามักจะไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อม ขาดแรงจูงใจในการดำรงชีวิต

3. การติดยา พบว่า ผู้เสพฝิ่นส่วนใหญ่จะเป็นการเสพติดทั้งร่างกายและจิตใจ โดยการติดยาทางจิตใจมักเกิดจากการเรียนรู้ถึงฤทธิ์ของฝิ่นที่มีผลให้เกิดอาการเคลิบเคลิ้ม หรือสามารถลืมปัญหาของตนเองที่กำลังเผชิญอยู่ ฤทธิ์ของฝิ่นจะมีอำนาจเหนือผู้เสพทำให้ไม่สามารถหยุดเสพได้ ส่วนการติดทางร่างกายแสดงถึงว่าฝิ่นได้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายโดยไม่สามารถที่จะหยุดใช้ได้ เพราะจะทำให้เกิดอาการแสดงของการขาดฝิ่นทันที

4. การทนยา คือ หากผู้เสพฝิ่นใช้ขนาดยาในปริมาณเท่าเดิมฤทธิ์ของยาจะลดน้อยลง เพราะร่างกายมีการปรับตัวในการทนยาเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้เสพจึงมีความต้องการเพิ่มขนาดยาในปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้ฤทธิ์ยาเท่าเดิม

อาการขาดยา (Withdrawal symptoms)

โดยทั่วไปอาการขาดยาในผู้เสพยาที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว 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 มีน้ำมูกและน้ำตาไหล หาว ชนลุก กระวนกระวาย คลื่นไส้ และม่านตาขยาย

ระยะหลัง จะมีอาการนอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้องเกร็ง ท้องร่วง อ่อนเพลีย ใจสั่น ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อเกร็ง ปวดข้อ ปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ

สรุปได้ว่าในอดีตฝิ่นถือว่าเป็นยารักษาโรค เป็นเครื่องมือในการเข้าสังคม และเป็นพืชเศรษฐกิจที่สร้างรายได้ให้กับชาวเขา แต่ปัจจุบันฝิ่นเป็นสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย ด้วยความยากจนและการเสพติดฝิ่นมานานทำให้ชาวเขาจำนวนหนึ่งยังคงมีการลักลอบปลูกฝิ่นในบางพื้นที่ เพื่อนำมาใช้เสพยาเองเพราะยังไม่สามารถเลิกเสพยาได้ หรือปลูกไว้ขายเนื่องจากได้ราคาแพง สำหรับข้อดีของฝิ่นหากใช้ในปริมาณที่น้อยก็เป็นยารักษาโรคบางโรคได้ แต่หากใช้ติดต่อยาวนานก็ส่งผลเสียให้เกิดการเสพติดฝิ่นขึ้นได้ และตามมาด้วยปัญหาทางด้านสุขภาพต่างๆ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขและผู้ที่ได้รับผิดชอบในพื้นที่จึงต้องหาวิธีการในการส่งเสริมและสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้เสพยาฝิ่นเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อช่วยลดละเลิกการเสพยาฝิ่น

ส่วนที่ 3: แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction concept)

การลดอันตราย (Harm reduction) หรือการลดความเสี่ยง (Risk reduction) จากการใช้ยาเสพติด คือ การลดปัญหาหรือภาวะเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดกับตัวบุคคลหรือชุมชน เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายจากการเจ็บป่วยเป็นโรค การรักษาชีวิต การเสียชีวิต และการแบ่งแยกกีดกันทางสังคม โดยการทำให้พฤติกรรมส่วนบุคคลที่เป็นอันตรายทำให้เป็นอันตรายน้อยลงครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่มี

ความยืดหยุ่น โดยยึดหลักการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดบนพื้นฐานความแตกต่างของปัจเจกบุคคลและความต้องการของผู้ติดยาเสพติดแต่ละคน เพื่อลดอันตรายหรือภาวะเสี่ยงอันตรายที่มากับการใช้ยาเสพติดในขณะที่ผู้ติดยาเสพติดยังไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้

การลดอันตรายในเรื่องการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด เกิดขึ้นในช่วงปลายทศวรรษ 1970 และเริ่มรู้จักมากขึ้นในปี ค.ศ.1980 โดยมีพื้นฐานเน้นหนักในด้านการให้บริการสาธารณสุขที่จะลดผลกระทบทางลบที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ติดยาเสพติดมากกว่าจะทำให้หยุดใช้ยาหรือปลอดจากยาเสพติด ในประเทศอังกฤษคำว่า Harm Reduction เกิดจากบุคคลกลุ่มหนึ่งที่พยายามทำให้การใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายเป็นที่ยอมรับของสังคม สามารถจัดการได้และลดอันตรายต่อผู้ติดยา การเลิกใช้ยาเสพติดโดยเด็ดขาดไม่เป็นประเด็นหรือเป้าหมายที่ต้องการ แนวคิดนี้ได้นำมาใช้เป็นวิธีการที่จะลดการแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และเมื่อมีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีจึงได้มีการนำแนวคิดนี้มาใช้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับเนื้อหาสาระและผลการดำเนินงานตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้งในประเทศและต่างประเทศนำเสนอโดยสังเขปมีดังนี้ (สถาบันธัญญารักษ์, 2553)

3.1 เหตุผลและความจำเป็นของแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

จากนโยบายของรัฐบาลต่อปัญหายาเสพติดที่ถือว่า ผู้เสพเป็นผู้ป่วย เป็นอาการของโรคสมองติดยาหรือติดยาเสพติดที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ โดยให้ยึดถือระยะของการรักษาครอบคลุมจนถึงขั้นการติดตามการรักษาอีก 1 ปี รวมระยะเวลาการบำบัด 12 เดือนขึ้นไป เป็นช่วงเวลาของการบำบัดรักษายาเสพติดจนครบทุกกระบวนการ ทั้งนี้ทางการแพทย์ได้จำแนกผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มใช้เป็นครั้งคราว กลุ่มเสพ กลุ่มติด และกลุ่มติดยา ซึ่งกลุ่มติดยาเป็นกลุ่มที่ใช้ยาเสพติดต่อเนื่องเป็นเวลานาน ไม่สามารถเลิกหรือหยุดเสพได้ ไม่ตั้งใจเลิกยาเสพติดอย่างจริงจัง และไม่ยอมรับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ บางคนได้พัฒนาการเสพจากการกิน สูบ เป็นฉีด ทำให้การใช้ยาเสพติดมีความเสี่ยงกับการเป็นโรคเอดส์ รวมไปถึงโรคที่ติดต่อทางเลือกรื่นๆ ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบี และซี ซึ่งในกลุ่มติดยาที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นอันดับต้นๆ

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นทุกปี ยาเสพติดที่ใช้ก็มีความหลากหลาย โดยตัวยาหลักที่ผู้เข้ารับการรักษาครั้งแรกใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า กัญชา ไอซ์

และพืชกระท่อม ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้โดยวิธีการสูบและกิน ทั้งนี้ประเภทยาเสพติดที่มีการใช้ด้วยวิธีการฉีด ได้แก่ เฮโรอีน ผีน ยาบ้า ซึ่งการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดมีการเปลี่ยนแปลงของยาที่ใช้จากเฮโรอีนไปเป็นตัวยาอื่นที่มีรูปแบบยาไม่เหมาะสมกับการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เช่น domicum ยานอนหลับ เป็นต้น นอกจากนี้จะเกิดอันตรายจากยาที่ใช้แล้วยังอาจเกิดผลต่อการดูดซับในหลอดเลือดได้ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันก็เป็นภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และเมื่อร่างกายอ่อนแอ การป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสมักจะควบคู่กันไป การดูแลผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดจะต้องมองหาให้เป็นรูปธรรมและเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้ยังไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้และมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูง รวมถึงเข้าถึงได้ยาก การดำเนินงานกับผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดจึงจำเป็นที่จะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของภาคประชาสังคมที่มีอาสาสมัครในการเข้าถึงผู้ใช้ยาในกลุ่มดังกล่าวอยู่แล้ว

ในวันที่ 25 มิถุนายน 2552 มีการลงนามในบันทึกความเข้าใจด้วยความร่วมมือด้าน harm reduction (Memorandum of understanding on cooperation in harm reduction) ระหว่างหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) และมีผู้แทนจาก UNAIDS UNODC และ WHO ประจำประเทศไทยเป็นสักขีพยานในพิธีดังกล่าว โดยมีสาระสำคัญในการที่จะพัฒนามาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่ออื่นในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการใช้ยาเสพติดโดยการฉีดเข้าเส้นเลือด การให้กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่ยังเลิกไม่ได้และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรมการแสวงหายาระหว่างการใช้ยาและหลังการใช้ยาที่อาจเกิดต่อตนเองและชุมชน จึงให้ความสำคัญแก่การป้องกันและเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดโดยให้ยาเมทาโดนระยะยาว ตลอดจนพัฒนารูปแบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอื่นที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของสังคมไทย ผลจากการลงนามในบันทึกความเข้าใจด้วยความร่วมมือด้าน harm reduction สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Office) ได้อนุมัติให้การบำบัดรักษายาเสพติดด้วยเมทาโดนระยะยาวเป็นสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับการรักษาฟรี (สถาบันธัญญารักษ์, 2553)

จากการคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในประเทศไทย จำแนกตามช่องทางการติดต่อปี 2555-2557 โดยใช้วิธีการ Asian epidemic model พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 43,040 คน โดยจำแนกเป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 41 กลุ่มผู้ติดเชื้อจากคู่อ้อยละ 32 กลุ่มพนักงานบริการกับลูกค้าร้อยละ 11 กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดยาร้อยละ 10 และกลุ่มผู้ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คู่อุปการ (รวมกลุ่มเยาวชน) ร้อยละ 6 ซึ่งจากสถานการณ์ปัญหาโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดที่เข้ารับบริการในปี 2555 พบว่า มีผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดติดเชื้อร้อยละ 25.2 ของประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวี (ผลการเฝ้าระวัง IBBS ปี 2555, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค อ้างถึงใน เอกสารภาคผนวกแนบท้ายคำสั่ง ศพส.ที่ 1/2557 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2557) มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 49.1 ซึ่งเป็นอัตราการใช้ถุงยางน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น มีการใช้เข็มและอุปกรณ์ปลอดเชื้อร้อยละ 80.4 มีอัตราตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 43.6 (เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ครั้งที่ 2/2556 ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2556 อ้างถึงในเอกสารภาคผนวกแนบท้ายคำสั่ง ศพส.ที่ 1/2557 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2557) และขณะที่หน่วยงานภาคประชาสังคมเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดที่เข้าร่วมโครงการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี จำนวน 9,460 คน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประมาณการผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดจำนวนประมาณ 40,300 คน (Nation-wide network scale-up survey ขององค์กรเครือข่ายวิชาการสารเสพติดเดือนธันวาคม 2553 เอกสารภาคผนวกแนบท้ายคำสั่ง ศพส.ที่ 1/2557 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2557 อ้างถึงในสถาบันธัญญารักษ์, 2553)

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

เหตุผลและความจำเป็นในการใช้มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด คือ สามารถลดความเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเลือดอื่นๆ ของผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดที่ยังเล็กไม่ได้ ลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มผู้ใช้

ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด ลดการใช้ยาเกินขนาดและเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด ลดความเสี่ยงที่มีต่อผู้ใช้ยาจากสิ่งแวดล้อมและสังคม และช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีโอกาสเข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันต้องปรับเปลี่ยนเจตคติของผู้ปฏิบัติงานทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมในด้านการยอมรับความเป็นตัวตนของผู้ใช้ยาเสพติด รวมทั้งการจัดกระบวนการรองรับ เช่น การมีโครงการตรวจเลือดโดยความสมัครใจ ยาต้านไวรัส และยารักษาวัณโรค กระบวนการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดควรได้เริ่มนำมาใช้ในประเทศไทยอย่างเป็นระบบและมีกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม ครอบครัวยุวมชน และรัฐบาลท้องถิ่นที่มีความพร้อม เพื่อการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดเป็นไปอย่างบูรณาการอันจะทำให้ผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.2 วัตถุประสงค์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

วัตถุประสงค์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมี 5 ประการ ดังนี้

1. เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยการพัฒนากระบวนการให้การดูแลรักษา และติดตามผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดโดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคที่ติดต่อทางเลือดในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด
3. เพื่อช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดเข้าสู่การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยความสมัครใจให้สามารถลด ละ เลิก ยาเสพติดได้ในที่สุด
4. เพื่อลดอันตรายที่เกิดกับผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด สังคมและชุมชนที่มาจากการใช้ยาเสพติดที่มีฤทธิ์ต่อจิตและประสาท
5. เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงานทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

3.3 หลักการสำคัญของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มี 4 ประการ คือ

1. **ด้านสาธารณสุข** เป็นการป้องกันและลดผลกระทบทางลบที่มีต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากพฤติกรรมบางอย่างของผู้ใช้ยาเสพติด
2. **ด้านสิทธิมนุษยชน** สิทธิ คือ อำนาจหรือการกระทำโดยชอบธรรมตามประเพณี หรือกฎหมายในการอยู่ การมี เพื่อประกันศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาในขณะเดียวกันต้องเคารพสิทธิของผู้อื่นด้วย สำหรับสิทธิในการมีสุขภาพ

เป็นสิทธิในสุขภาพซึ่งเป็นสิทธิของทุกคนในการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะมีได้ รวมทั้งสิทธิในสุขภาพที่สามารถเติมเต็มและเพิ่มขึ้นตามกาลเวลา

3. ด้านมนุษยธรรม โดยเป็นไปเพื่อการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ของมนุษย์ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นในส่วนไหนของโลกก็ตาม ไม่เว้นแม้แต่ในเรือนจำในฐานะที่ผู้ใช้ยาเสพติดเป็นมนุษย์คนหนึ่งที่ถูกจับกุม คุมขัง และการถูกตีตราจากการใช้ยาเสพติด

4. ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าใช้จ่าย รวมทั้งสามารถขยายผลและเกิดความยั่งยืนได้ ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และโรคติดเชื้ออื่นๆ ที่ติดต่อทางเลือด เช่น ป้องกันบุคคลอื่นให้รอดพ้นจากการติดเชื้อเอชไอวี เชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น

3.4 เป้าหมายของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

เป้าหมายของการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด แบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. เป้าหมายเบื้องต้น คือ การลดอันตรายต่างๆ ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด และให้ผู้ที่ใช้ยาเสพติดได้รับสิทธิในการดูแลด้านสุขภาพ
2. เป้าหมายระยะสั้น คือ การปกป้อง ป้องกันและดูแลการติดเชื้อที่สำคัญในผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด โดยเฉพาะโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเลือด
3. เป้าหมายเฉพาะ คือ การจูงใจให้ผู้ที่ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดออกจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมายและหยุดฉีดยาเสพติด เช่น การใช้เมทาโดนทดแทน เป็นต้น
4. เป้าหมายสูงสุด คือ การช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดสามารถปรับตัวเองให้ลดการใช้ยาเสพติดลง และดำรงสถานภาพการไม่กลับไปเสพติดซ้ำให้นานขึ้น ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และหาแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขจนสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้

3.5 ประโยชน์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มีดังนี้

1. เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้จะเลิกใช้ยาเสพติดกับผู้ให้การช่วยเหลือ
2. หลีกเลี่ยงความกดดันต่างๆ ในชีวิต
3. ช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนตนเองและสิ่งแวดล้อม
4. เป็นจุดเริ่มต้นของการนำไปสู่การเลิกใช้ยาเสพติดของบุคคล

5. ช่วยรักษาชีวิตผู้ฉีดยาเสพติดจำนวนเพิ่มมากขึ้น
6. ช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อต่างๆ เช่น เอชไอวี วัณโรค ตับอักเสบ
7. เป็นวิธีการบริหารจัดการเพื่อให้โอกาสผู้ฉีดยาเสพติดที่พยายามเลิกหรือไม่เลิกครอบคลุมมากขึ้น
8. เป็นรูปแบบที่ตอบสนองพฤติกรรมอย่างเข้าใจตามธรรมชาติของผู้ฉีดยาเสพติด
9. เป็นวิธีการหนึ่งในการช่วยลดปัญหาสังคม

3.6 แนวปฏิบัติการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

เน้นการปฏิบัติที่เข้าถึงตัวบุคคล โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มนุษยธรรม สิทธิมนุษยชน ความเข้าใจธรรมชาติของผู้ฉีดยาเสพติดบนพื้นฐานของคุณภาพชีวิต สุขภาพของบุคคลและชุมชน ซึ่งแนวปฏิบัติการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจะเป็น ชุดบริการที่หลากหลายที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพสามารถคัดสรรเพื่อเสนอเป็นทางเลือกให้กับผู้ฉีดยาเสพติดในแต่ละสถานการณ์และแต่ละโอกาส โดยคำนึงถึงความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล สำหรับแนวปฏิบัติด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน ประกอบด้วย 10 ชุดบริการดังนี้ (ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ, 2558)

1. การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเองรวมถึงการฝึกทักษะ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด (Information Education and Communication หรือ IEC)
2. การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy 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. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติดรวมถึงกิจกรรมกลับสู่สังคม และการป้องกันการกลับไปเสพยา (Treatment and rehabilitation for drug users) ซึ่งในแต่ละชุดบริการ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเองรวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด (Information Education and Communication หรือ IEC) หมายถึง การให้บริการเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารและความรู้เพื่อช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพในทางปัญญาให้กับผู้ใช้ยาเสพติดและชุมชน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ อันจะช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดสามารถประเมินหรือสามารถป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้ยาเสพติด รวมทั้งป้องกันไม่ให้ตนเองนำเชื้อเอชไอวีแพร่กระจายสู่บุคคลอื่นด้วย ซึ่งสามารถจัดบริการได้หลากหลายช่องทาง เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การกระจายเสียงตามสายในชุมชน แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ รวมทั้งบุคคลต่างๆ ในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อาสาสมัครหมู่บ้าน แกนนำทางสุขภาพชุมชนและบุคลากรสาธารณสุข

2. การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy หรือ MMT) หมายถึง เป็นการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยการให้กินยาเมทาโดนทดแทนแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงจากการแพร่เชื้อเอชไอวีได้มากกว่าร้อยละ 50 และเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสทางเลือดในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด จุดประสงค์ในการให้กินยาเมทาโดนทดแทนระยะยาวก็เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการรักษาทางสุขภาพ โดยลดอาการขาดยาและมีความปลอดภัยในการได้รับยาทดแทน ความสำเร็จจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยได้รับคำอธิบายให้เข้าใจอย่างชัดเจนถึงพิษและอันตรายจากการได้ยาเมทาโดน ตลอดจนอาการถอนยาที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะสั้นถอนพิษและฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นในการให้บริการของบุคลากรด้านสุขภาพ

ควรมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยในขณะบำบัดรักษา การพิจารณาขนาดยาเมทาโดนที่ปลอดภัย และต้องคอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (สถาบันธัญญารักษ์, 2553)

นอกจากนั้นแล้วการให้ยาเมทาโดนระยะยาว ควรให้ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาอื่นๆ เพื่อช่วยป้องกันการใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน รวมทั้งการตรวจหาเชื้อเอชไอวี การให้คำปรึกษา หากมีการติดเชื้อเอชไอวีก็ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้ใช้ถุงยางอนามัยสำหรับผู้ฉีดยาเสพติดและคูครอง การให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษา การสื่อสารแก่ผู้ฉีดยาเสพติดและคูครอง การให้วัคซีน การวินิจฉัย และรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี การป้องกัน วินิจฉัย และรักษาวัณโรค ผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการยังคงสามารถดำเนินชีวิตได้ตามกิจวัตรประจำวัน เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ

3. การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด (Clean injecting equipment) หมายถึง การบริการในลักษณะของการให้คำแนะนำให้ผู้ใช้อายาและสารเสพติดด้วยวิธีการฉีดที่ยังไม่สามารถหยุดใช้ยาได้ ให้ใช้เข็มและอุปกรณ์สะอาดปราศจากเชื้อโรค เพื่อนำยาหรือสารเสพติดเข้าสู่ร่างกาย โดยอธิบายวิธีการทำความสะอาดเข็มและอุปกรณ์การฉีด การหาซื้อเข็มใหม่ หรือการเข้าร่วมโปรแกรมการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยากับองค์กรเอกชน ตลอดจนวิธีการทำลายเข็มและอุปกรณ์การฉีดที่ใช้แล้ว ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ใช้อายาและสารเสพติดด้วยวิธีการฉีดให้มีความเสี่ยงจากการใช้อายาเสพน้อยลง ลดการติดเชื้อของโรคที่ติดต่อทางเลือด เช่น เชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น

4. การแจกถุงยางอนามัย (Condom provide) หมายถึง การให้บริการผู้ใช้อายาเสพนิตเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจถึงความสำคัญและประโยชน์ของถุงยางอนามัยว่าเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ใช้อายาเสพนิตติดเชื้อโรคจากการมีเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งมีการแจกถุงยางอนามัยและให้คำแนะนำวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องและวิธีการเก็บทิ้งอย่างถูกต้องและเหมาะสมเพื่อให้เกิดความปลอดภัย

5. การให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจและส่งต่อรับบริการการดูแลรักษา (Voluntary Counseling and Testing หรือ VCT) หมายถึง การจัดบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีที่ผู้ใช้อายาเสพนิตสมัครใจหรือให้การยินยอมในการตรวจเลือด โดยการใช้กระบวนการให้คำปรึกษา จัดให้มีการปรึกษาก่อนตรวจ (Pre-counseling) การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การให้ข้อมูล

เกี่ยวกับโรคเอดส์ การตรวจเลือดและพิจารณาความพร้อมในการรับการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ รวมทั้งการให้คำปรึกษาหลังการตรวจ (Post counseling) แก่ผู้ใช้ยาเสพติดที่มีผลเลือดที่เป็นบวกและลบเพื่อส่งต่อสถานพยาบาลหรือแพทย์เฉพาะทางเพื่อให้ได้รับบริการรักษาที่มีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งเป็นบริการที่เคารพในสิทธิมนุษยชน เน้นการตรวจรักษาที่เป็นความลับ เพราะการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องร้ายแรงที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ต่อครอบครัว สังคม และชุมชนที่ยาวนาน ดังนั้นการให้บริการปรึกษาและการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจและส่งต่อรับบริการการดูแลรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะนอกจากเป็นการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเข้าสู่การดูแลรักษาในระบบสาธารณสุขแล้วยังเป็นการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีอีกทางหนึ่งด้วย (สถาบันธัญญารักษ์, 2553)

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

7. การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาโรควัณโรค (Prevention, diagnosis and tuberculosis treatment) หมายถึง การให้บริการการตรวจสุขภาพกับผู้เข้ารับการบำบัดรักษา โดยการตรวจร่างกายทั่วไปและการเอ็กซเรย์ปอดเพื่อวินิจฉัยโรควัณโรค และให้การรักษา หากพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นวัณโรค

8. กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer educator) หมายถึง การทำกิจกรรมโดยกลุ่มเพื่อนผู้ที่ใช้ยาเสพติดช่วยเพื่อนผู้ที่ใช้ยาเสพติดด้วยกันในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วย ซึ่งกิจกรรมสำคัญคือการเป็นอาสาสมัครเชิงรุก เพื่อเข้าถึงเพื่อนผู้ที่ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการค้นหาและชักชวนผู้ที่ใช้ยาเสพติดที่ยังหลบซ่อนตัวให้ออกมาทำกิจกรรมเพื่อการบำบัดรักษา ยาเสพติดและการทำกิจกรรมเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ยังเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อนผู้เสพยาในลักษณะตัวต่อตัวผ่านความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน โดยใช้เวลาที่พบปะกันอย่างไม่เป็นทางการ และลักษณะพบกันเป็นกลุ่ม โดยมีการนัดหมายเพื่อนในกลุ่มของตนมาพบพร้อมกัน มีวัตถุประสงค์ชัดเจน มีกำหนดเวลา และกระบวนการดำเนินการ

ค่อนข้างเป็นทางการ มีรายงานผลการวิจัย พบว่า การให้ความรู้เพื่อนผู้ใช้ยาโดยผู้ใช้ยาด้วยกันมีประสิทธิภาพในการเพิ่มช่วยความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันโรคเอดส์ เพิ่มความตระหนักต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและทัศนคติต่อถุงยางอนามัยมากกว่าการได้รับข้อมูลความรู้จากแหล่งอื่นๆ (สถาบันธัญญารักษ์, 2553) เนื่องจากมีความสนิทสนมเป็นกันเองทำให้กล้าซักถามในประเด็นที่สงสัยและสนใจจากเพื่อน การทำงานของเพื่อนผู้ใช้ยาที่เป็นอาสาสมัครนั้นจะต้องผ่านการคัดเลือกและเตรียมความพร้อมโดยต้องผ่านการอบรมเพิ่มพูนความรู้ตามโปรแกรมต่างๆ ที่กำหนดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

9. การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด

หมายถึง การจัดให้มีบริการตรวจ รักษา และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตกับ ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา เช่น มีอาการเครียด นอนไม่หลับ หวาดระแวง ซึมเศร้า ตลอดจนให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษพิษภัยและอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่มีต่อร่างกาย และจิตใจ เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาตระหนักและเริ่มสนใจอยากเลิกใช้ยาเสพติด ซึ่งผู้ให้การบำบัดให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีการเลิกลดละอย่างค่อยเป็นค่อยไปที่เหมาะสมกับแต่ละราย รวมทั้งให้การช่วยเหลือดูแลและให้กำลังใจตลอดเวลาที่อยู่บำบัดรักษา

10. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติดรวมถึงกิจกรรม กลับสู่สังคม และการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Treatment and rehabilitation for drug users) หมายถึง การให้บริการการตรวจวินิจฉัย การให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยยาเสพติดด้วยวิธีการต่างๆ ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งมีการติดตามช่วยเหลือให้ผู้ใช้ยาเสพติดสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข สามารถเรียนหนังสือ ทำงานหาเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว และสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ในที่สุด

กล่าวโดยสรุปได้ว่า แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นการช่วยลดปัญหาการแพร่ระบาดและลดการสูญเสียอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดที่อาจเกิดขึ้นกับ ตัวบุคคล ชุมชน และสังคม เป็นการป้องกันอันตรายโดยการทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อบุคคลรอบข้างลดลง ในขณะที่ผู้ใช้ยาเสพติดยังไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ ซึ่งเป็นการยืดหยุ่นวิธีการรักษา ที่ยึดความพร้อมของผู้ใช้เป็นฐาน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มนุษยธรรม สิทธิมนุษยชน และความเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติดเป็นสำคัญ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการลดอันตราย

จากการใช้ยาเสพติดนำเสนอให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก ให้มีมุมมองและทัศนคติที่ยอมรับความเป็นตัวตนของผู้เสพยาเสพติด รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาเสพติดในรูปแบบที่แตกต่างไปจากเดิม เพื่อนำไปพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดให้เหมาะสมกับบริบท สภาพแวดล้อมและสภาพพื้นที่อยู่อาศัยของผู้เสพยาเสพติดโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่เป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก

3.7 ผลการดำเนินงานตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในต่างประเทศ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอตัวอย่างประเทศที่มีการนำแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดไปใช้ ประกอบด้วย แคนาดา รัสเซีย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เยอรมัน บราซิล สหรัฐอเมริกา แทนซาเนีย อินโดนีเซีย จีน เวียดนาม บังคลาเทศ อิหร่าน และมาเลเซีย ซึ่งมีเนื้อหาสาระโดยสังเขปดังนี้ (สถาบันธัญญารักษ์, 2555)

ประเทศแคนาดา ประเทศแคนาดามีเป้าหมายในการจัดการกับยาเสพติดที่ผิดกฎหมายและหากองทุนสนับสนุนในการรักษาผู้เสพยาเสพติด พบว่า จากการรวบรวมข้อมูลด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่เกิดจากผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีด หากจะดำเนินการตามแนวคิดการลดอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดจำเป็นต้องมีการแก้ไขข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายว่าด้วยการกระทำความผิดในข้อหายาเสพติด คือ 1) พัฒนารูปแบบและแนวทางระหว่างกฎหมายและการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้มีความครอบคลุมและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน 2) ค้นหาองค์กรที่สามารถให้การสนับสนุนในการบำบัดรักษากลุ่มเป้าหมายได้ 3) พัฒนารูปแบบเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเพื่อลดอันตรายที่เกิดจากการฉีดยาเสพติด และ 4) ออกกฎระเบียบที่ให้ความสำคัญกับการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ซึ่งต่อมาได้มีการนำเสนอข้อสรุปและข้อเสนอแนะแก่รัฐบาลว่า การแจกเข็มฉีดยาให้กับผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดเป็นหนึ่งในวิธีการลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อเอชไอวีที่ไม่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง อีกทั้งยังเป็นหนทางการเข้าถึงกลุ่มผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดได้อีกทางหนึ่งด้วย ซึ่งจากการตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานจากโครงการต่างๆ แล้วยังไม่มีหลักฐานและยังไม่มีรายงานใดที่แสดงว่าการมีโครงการแจกเข็ม

ฉีดยาทำให้การใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นในชุมชนนั้นๆ แต่สิ่งที่ค้นพบคือการใช้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และอันตรายจากการเสพยาเสพติดมีส่วนทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดยาได้ลดพฤติกรรมเสี่ยงลดลง และการแจกเข็มฉีดยาทำให้กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดยาได้รับความรู้มากขึ้น มีการเข้ารับบริการการให้คำปรึกษา และการเข้าถึงการรักษาและบริการอื่นๆ นอกจากนั้นแล้ว ประสพการณ์จากโครงการการแจกเข็มฉีดยาในแวนคูเวอร์ พบว่า การแจกเข็มเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะยืนยันได้ว่าสามารถลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ฉะนั้นยุทธวิธีในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่ประเทศแคนาดานำมาใช้จะต้องบูรณาการร่วมไปกับการดำเนินการในการให้บริการผู้ใช้ยาเสพติด ดังนี้ การให้ความรู้ (Education) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Outreach) การช่วยเหลือสนับสนุน (Support) การควบคุมการสั่งยา (Drug prescription) และการรักษา (Treatment)

ประเทศรัสเซีย ประเทศรัสเซียพบว่าการปฏิรูปนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดระหว่างปี 2003-2004 เนื่องจากพบว่า จากการสำรวจมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำนวน 283,000 คน ซึ่งร้อยละ 80 พบว่ามีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดชนิดฉีดยา โดยประมาณการว่ามีผู้ป่วยเอดส์จำนวน 56,000 คนที่ต้องการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และมีผู้ใช้สารเสพติดที่เสียชีวิตจำนวนมากถึง 3,000 คน โดยพบว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งต่อมารัฐบาลรัสเซียได้ให้สัญญาแก่ประชาชนชาวรัสเซียตั้งแต่ปี 2001 ว่าจะปฏิรูปนโยบายเกี่ยวกับเรื่องยาเสพติดให้มากขึ้น ซึ่งปัจจุบันนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นประเด็นสำคัญในลำดับต้นๆ ที่รัฐบาลให้ความสนใจและใส่ใจอย่างจริงจัง

ประเทศออสเตรเลีย สำหรับประเทศออสเตรเลียได้เริ่มนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดตั้งแต่ปี 1976 เนื่องจากมีประชากรมากถึง 185 ล้านคนที่ติดยาเสพติด และในปัจจุบันมีการใช้ยาเมทาโดนสำหรับกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่อาศัยตามท้องถนนด้วย

ประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเทศเนเธอร์แลนด์ได้ก่อตั้งหน่วยงานที่ดำเนินงานตามแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction) โดยมีการจัดทำโปรแกรมการรักษาด้วยยาเมทาโดนในปลายทศวรรษที่ 70 และเริ่มแพร่ขยายในทศวรรษที่ 80 โดยมีเป้าหมายเพื่อจัดการกับการแพร่ระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ รวมทั้งอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดและอันตรายอื่นๆ ที่เกิดจากยาเสพติด โดยการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดยาด้วยยาเมทาโดนเพื่อวัตถุประสงค์ 3 เป้าหมาย คือ มีการ

ติดต่อกับผู้เสพยาเฮโรอีนอย่างต่อเนื่อง คงระดับจำนวนของผู้เสพยาเฮโรอีน การถอนพิษยาและรักษาผู้เสพยาเฮโรอีน พบว่าหนึ่งในความสำเร็จของการรักษาด้วยโปรแกรมเมทาโดนในการชักจูงให้ผู้เสพยาเสพติดเข้าร่วมการรักษาของกรุงอัมสเตอร์ดัม คือ แม้ว่าการให้บริการแบบ methadone bus จะไม่มีการตรวจปัสสาวะ และไม่มีการติดต่อกับผู้ให้คำปรึกษา แต่กลับพบว่า จำนวนของผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าตั้งแต่การเริ่มประชาสัมพันธ์โครงการฯ ทั้งๆ ที่การแจกเข็มฉีดยามีข้อจำกัดเหมือนกับประเทศอเมริกา คือ ไม่มีการรักษาเพื่อคงระดับการให้ยาเมทาโดนที่สูงเพียงพอในการป้องกันการใช้เฮโรอีน และไม่มีการให้ยาเมทาโดนในลักษณะแบบอื่นนอกจากการรับประทานเท่านั้น

ประเทศเยอรมัน ในประเทศเยอรมันมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรักษาด้วยเมทาโดน และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดในกรุงเบอร์ลิน ผลการศึกษาพบว่า การรักษาด้วยยาเมทาโดนมีส่วนช่วยลดจำนวนการแลกเปลี่ยนเข็มในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ซึ่งเท่ากับเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีได้ทางหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือ ควรให้ความสำคัญกับพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดโดยการกำหนดมาตรการป้องกันอื่นๆ ด้วย และควรนำแนวทางการรักษาด้วยยาเมทาโดนไปใช้ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดที่มีอัตราการแลกเปลี่ยนเข็มในระดับสูง เช่น กลุ่มผู้ต้องขังและผู้ที่ใช้ยาเรงับประสาธ

ประเทศบราซิล ประเทศบราซิลได้เริ่มนำแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ที่เมืองซานตอส ในปี 2532 ซึ่งจากการประเมินผลการดำเนินงานพบว่า จากโครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ใช้เข็มฉีดยามีการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นโครงการนี้จึงถูกปิดลงไปในปี 2538 ด้วยเหตุผลว่าเป็นการสนับสนุนให้คนใช้ยาเสพติดต่อมาได้มีการร่างกฎหมายเกี่ยวกับแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อใช้เฉพาะในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด โดยชี้ให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดต่ำกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ใช้ยาที่ติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบจากการใช้เข็มฉีดยาที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งกฎหมายฉบับนี้มีผลบังคับใช้ในปี 2541 ในรัฐเซาเปาโล และต่อมามีการขยายผลบังคับใช้ทั่วประเทศบราซิล ซึ่งการดำเนินงานตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนี้ได้เน้นให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีส่วนร่วมมากขึ้น มีสถานที่เฉพาะในการใช้เพื่อฉีดยาที่ปลอดภัยเพื่อลดอันตรายจากการติดเชื้อโรค และมีการออกกฎหมายเพื่อ

ช่วยเหลือคุ้มครองผู้ขายยาเสพติด รวมทั้งมีการปรับปรุงระบบการศึกษาเพื่อเอื้อให้ผู้ขายยาเสพติดสามารถเข้ารับการศึกษาได้สะดวกมากขึ้น

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานผลการดำเนินงานของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี 1987 พบว่า โครงการแจกเข็มฉีดยาสามารถป้องกันผู้ติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มผู้ขายยาเสพติด ชนิดฉีด รวมไปถึงสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีไปสู่สามี-ภรรยา และลูกๆ ประมาณ 10,000 คน และตัวเลขเพิ่มมากขึ้นเป็น 11,000 คนในปี 2000 ซึ่งเมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างปี 1987-1995 อยู่ที่ประมาณ 244 และ 538 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนเงินดังกล่าวสามารถนำมาจัดตั้งเป็นโครงการแจกเข็มฉีดยาได้มากถึง 161 และ 354 แห่งทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา

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

ประเทศอินโดนีเซีย จากสถิติที่สำรวจในกรุงจาการ์ตา และเวสจาวา ในปี 2003 พบว่า มีจำนวนผู้ขายยาเสพติดโดยการฉีดเข้าเส้นทั้งหมดประมาณ 18,000-26,000 ราย แต่กลับมีแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มดังกล่าวเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20-50 ซึ่งจากผลการสำรวจดังกล่าวทำให้ 2 จังหวัดมีการรวมตัวกันของกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ เรือนจำ โรงพยาบาลเอกชนและองค์กรภาคเอกชน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานฯ วัตถุประสงค์ของการรวมกลุ่มดังกล่าวเพื่อให้กลุ่มผู้ขายยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดสามารถเข้าถึงบริการด้านเข็มฉีดยาสะอาด ได้รับยาทดแทนทางปาก การรับบริการในการให้คำปรึกษา ทั้งนี้เพื่อลดอัตราการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ซึ่งต่อมาข้อเสนอดังกล่าวนำไปสู่การขยายผลจากระดับจังหวัดไปสู่ระดับประเทศ คือ ได้รับการสนับสนุนเงินโยบาย

จากผู้บริหารระดับสูง และมีการปรับกลไกทางกฎหมายเพื่อให้เอื้อต่อกิจกรรมในลักษณะดังกล่าวนี้ให้มากขึ้น รวมทั้งกำหนดให้ประชาชนในท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ

ประเทศจีนและเวียดนาม ในปี 2002 ได้มีองค์กรเอกชนซึ่งเป็นกลุ่มคนที่อยู่ในประเทศจีนและเวียดนามได้ก่อตัวขึ้นเพื่อร่วมมือกันริเริ่มโครงการแจกเข็มฉีดยาให้กับผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ในมณฑลเซียงจู ประเทศจีนและตามแนวชายแดนเวียดนาม จังหวัด Lang Song โดยจะมีเจ้าหน้าที่จากองค์กรเอกชนดังกล่าวเป็นผู้ที่คอยเก็บเข็มฉีดยาที่ใช้แล้วจากกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และแจกคูปองที่สามารถนำไปแลกเข็มฉีดยาใหม่ได้จากร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ ผลการประเมินพบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้าร่วมโครงการมีอัตราแลกเปลี่ยนเข็มลดลงครั้งหนึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใช้ยาเสพติดที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ

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

ประเทศบังคลาเทศ มีรายงานผลการสำรวจ 3 รอบในระหว่างปี 1999-2000 ในแหล่งที่มีการให้บริการแลกเปลี่ยนเข็มสำหรับกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด ผลการสำรวจไม่พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น และจำนวนผู้ติดเชื้อซิฟิลิสก็มีอัตราการลดลงจากร้อยละ 4.1 เหลือ 1.7

ประเทศอิหร่าน ในประเทศอิหร่านพบว่ามีรายงานจากร้านขายยาบางแห่งว่า มีการขายเข็มฉีดยาได้ถึงเดือนละ 1,000-1,500 อัน ซึ่งร้อยละ 70 ของผู้ซื้อเข็มฉีดยาเป็นผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ซึ่งในรายงานนี้ได้สรุปผลของโครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยานี้ว่า สามารถช่วยลดอัตราการแลกเปลี่ยนเข็มลงได้ประมาณครึ่งหนึ่ง

ประเทศมาเลเซีย นายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรีของประเทศมาเลเซียได้ตกลงให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดำเนินงานเกี่ยวกับนโยบายการให้บริการรักษา และการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติดอย่างเต็มที่ในปี 2005 ซึ่งในปี 2006 พบว่า ประเทศมาเลเซียมีผู้ติดเชื้อรายใหม่จากการฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือดเพียงจำนวน 3,127 คน จากจำนวนการติดเชื้อสะสมทั้งหมดในประเทศ 52,407 คน และมีการคาดประมาณว่ามีผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดทั้งสิ้นประมาณ 120,000 คน นอกจากนี้แล้วรายงานผลจากการสำรวจใน drug rehabilitation center จำนวน 28 แห่ง พบว่ามีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ระหว่าง ร้อยละ 8-41 ทั้งนี้แตกต่างกันตามภูมิภาค และผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.7 จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทำให้ประเทศมาเลเซียตัดสินใจนำแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ในปี 2006 เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดผ่านโครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยา ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ใช้ยาเสพติดลดหรือเลิกการใช้ยาเสพติด และหันมาใช้สารทดแทนโดยผ่านโครงการที่มีชื่อเรียกว่าการให้บริการบำบัดรักษาโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy: MMT) ซึ่งการผลักดันนโยบายนั้นจำเป็นต้องมีการประชุมและจัดเตรียมข้อมูลให้พร้อม ซึ่งการผสมผสานนโยบายดังกล่าวใช้หลักการสามประการ คือ การลดอุปสงค์ การลดปริมาณการใช้ยาเสพติด และการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ผลปรากฏว่าโครงการนี้ช่วยทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดถูกดึงตัวจากที่มีดสูที่สว่าง ทำให้มีความกล้าที่จะเปิดเผยตัวและเข้ารับการบำบัดรักษาจากศูนย์ต่างๆ

ส่วนการให้บริการบำบัดรักษาด้วย MMT นั้นมีใน 3 สถานที่ คือ ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในคลินิกเอกชน ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในเรือนจำ และศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชน โดยศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในเรือนจำเริ่มต้นในปี 2009 ผลการดำเนินงานสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมรวมทั้งให้บริการเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาด้วย สำหรับศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนดำเนินงานพบว่า มีผู้ใช้ยาเสพติดเป็นอาสาสมัครแกนนำค้นหาและเข้าถึงผู้ใช้ยาเสพติดคนอื่นๆ ในชุมชน เพื่อให้ความรู้และให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การใช้ถุงยางอนามัย การแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยาที่สะอาด รวมทั้งชักจูงให้ผู้ใช้ยาเสพติดรายใหม่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา หรือเข้าใช้บริการการรับยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว ส่วนกระบวนการดำเนินงานในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนั้นจะมีวิธีการดำเนินงานที่เป็นความลับ เช่น การลงทะเบียนประวัติผู้ป่วยเน้นเป็นความลับทางการแพทย์และมีระบบรักษาความปลอดภัยประวัติของผู้ป่วยแต่ละคน การแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาใช้ระบบโค้ดโดยจะมีบัตรประจำตัวเป็นรหัสไม่มีชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย ซึ่งบัตรประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละคนจำเป็นต้องมีการเก็บรักษาไว้เป็นอย่างดีเพราะหากถูกจับตัวมาจะมีการประสานงานกับศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดตามเลขรหัสในบัตรประจำตัว ซึ่งก็จะได้รับการปล่อยตัวเพราะถือว่าเป็นผู้เข้าร่วมโครงการ กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้มีการกำหนดตัวชี้วัด และกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแต่ละแห่งอย่างชัดเจนทั้งการบำบัดรักษาด้วยวิธีการให้เมทาโดนทดแทนระยะยาว และการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยาที่สะอาด

3.8 การดำเนินงานตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทย

การดำเนินงานให้บริการป้องกันและดูแลรักษาผู้ใช้ยาเสพติดในประเทศไทยเริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2533 โดยการทำงานอยู่ในลักษณะเป็นโครงการนำร่อง เช่น โครงการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดด้วยยาเมทาโดนทดแทน โดยภายหลังจากการประชุมสมัชชาแห่งชาติสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยได้มีความพยายามที่จะดำเนินการแก้ปัญหาในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดมาโดยตลอด จนถึงปลายปี พ.ศ. 2545 จึงได้มีการจัดตั้ง “คณะทำงานเร่งรัดการลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด” เพื่อให้มีกลไกขับเคลื่อน

ทั้งในเชิงข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับปัญหา ตลอดจนผลกระทบของการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ กองป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ เครือข่ายผู้ใช้ยาเสพติดประเทศไทย (TDN) มูลนิธิรักษ์ไทย มูลนิธิพีเอสไอประเทศไทย มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการเข้าถึงการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (TTAG) กรมราชทัณฑ์ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (ป.ป.ส.) และสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) องค์การอนามัยโลก (WHO) กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) และ สำนักงานสหประชาชาติด้านยาเสพติดและอาชญากรรม (UNODC) ศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐอเมริกาด้านสาธารณสุข (TUC) และองค์การส่งเสริมสุขภาพครอบครัวสากล (FHI) คณะทำงานได้เริ่มการจัดแผนงานและโครงการร่วมภายใต้คณะทำงานดังกล่าวข้างต้น โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานสหประชาชาติ เช่น โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ องค์การอนามัยโลก กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และสำนักงานสหประชาชาติด้านยาเสพติดและอาชญากรรม ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้ได้เผยแพร่เอกสารเชิงนโยบายและข้อมูลสนับสนุนเป็นอย่างดีทำให้หลายหน่วยงานเริ่มมีความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น มีการริเริ่มดำเนินการด้านต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ทั้งนี้ได้รับการสนับสนุนการจัดประชุมต่างๆ โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) กรมควบคุมโรค ภายใต้คณะทำงานดังกล่าวทำให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด อีกทั้งมีการประสานงานกันมากขึ้น หน่วยงานหลัก ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (ป.ป.ส.) กรมการแพทย์ และกรมควบคุมโรค มีการผลักดันการแก้ปัญหาทำให้มีผลดีขึ้นตามลำดับ ประกอบกับมีการประกาศใช้ พรบ. ว่าด้วยความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในปี 2545 โดยกำหนดให้ผู้ใช้ยาเสพติดเป็นผู้ป่วย ซึ่งช่วยทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีโอกาสเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาง่ายขึ้น

จนกระทั่งวันที่ 1 กรกฎาคม 2547 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มอบนโยบายในการประชุมเพื่อรายงานผลโครงการเร่งรัดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดให้กรมการแพทย์ สถาบันธัญญารักษ์เป็นศูนย์กลางการดำเนินงานการลด

อันตรายจากการใช้ยาเสพติด และเห็นความสำคัญของการขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการดำเนินงานตามแผนงานฉบับแรก (พ.ศ. 2547-2548) ต่อมานายกรัฐมนตรีได้ประกาศสนับสนุนงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดในระหว่างการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2547 ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี ในเวลาต่อมาคณะทำงานได้เปลี่ยนชื่อเป็น “คณะทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้ยา” มีการจัดทำแผนงานร่วมกันฉบับที่ 2 เพื่อใช้ดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2549-2550 ซึ่งในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีการดำเนินงานจากหน่วยงานต่างๆที่ดำเนินงานด้านยาเสพติดและเอดส์อย่างต่อเนื่อง เช่น (สถาบันธัญญารักษ์, 2555)

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

2. มูลนิธิพีเอสไอประเทศไทย ได้จัดทำโครงการการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดภายใต้ชื่อว่า “บ้าน OZONE” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 มีการให้บริการข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ใช้ยาเสพติดในรูปแบบ Drop-in center เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ใช้ยาเสพติด รวมทั้งให้บริการคลินิกสุขภาพและการให้คำปรึกษา

3. มูลนิธิริชไทยและเครือข่ายผู้ใช้ยาประเทศไทย (TDN) ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาเลเรีย (กองทุนโลกด้านเอดส์) ดำเนินโครงการป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเพิ่มการช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติด โดยเปิดศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 3 แห่งทั่วประเทศ มีการดำเนินงานแบบ Drop-in center มีการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ การแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยา การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ โดยให้เครือข่ายผู้ใช้ยาเสพติดเป็นผู้ดำเนินการโดยตรง

4. สถาบันธัญญารักษ์ ได้รับงบประมาณจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) และ สำนักงานสหประชาชาติด้านยาเสพติดและอาชญากรรม (UNODC) ในการดำเนินโครงการ Drug and HIV/AIDS outreach program และได้รับงบประมาณจากองค์การส่งเสริมสุขภาพครอบครัวสากล (FHI) ในปี พ.ศ. 2550-2551 ในการพัฒนาศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่เข้าถึงได้ง่าย

โดยใช้ชื่อว่า “บ้านอุ่นไอรัก” สร้างกลุ่มอาสาสมัครผู้สูงอายุเสพติดที่ทำงานกับผู้สูงอายุเสพติด สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้าถึงผู้สูงอายุเสพติด

5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) ได้รับงบประมาณจากรัฐบาลในการดำเนินงานโครงการพัฒนาเครือข่ายการทำงานด้านเอดส์ ในผู้สูงอายุเสพติดชนิดฉีดยาในระดับชาติในปี พ.ศ. 2550-2551 ได้พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล นำร่อง 10 แห่ง พร้อมสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานเพื่อให้บริการการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

สำหรับการดำเนินงานของสถาบันธัญญารักษ์ได้ก่อให้เกิดโครงการเข้าถึงผู้สูงอายุเสพติด ซึ่งนำร่องโดยศูนย์บำบัดในกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่และสงขลา เกิดเป็นบทเรียนของศูนย์บำบัดของภาครัฐครั้งแรก นอกจากนี้ยังได้จัดให้มีการประชุมวิชาการด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดขึ้นเป็นครั้งแรกในเดือนมิถุนายน 2548 ครั้งที่ 2 เมื่อปี พ.ศ. 2550 และครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ทำให้เกิดรูปแบบกิจกรรมตามแนวทางการลดอันตรายมากขึ้น เช่น โครงการ outreach เพื่อเข้าถึงตัวผู้สูงอายุเสพติด การตั้งศูนย์ Drop-in ให้กับผู้สูงอายุเสพติด การทำงานกับผู้ต้องขังในเรือนจำ การพัฒนาคู่มือการฝึกอบรม การทำงานใกล้ชิดโดยให้มีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเสพติดมากขึ้น การจัดทำหนังสือและเอกสารทางวิชาการต่างๆ เช่น หนังสือทบทวนองค์ความรู้ และประเมินสถานการณ์ปัญหาและการแก้ไขที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้สูงอายุเสพติด หนังสือทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านนโยบายและกระบวนการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเสพติดชนิดฉีดยา แนวทางการบำบัดรักษาผู้สูงอายุเสพติดด้วยยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว คู่มือการทำงาน outreach แนวทางการปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น ต่อมาต้นปี พ.ศ. 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศให้ยาเมทาโดนรวมอยู่ในบัญชีหลักที่สามารถบริการผู้สูงอายุเสพติดภายใต้พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพ เป็นต้น

นอกจากนี้ การที่คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการปฏิบัติทางการป้องกันเอดส์ ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ได้สนับสนุนงบประมาณ 34 ล้านบาท จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแก่สถาบันธัญญารักษ์และหน่วยงานเครือข่ายให้ดำเนินการด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และลดการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ 13 จังหวัด ซึ่งเป็นโอกาสที่ได้ขยายความครอบคลุมของการให้บริการ

ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดให้มากขึ้น นับได้ว่าตั้งแต่ปี 2549 เป็นต้นมา กลไกคณะทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดได้มีการปรับเปลี่ยนทั้งองค์ประกอบของคณะทำงานที่มีองค์กรและกรมการที่หลากหลายมากขึ้น และแต่ละองค์กรมีศักยภาพทางการเงินและทรัพยากรบุคคลดำเนินการมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้การทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดได้ผลดียิ่งขึ้น และได้รับการตอบสนองในระดับองค์กรและหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งมีความเอกภาพในการทำงานร่วมกันมากขึ้น

3.9 แนวคิดการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Concept of drop-in center)

ความหมายของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Drop-in center) หมายถึง แหล่งหรือสถานที่ปลอดภัยสำหรับผู้ที่ใช้ยาเสพติดที่ใช้ในการจัดกิจกรรมและให้บริการที่เป็นประโยชน์ทางสุขภาพตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งบริการทางสุขภาพที่จัดให้เน้นบริการตามความต้องการที่จำเป็นของผู้ใช้ยาเสพติดครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (Holistic needs) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการบริการ 10 ชุดบริการ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ใช้ยาเสพติดเห็นความสำคัญของตนเอง เกิดเจตคติที่ดีว่าตนเองมีคุณค่าต่อสังคม ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพให้กับผู้ใช้ยาเสพติดในการดูแลตนเอง และป้องกันโรคที่อาจเกิดจากการใช้ยาเสพติด เช่น การติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อตับอักเสบบีไวรัส ให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ใช้ยาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพของรัฐตามสิทธิพึงมีพึงได้ของตนเอง รวมทั้งเป็นแหล่งที่ผู้ใช้ยาเสพติดใช้เป็นที่พักปะกันเพื่อทำกิจกรรมสร้างสรรค์ฝึกทักษะการเข้าสังคม ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่อาจมีผลกระทบต่อผู้อื่น โดยได้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลรายกลุ่ม ประการสำคัญคือได้รับการตรวจสุขภาพตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองตลอดทั้งได้รับการส่งเสริมอาชีพ อันจะช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกๆ ด้านจนกว่าจะสามารถลดละเลิกการใช้ยาเสพติดได้ในที่สุด

มาตรฐานสำคัญของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

มาตรฐานสำคัญของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดประกอบด้วย 3 ด้านดังนี้ (สถาบันธัญญารักษ์, 2556)

1. ด้านสถานที่ตั้ง มีดังนี้

1.1 **เหมาะสม** แหล่งที่ตั้งควรอยู่ในบริเวณใกล้กับที่พักอาศัยของกลุ่มเป้าหมาย และใกล้กับสถานบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งกำหนดเวลาเปิด-ปิดการให้บริการ สอดคล้องกับเวลาที่กลุ่มเป้าหมายสะดวกในการเข้าใช้บริการ

1.2 **เพียงพอ** ควรมีพื้นที่ที่กว้างขวาง ไม่แออัดเกินไป จัดไว้เป็นสัดส่วน เช่น ห้องทำงานของเจ้าหน้าที่ ห้องประชุม ห้องพักผ่อน ห้องพยาบาล ห้องอาหาร เป็นต้น

1.3 **สะดวก** สามารถเดินทางไปมาได้ง่าย มีรถประจำทางผ่าน แต่ไม่ควรอยู่ในย่านที่มีการจราจรคับคั่ง

1.4 **สะอาด** ทั้งตัวอาคาร ห้องพัก ห้องอาบน้ำ ห้องอาหาร ฯลฯ และอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ภายในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมีลักษณะที่พร้อมใช้ และสะอาดถูกสุขอนามัย

1.5 **ปลอดภัย** ไม่ตั้งอยู่ในบริเวณที่ล่อแหลมต่อการเผชิญกับอาชญากรรม ภัยธรรมชาติ หรือมีเสียงอึกที่รบกวนมากเกินไป

1.6 **ไม่แปลกแยก** ไม่โดดเด่นจนทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน ถูกตีตรา หรือมีอคติในด้านต่างๆ เช่น อาคารสถานที่และแหล่งที่ตั้งควรมีลักษณะกลมกลืนกับสภาพแวดล้อมของชุมชน ชื่อสถานที่ควรตั้งให้เกิดความรู้สึกอยากมาใช้บริการ หรือทำให้ชุมชนรู้สึกมีส่วนร่วม เช่น ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์ลดอันตราย ศูนย์บริการคุณภาพชีวิต เป็นต้น ไม่ควรตั้งชื่อที่ล่อแหลมต่อมุมมองด้านศีลธรรมหรือदानกกฎหมาย เช่น ศูนย์กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด เป็นต้น

2. ด้านบุคลากร

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

2.2 ศักยภาพของทีมงาน ควรมีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ความรู้เรื่องแนวคิด การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด รวมทั้งมีเจตคติที่ดีต่อการทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และมีทักษะในการทำงานตรงกับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในทีมงาน

2.3 จัดให้มีการดำเนินกิจกรรมการบริการข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือทั้งในด้านการบริการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการบริการทางสังคม

2.4 มีการจัดวางระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

3. ด้านอุปกรณ์

3.1 มีพื้นที่กว้างเพียงพอต่อการให้บริการด้านนันทนาการ เช่น โทรทัศน์ เกมส 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 ถูยงอนามัย

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 จูงใจให้ผู้ใช้ยาเสพติดที่เป็นสมาชิกให้เข้ารับการรักษา โดยทำการคัดกรอง และส่งต่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในแล้วแต่กรณีที่เหมาะสม

1.5 มีกิจกรรมการพัฒนาทักษะในการป้องกันการติดเชื้อโรค เช่น การใช้ ถูยงอนามัยอย่างถูกต้อง วิธีการทำความสะอาดเข็มฉีดยา เป็นต้น

1.6 การให้คำปรึกษาผู้ใช้ยาเสพติดเป็นรายบุคคลและกลุ่ม

1.7 เป็นที่พึ่งทางใจ คลายเครียด

1.8 สร้างพลังให้สมาชิกเพื่อให้คงอยู่ในระบบเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

1.9 กิจกรรมการออกกำลังกาย และจัดนันทนาการตามความเหมาะสมกับผู้ใช้ยาเสพติดแต่ละคน

2. ด้านการบริการทางสังคม

2.1 กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน

2.2 กลุ่มบำบัด เช่น กลุ่มฝึกทักษะทางสังคม

2.3 ระบบส่งต่อบริการการบำบัดรักษา

2.4 กิจกรรมพัฒนาทักษะอาชีพ และบริการฝึกอาชีพตามความสนใจของผู้ใช้ยาเสพติดที่เป็นสมาชิกของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

2.5 กิจกรรมการบำเพ็ญประโยชน์ทางสังคม

2.6 สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวผู้ใช้ยาเสพติดที่เป็นสมาชิก

2.7 กิจกรรมทางสังคมอื่นๆ เช่น การร่วมกิจกรรมของชุมชนในเทศกาล และประเพณีท้องถิ่น 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 การรับประทานยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว

3.10 การเข้าถึง เข้าใจผู้ใช้ยาเสพติด และบทบาทหน้าที่ของผู้ที่ค้นหาและคัดกรองผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน (Outreach worker)

4. กิจกรรมการฝึกทักษะที่จำเป็นภายในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

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

กล่าวโดยสรุปได้ว่าศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นแหล่งหรือสถานที่ปลอดภัยสำหรับผู้ที่ใช้ยาเสพติดที่สามารถร่วมกันจัดกิจกรรม และมารับบริการด้านการดูแลสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ซึ่งภายในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมีการจัดบริการด้านการดูแลสุขภาพแบบรอบด้าน 10 ชุดบริการ รวมทั้งการจัดบริการอื่นๆ ควบคู่กันไปด้วยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ที่ใช้ยาเสพติด หากผู้ใช้ยาเสพติดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดย่อมมีผลให้เกิดพฤติกรรมลดความเสี่ยงและรู้จักใช้ยาเสพติดให้ปลอดภัยมากขึ้นหากยังไม่สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ ทั้งนี้การจัดบริการในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ที่ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการสามารถเลิกใช้ยาเสพติดในระยะยาวได้ในที่สุด

ส่วนที่ 4: คุณภาพชีวิต องค์ประกอบคุณภาพชีวิต และการวัดคุณภาพชีวิต

4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คำว่า “คุณภาพชีวิต” ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Quality of life ซึ่งในการศึกษาหรืองานวิจัยส่วนใหญ่นิยมใช้เรียกชื่อย่อว่า QoL หรือ QoL เป็นคำที่ใช้เป็นครั้งแรกหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ซึ่งต่อมาได้รับความสนใจในแวดวงนักวิชาการหลากหลายสาขาที่ทำการศึกษาวิจัยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2513 (Farquhar, 1995; Ormel et al., 1997; Moons, Werner & Sabina, 2006 ;อ้างอิงในนริสรา พิงโพธิ์สภ และธรรุศุภร์ จันประเสริฐ, 2555) โดยได้ให้ความหมายหรือนิยามคำว่าคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันไปตามมุมมองหรือทัศนคติของสาขาวิชาที่ศึกษา ทำให้คำว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายกว้างขวางและหลากหลายมากขึ้น ส่วนใหญ่ความหมายจะมีความคล้ายคลึงกัน จะแตกต่างกันไปบ้างก็เน้นในส่วนของสาขาวิชานั้นๆ ที่เห็นว่าสำคัญ ซึ่งความคิดเห็นของแต่ละบุคคลต่อเรื่องคุณภาพชีวิตจะมีมุมมองที่แตกต่างกัน

กันไปตามรูปแบบวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล เพศ วัย ตลอดจนความแตกต่างทางการศึกษา ในสาขาวิชาการต่างๆ และภูมิหลังทางวัฒนธรรม สิ่งเหล่านี้มีผลต่อพื้นฐานความคิดในเรื่อง คุณภาพชีวิตเช่นกัน ซึ่งในระยะหลังพบว่ามีการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตในฐานะผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพอนามัยของบุคคล ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงมีขอบเขตของความหมายกว้างเสมือนเป็นร่มใหญ่ที่ครอบคลุมองค์ประกอบย่อยๆ เช่น สภาวะสุขภาพ สภาพร่างกาย สภาพการดำรงชีวิต วิถีชีวิต การรับรู้ พฤติกรรม และความสุข เป็นต้น อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการวิจัยที่ศึกษาประเด็นคุณภาพชีวิตจำนวนมากและให้นิยามที่หลากหลาย แต่ปัจจุบันยังไม่สามารถหาข้อสรุปของความหมาย และการวัดที่เป็นสากลได้ (Moons, Werner & Sabina, 2006 อ้างถึงใน นริสรา พิงโพธิ์สก และฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2555: 9) จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า มีองค์การระดับโลกและนักวิชาการทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติได้นิยามความหมายของคุณภาพชีวิตในหลากหลายมิติและหลายความหมาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ได้นิยาม คุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตนภายใต้บริบทของ วัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวังมาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวความคิดที่กว้าง เต็มไปด้วยความซับซ้อนครอบคลุมในประเด็นสุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของความอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อและความสัมพันธ์มีต่อ สภาพแวดล้อม ตลอดจนลักษณะทางการเมืองการปกครองในสังคมที่อยู่อาศัย และสามารถ ประเมินคุณภาพชีวิตในด้านวัตถุวิสัย และด้านจิตวิสัย (วรรณภา กุมารจันทร์, 2543: 4; อ้างถึงใน The WHOQOL group, 1994; อ้างถึงใน นริสรา พิงโพธิ์สก และฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2555: 8) จะเห็นได้ว่าองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญต่อแนวคิดแบบ องค์กรวมที่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของความเป็นมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมและความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากคำจำกัดความที่มีลักษณะที่เป็น “global and dynamic concept”

สำหรับความหมายในทางการแพทย์และสาธาณสุขนิยามให้ความหมายใน 2 ความหมาย ดังนี้ ความหมายแรกเรียกว่า “Normal life” หมายถึง การที่บุคคลปราศจาก ข้อจำกัดทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตต่างๆ ได้

มีอายุที่ยืนยาว สามารถแสวงหาสิ่งต่างๆ ที่ตนเองต้องการ โดยเปรียบเทียบกับประชากรที่มีอายุอยู่ในกลุ่มเดียวกันหรือประชากรกลุ่มที่มีสุขภาพปกติ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือบุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ สามารถตัดสินจากความแตกต่างของปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจเทียบกับ “มาตรฐาน” ของประชากร หากบุคคลมีข้อจำกัดในปัจจัยด้านใดด้านหนึ่งต่ำกว่า “มาตรฐาน” มากเท่าใด แสดงว่าบุคคลนั้นมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเท่านั้น จะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตตามความหมายนี้ประเมินจากระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ และภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ส่วนความหมายประการที่สองเรียกว่า “Social utility” หมายถึง การที่บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคมและการได้รับการยอมรับจากสังคมตามบทบาทของตนเอง เช่น บทบาทการเป็นครู บิดา มารดา การประกอบอาชีพ การจ้างงาน เป็นต้น ตามความหมายดังกล่าวให้ความสำคัญกับผลกระทบของโรคต่อภาวะการประกอบอาชีพหรือการมีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรม การดำเนินชีวิตตามบทบาททางสังคมภายหลังจากเจ็บป่วยหรือพิการ การประเมินคุณภาพชีวิตตามความหมายนี้นิยมใช้ประเมินที่การมีงานทำ รายได้ที่เกิดจากการทำงาน และความสามารถในการคงไว้ซึ่งบทบาทของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเจ็บป่วย (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559)

ส่วนนักวิชาการชาวต่างชาติที่ให้ความหมายคุณภาพชีวิต มีดังเช่น Padilla และ Grant (ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2547:33; อ้างถึงใน Padilla & Grant. 1985: 45 อ้างในนริสรา พิงโกธิสภ และ ฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2555: 8) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ Zhan (1992:979) ที่อธิบายว่าคุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล สำหรับหนังสือ Encyclopedia of Sociology (อัจฉรา วงศ์วัฒนามงคล. 2553; อ้างถึงใน Encyclopedia of Sociology. 1992: 1587-1589 อ้างในนริสรา พิงโกธิสภ และ ฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2555: 8) ได้ประมวลความหมายของคุณภาพชีวิตจากนักวิชาการหลายท่าน พอสรุปได้ว่าหมายถึง ลักษณะความพึงพอใจหรือความสุข ซึ่งสามารถประเมินความพึงพอใจทั้งในภาพรวมและรายด้าน เช่น การทำงาน ครอบครัว และที่อยู่อาศัย เป็นต้น เช่นเดียวกัน Ragsdale และ Morrow (1990: 355 อ้างถึงใน นริสรา พิงโกธิสภ และ ฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2555: 10) ได้อธิบายว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ การมีประสิทธิภาพ หรือความสามารถในการกระทำอย่างมีความหมาย เพื่อควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการ

เจ็บป่วยของตน ทั้งด้านจิตอารมณ์ ความคิดและการดูแลรักษา ส่วน Orem (2001: 179 อ้างถึงในนริสรา พังโพธิ์สภ และฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2555: 10) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตก็คือ ความผาสุก (Well-being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ ตามประสบการณ์ของ ความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขและสุขใจ จะเห็นได้ว่านักวิชาการด้านสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญหมายของคุณภาพชีวิตโดยอาศัยแนวคิดจากองค์การอนามัยโลก จึงมุ่งให้ความสนใจที่สุขภาวะทางกายและจิตใจ รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากคำนิยามของนักวิชาการต่างประเทศจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้สัมพันธ์กับสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความผาสุกของชีวิต ซึ่งประกอบด้วยหลายมิติทั้งสุขภาพ การทำหน้าที่สถานภาพทางสังคม และแง่มุมอื่นๆ ของชีวิต

สำหรับนักวิชาการชาวไทยได้ให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามสาขาต่างๆ อาทิเช่น ชัยยะ วิหคเหิร (2534: 34) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต คือ การได้รับปัจจัยสี่ในระดับที่พอเพียง กล่าวคือ มีอาหารบริโภคเพียงพอที่จะทำให้ร่างกายเจริญเติบโต แข็งแรง และปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีเครื่องนุ่งห่มให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ถูกสุขลักษณะ และมียารักษาโรคในยามเจ็บป่วย เช่นเดียวกับที่มีการกล่าวถึงว่าคุณภาพชีวิตเป็นระดับสภาพการดำรงชีวิตของมนุษย์ ตามองค์ประกอบของชีวิตอัน ได้แก่ ทางร่างกาย ทางอารมณ์ ทางสังคม ทางความคิดและจิตใจ ในขณะที่อำนาจ ไกรสงคราม (2538 : 8) อธิบายว่าคุณภาพชีวิตคือ ชีวิตที่มีความสุขชีวิตที่สามารถปรับตัวเองให้เข้ากับธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม และสามารถปรับธรรมชาติ หรือสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับตัวเองโดยไม่เบียดเบียนธรรมชาติสิ่งแวดล้อมและสังคม ไม่เบียดเบียนผู้อื่น หรือกล่าวอย่างง่ายก็คือเป็นการเรียนรู้ธรรมชาติจนปรับตัวเองและธรรมชาติให้เข้ากันได้โดยไม่เบียดเบียนกัน กล่าวโดยสรุปได้ว่านักวิชาการชาวไทยได้มองเรื่องคุณภาพชีวิตคือการทำหน้าที่ผู้คนมีความสามารถที่จะทำมาหากิน มีรายได้เพียงพอสำหรับการใช้จ่ายในสิ่งจำเป็นพื้นฐานต่อการดำรงชีวิตและมีเวลารว่างสำหรับการพักผ่อน ตลอดจนมีโอกาสที่จะหารายได้ไปใช้สอยได้ตามความพอใจ ซึ่งใกล้เคียงกับยูเนสโก (UNESCO อ้างถึงใน สุวดี อานวงษ์วิวัฒน์, 2544: 5) ซึ่งได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของการอยู่อย่างพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญมากที่สุดของบุคคลแต่ละคน ดังนั้นกล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตว่าจึงเป็นเรื่องความพึงพอใจต่อความเป็นอยู่ที่ดี มีความสุข มีสุขภาพกายดี

มีสุขภาพจิตดี มีอาหารการกินดี มีสิ่งของหรือเงินใช้ตามความจำเป็น อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

กล่าวโดยภาพรวมแล้วความคิดเรื่องคุณภาพชีวิตที่กล่าวมาข้างต้นมีความหมายเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของปัจเจกบุคคลที่เป็นผลกระทบจากสภาพร่างกาย จิตใจของตนเองแล้วยังรวมไปถึงผลลัพธ์จุดเชื่อมต่อระหว่างสภาพแวดล้อมทางสังคม และเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมด้วย ปัจจุบันยังไม่มีคำนิยามหรือคำจำกัดความใดๆ ที่เป็นที่ยอมรับทั่วโลก ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงมีความหมายที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทของผู้ศึกษา กล่าวคือหากเป็นผู้กำหนดนโยบายของรัฐทางด้านสังคม คุณภาพชีวิตจะมีความหมายไปในทางด้านหลักประกันแก่ประชาชนในด้านการบริการหรือการสงเคราะห์ทางสังคมด้านต่างๆ เพื่อเป็นการยกระดับรายได้และการส่งเสริมประชากรทุกคนให้มีสิทธิเท่าเทียมกันในด้านต่างๆ หากผู้ศึกษาเป็นนักเศรษฐศาสตร์คุณภาพชีวิตหมายถึง รายได้มวลรวมของประเทศ อัตราเงินเฟ้อ หากผู้ศึกษาอยู่ในวงการสาธารณสุขคุณภาพชีวิตหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางบวกของการรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ผู้มารับบริการได้รับ จะเห็นได้ว่าความหมายของคุณภาพชีวิตจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของงานหรือผู้ศึกษา จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมกล่าวโดยสรุปได้ว่าความหมายของคุณภาพชีวิตคือการรับรู้หรือความพึงพอใจของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายบุคคลในสังคมที่อยู่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานทั้งภายในและภายนอก ประกอบด้วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ความรู้สึกต่อตนเอง ความรู้สึกต่อสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมต่างๆที่ส่งผลให้กระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองให้มีความสุขหรือรู้สึกพึงพอใจมากน้อยเพียงใด

4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

จากการนิยามความหมายของคุณภาพชีวิตของนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายในหลายมิติและประกอบด้วยองค์ประกอบของการมีชีวิตที่มีคุณภาพหลายด้าน ดังนั้นในส่วนเนื้อหาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตต่อไปนี้จึงเป็นการรวบรวมเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของนักวิชาการต่างๆ ซึ่งได้จากการทบทวนเอกสาร รายงานการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ผ่านมา โดยพบว่ามื่อนักวิชาการที่ศึกษาแนวคิดและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

ได้จัดแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามมิติต่างๆ ตั้งแต่ 4 ด้านจนถึงมากกว่า 7 ด้าน ดังนี้ (นริสรา พึ่งโพธิ์สภ และ ฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2555: 10)

การศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships domain) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental domain) ซึ่งแต่ละด้านมีความหมายดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) เป็นการรับรู้สภาพร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ความสามารถที่จะจัดการกับโรคภัยและความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งยาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) เป็นการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships domain) เป็นการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental domain) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคม มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

การศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 5 ด้าน เช่น การศึกษาของ Berghorn et al. (1981: 335 อ้างถึงใน นริสรา พึ่งโพธิ์สภ และ ฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2555: 10) ได้ระบุองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วย สภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม ส่วน Denham (1991: 48) เสนอว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิตและด้านบุคลิกภาพ และประวัติในอดีต สำหรับการศึกษาศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547 อ้างถึงใน นริสรา พึ่งโพธิ์สภ และ ฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2555: 10) วิเคราะห์องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบซึ่งพบว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านความพอใจ

การศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 7 ด้าน เช่น การศึกษาของ Peace (1990: 48) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็นด้านกายภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านอำนาจบุคคล ด้านวิถีชีวิต และด้านบุคลิกภาพ ส่วนการศึกษานนทสูต (2526: 73) รวบรวมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ตั้งแต่อาหารและโภชนาการที่เหมาะสม เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพกายและจิต การรักษาขั้นพื้นฐานและการศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน บริการพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคม

การศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 7 ด้านขึ้นไป เช่น การศึกษาของ ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์ (2521: 192 อ้างถึงใน นริสรา พึ่งโพธิ์สภ และ ฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2555: 10) ระบุองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบด้วย สุขภาพ ที่อยู่อาศัย การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อนามัยแม่และเด็ก อาหาร บริการและคุณภาพทางการศึกษา ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม รายได้ และสภาพจิตใจ ส่วนอุทุมพร จามรมาน

(2528:30-31 อ้างถึงใน นริสรา พิงโพธิ์สภ และฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2555: 10) สรุปลักษณ์ประกอบคุณภาพชีวิตของมนุษย์ไว้ 10 องค์ประกอบ ได้แก่ ทัศนคติ ลักษณะความเป็นอยู่ การเป็นเจ้าของ อาชีพหลัก นันทนาการ บริการจากรัฐ การถือครองบ้านและที่ดิน อาชีพรอง การแสวงหาความรู้ และสุขอนามัย

สำหรับนักจิตวิทยาได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของบุคคลออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ดังนี้ (Phillips.co.th/plus, 2554)

ด้านร่างกาย (Physical domain) หมายถึง การมีสภาพร่างกายที่ดีสมบูรณ์ มีพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัย และอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายอยู่ในภาวะที่ปกติแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ไม่มีความพิการใดๆ

ด้านจิตใจ (Mental domain) หมายถึง การมีสภาพทางจิตปกติ สามารถปรับตัวให้เข้ากับบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมทางสังคมได้ทุกระดับชั้น สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีผลมาจากสุขภาพกายที่ดีด้วย ดังที่มีคำกล่าวไว้ว่า “A Sound mind is in a sound body” คือ “จิตใจที่แจ่มใส ย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์”

ด้านสังคม (Social domain) หมายถึง การมีสภาพชีวิตความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขไม่ทำให้ผู้อื่นหรือสังคมเดือดร้อน สามารถเข้ากับบุคคลและชุมชนได้ทุกสถานอาชีพ ไม่เป็นคนถือตัว ไม่เป็นคนเอาเปรียบบุคคลอื่น สามารถทำงานได้ในทุกสถานที่ตำแหน่งหรือหน้าที่ เป็นที่ชื่นชอบของผู้อื่น รวมทั้งเป็นที่เคารพรักและเป็นที่ยอมรับนับถือของคนทั่วไป

ด้านเศรษฐกิจ (Economic domain) หมายถึง การที่บุคคลมีสถานะทางเศรษฐกิจการเงินและรายได้ที่มั่นคง มีหน้าที่การงานที่มั่นคงและตนเองรักชอบ มีเงินหรือรายได้พอเพียงกับการดำรงชีวิตของครอบครัว ไม่เป็นหนี้สินเกินกำลังที่ตนเองจะสามารถรับผิดชอบได้

ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะกฎของธรรมชาติ คือ มีการเกิด แก่ เจ็บ และตายจากไป จึงทำให้มนุษย์เกิดความต้องการด้านต่างๆ ที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อมุ่งความสำเร็จให้แก่ตนเองต่อไป

นอกจากนี้ยังมีอีกแนวคิดหนึ่งของความหมายคุณภาพชีวิตที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและกลายเป็นทฤษฎีในเวลาต่อมาโดยเริ่มในทศวรรษที่ 1950 คือตั้งแต่ปี

พ.ศ. 2493–2502 จนเป็นที่นิยมและกล่าวอ้างอิงบ่อยครั้งจนถึงปัจจุบันคือทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ (Maslow' hierarchy of needs theory) หรือปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งกล่าวโดยรวมได้ว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีพื้นฐานมาจากความต้องการของตนเองโดยเบื้องต้นลำดับไว้เป็น 5 ระดับ เมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการในขั้นต้นแล้ว ก็จะมีความปรารถนาในขั้นสูงขึ้นไปตามลำดับ แต่ถ้าความต้องการนั้นยังไม่ได้รับการตอบสนอง ก็จะเกิดความเครียด และนำไปสู่แรงกระตุ้นให้เกิดแรงขับเคลื่อนหาวิธีการ หรือแสดงพฤติกรรมที่นำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ต้องการเพื่อลดความตึงเครียดหรือตอบสนองความพึงพอใจนั้น ซึ่งลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์มีเนื้อหาโดยสังเขปดังนี้

ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการอาหาร น้ำดื่ม ที่พักอาศัย ยารักษาโรค การพักผ่อนนอนหลับ อุณหภูมิที่เหมาะสม ความต้องการทางเพศ เป็นต้น

ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs) เป็นความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในการดำรงชีวิต และการประกอบอาชีพ งานที่มั่นคง บำเหน็จ บำนาญ ประกันชีวิต เป็นต้น

ความต้องการความรักและการเป็นที่รัก (Love/ belongingness needs) เป็นความต้องการการมีครอบครัว เพื่อน คนรัก การเป็นสมาชิกหรือมีความสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม หรือชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่ม สมาคมวิชาชีพ เป็นต้น

ความต้องการการยอมรับและยกย่อง (Esteem needs) ความต้องการในขั้นนี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน (Lower level needs for the respect) ได้แก่ คนได้รับการยอมรับนับถือ สถานภาพ การเป็นที่สนใจ ศักดิ์ศรี การมีชื่อเสียง การมีอิทธิพล เป็นต้น นอกจากความต้องการขั้นพื้นฐานดังกล่าวแล้วในระดับของความต้องการได้รับการยอมรับและการยกย่องนี้ ยังมีระดับความต้องการในระดับสูงขึ้นไป (Higher level needs for the respect of others) ได้แก่ ความเชื่อมั่นในงาน สมรรถนะ ความสำเร็จ การเป็นแบบอย่าง ความเป็นอิสระ เป็นต้น

ความต้องการความสำเร็จและการประจักษ์ในตน (Self actualization needs) เป็นความต้องการในขั้นสูงสุดของพัฒนาการแห่งพฤติกรรมของมนุษย์ โดยปกติความต้องการระดับนี้จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการในระดับต้นได้รับการตอบสนองแล้ว self

actualization needs เป็นความต้องการที่จะเข้าใจตนเอง ความสามารถที่จะบรรลุถึงศักยภาพที่สูงสุดของตนเอง Maslow ได้อธิบายความต้องการในข้อนี้ว่า “อะไรที่มนุษย์สามารถจะเป็นได้เขาจะต้องเป็นสิ่งนั้น (What a man can be, he must be)”

กล่าวโดยสรุปได้ว่าจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจะมีหลากหลายด้านนับตั้งแต่ 3 ด้านขึ้นไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดหรือทฤษฎีที่ผู้ศึกษานำมาใช้เป็นกรอบคิดในการศึกษา ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของมนุษย์และสภาพสังคมแวดล้อมที่เปลี่ยนไปตามกฎธรรมชาติ โดยมนุษย์เกิดความต้องการด้านต่างๆเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อความสำเร็จให้แก่ตนเองต่อไป สำหรับในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ หรือปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ 5 ประการผสมผสานกับองค์ประกอบที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยมาเป็นกรอบคิดเบื้องต้นเพื่อนำไปใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน เนื่องจากผู้เสพติดฝิ่นที่ศึกษาเป็นชนเผ่าและอาศัยอยู่ในพื้นที่สูงของประเทศไทยมีฐานะยากจนและส่วนใหญ่เป็นผู้ไร้สัญชาติ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายและมีจำนวนมากผู้วิจัยจึงเลือกใช้อำนาจประกอบที่เป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ร่วมกับองค์ประกอบทางด้านวัฒนธรรมความเชื่อและค่านิยมของสังคมหรือชุมชนที่ผู้เสพติดฝิ่นนั้นเป็นสมาชิกอาศัยอยู่ด้วย

4.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดคุณภาพชีวิตนั้น มีความหลากหลายแนวทางแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา กลุ่มประชากรที่ศึกษา และแนวคิดที่นำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษา โดยทั่วไปการวัดหรือประเมินคุณภาพชีวิตมีด้วยกัน 3 ลักษณะ คือ การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scale yielding quantitative data) ซึ่งเป็นการประเมินแบบให้คะแนนโดยบุคคลอื่น เช่น แพทย์พยาบาล บุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยการวัดเป็นปริมาณ (Subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินแบบให้คะแนนตาม

การรับรู้ของตนเอง เช่น ผู้ป่วย คนงาน เป็นต้น และการประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมินด้วยการบรรยายหรือบอกเล่าด้วยตนเองถึงสภาพชีวิตที่เป็นอยู่

ในระยะแรกของการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพของชีวิตนักวิชาการส่วนใหญ่ให้ความสนใจประเมินแบบวัตถุวิสัย แต่หลังจากปี พ.ศ. 2500 นักวิชาการเริ่มมีการมองเชิงพัฒนากว้างขวางขึ้นและให้ความสนใจข้อมูลเชิงจิตวิสัยมากขึ้นเพราะเป็นการประเมินตามมุมมองและการรับรู้ของผู้ถูกประเมินเอง และเริ่มมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่มีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และกลุ่มประชากรที่ศึกษา ซึ่งต่อมา Ferrans และ Ferrell (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2342979>) ได้กล่าวถึงว่ามีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้มากมาย ดังนั้นจึงได้จัดกลุ่มเกี่ยวกับความหมายของคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 กลุ่ม คือ กลุ่มความหมายที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิตโดยทั่วไป กลุ่มความหมายที่เกี่ยวกับความรู้สึกเป็นสุขและความพึงพอใจ กลุ่มความหมายที่เกี่ยวกับการบรรลุความคาดหวังหรือความต้องการของบุคคล กลุ่มความหมายที่เกี่ยวกับความสามารถทางธรรมชาติของบุคคล ได้แก่ ความสามารถทางกายภาพ และความสามารถทางจิตใจ และกลุ่มความหมายที่เกี่ยวกับบทบาทและความสามารถทางสังคมของบุคคล ส่วน Meeberg (1993) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุก และได้สรุปคุณลักษณะของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ประการ คือ เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ทั่วไปของบุคคล เป็นความสามารถทางสติปัญญาของบุคคลในการประเมินชีวิตของตนเองว่าเป็นสิ่งที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เป็นการยอมรับเกี่ยวกับสภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ที่บุคคลได้ประเมินตัดสินและกล่าวถึง และเป็นการประเมินจากผู้อื่นในแง่ของภาวะที่มีการดำรงชีวิตที่ดี ไม่มีสิ่งคุกคาม หรือเป็นอันตรายเกิดขึ้นในชีวิต

ในปี พ.ศ. 2539 องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องชี้วัดหรือประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นสากลเรียกว่า WHOQOL-100 มีข้อคำถามหรือตัวชี้วัด 100 ข้อ (WHO, 1994) ซึ่งต่อมากิติกร มีทรัพย์ ได้แปลเป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบด้วยการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง ซึ่งถือว่าเป็นฉบับภาษาไทยที่องค์การอนามัยโลกยอมรับอย่างเป็นทางการ จากจำนวนข้อคำถาม 100 ข้อนี้ แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม 4 ข้อ อีก 96 ข้อจัดแบ่งเป็น 24 หัวข้อ หัวข้อละ 4 คำถาม ซึ่งจัดเป็น 6 ด้าน

ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านสัมพันธภาพกับสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล อย่างไรก็ตาม เครื่องมือดังกล่าวค่อนข้างยาว ทำให้ไม่สะดวกและมีข้อจำกัดในการใช้ ต่อมาในปีเดียวกันองค์การอนามัยโลกได้จัดทำเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF) (WHO,1996) ต่อมา สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้แปลเป็นภาษาไทยเรียกว่าแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และแบบอัตตวิสัย (Self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ในทางจิตวิทยานั้นมีการเรียกชื่อแบบวัดคุณภาพชีวิตที่หลากหลาย เช่น แบบวัดความรู้สึกเป็นสุข (Well-being) และแบบวัดความพึงพอใจชีวิตโดยรวม ซึ่งเป็นการวัดความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมด้านการรู้คิด พบว่ามีผู้นิยมใช้กันมากจนกลายเป็นดัชนีความพึงพอใจในชีวิต โดยผู้สร้างให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตว่าหมายถึง ผลของกระบวนการพิจารณาตัดสินคุณลักษณะด้านต่างๆ ของชีวิตตนเอง โดยใช้เกณฑ์หรือมาตรฐานที่ตนกำหนดขึ้นเมื่อบุคคลนำสถานการณ์ในชีวิตของตนมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ดังกล่าว แล้วพบว่าใกล้เคียงกัน บุคคลจะรายงานว่าตนมีความพึงพอใจในชีวิตมาก

กล่าวได้ว่าการประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดคุณภาพชีวิตนั้นย่อมผันแปรไปตามการให้ความหมายหรือนิยามของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของการศึกษาและวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้นๆ จึงส่งผลต่อการประเมินและการแปลผลด้วยเพราะมีการประเมินที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเป็นที่ยอมรับว่าการประเมินคุณภาพชีวิตต้องประเมินตามแนวคิดความพึงพอใจในชีวิตหรือภาวะสุขสมบูรณ์ของชีวิต (Life satisfaction or well-being) (Liddle and McKenna, 2000; Moons and et al., 2006 อ้างถึงใน ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559: 178) ซึ่งเป็นการประเมินที่ครอบคลุมมิติต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลมากที่สุด ทั้งนี้การประเมินต้องคำนึงถึงขอบเขตของการศึกษาและคำจำกัดความของคุณภาพชีวิต องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ประเมินต้องครอบคลุมคำจำกัดความของคุณภาพชีวิต และควรวัดทั้งด้านวัตถุพิสัย (Objective measurement) และจิตพิสัย (Subjective measurement) ด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดอันจะนำไปใช้เป็นประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

ปัจจุบันมีการแบ่งแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตออกได้เป็น 2 ประเภท ตามลักษณะของข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ดังนี้ (Liddle and McKenna, 2000 อ้างถึงใน ปิยะวัฒน์ ตริวิทยา, 2559: 178)

การประเมินเชิงคุณภาพ (Qualitative measurement) เป็นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เคยทำการศึกษามาก่อน นอกจากนี้ยังเป็นการศึกษาจากสิ่งที่เรียกว่า “Insider perspective” หรือมุมมองของกลุ่มตัวอย่างที่สนใจศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลจากความคิดความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการชี้นำจากผู้ศึกษา ข้อมูลที่ได้สามารถพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดใหม่ที่ใช้อธิบายคุณภาพชีวิต หากมีปัจจัยบางประการที่ผู้ศึกษาคิดว่าจะส่งผลให้เกิดความแตกต่างในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตจากกลุ่มตัวอย่างที่เคยทำการศึกษามาก่อน หรือใช้ข้อมูลที่ได้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตครั้งต่อไป

การประเมินเชิงคุณลักษณะ (Quantitative measurement) เป็นการวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ที่ผู้สนใจศึกษากำหนดไว้ล่วงหน้าและเลือกวิธีการวัดด้วยการใช้แบบประเมินที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการประเมิน ลักษณะนี้ใช้กับการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากและต้องการศึกษาผลกระทบของคุณภาพชีวิตจากปัจจัยหรือสถานการณ์หนึ่งๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การเป็นโรค ความพิการ หรือภัยพิบัติ เป็นต้น แบบประเมินที่ใช้ในการศึกษามีทั้งการประเมินแบบวัตถุวิสัย (Objective measurement) ซึ่งประเมินผลกระทบของความพิการในระดับของความบกพร่องของทางร่างกาย (Impairment) และความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Activity) และการประเมินทางด้านจิตพิสัย (Subjective measurement) ที่ประเมินผลกระทบของความพิการต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation) แม้การศึกษาที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้านวัตถุวิสัยกับระดับความบกพร่องทางร่างกายและระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมอย่างชัดเจนก็ตาม แต่ควรคำนึงเสมอว่าปัจจัยด้านวัตถุพิสัยเป็นเพียงปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตเท่านั้นไม่ใช่ตัวชี้วัด (Indicator) ของคุณภาพชีวิตอย่างแท้จริง เนื่องจากคุณภาพชีวิตต้องเกิดจากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ถูกประเมินในช่วงเวลาหนึ่งและอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แม้ว่าความบกพร่องทางร่างกายและความสามารถในการประกอบกิจกรรมจะไม่มีเปลี่ยนแปลงก็ตาม แต่เป็นที่ยอมรับในวงกว้างของกลุ่มผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่าคุณภาพชีวิตเป็นผลจากองค์ประกอบ

ทั้งด้านความบกพร่องของร่างกาย ความสามารถในการประกอบกิจกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคมตามการอ้างอิงของ ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) อีกทั้งยังเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบด้านวัตถุ พิสัยและจิตพิสัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

นอกจากนั้นแล้วยังมีนักวิชาการได้จำแนกวิธีประเมินคุณภาพชีวิตในหลากหลายวิธี เช่น ประเมินจากด้านต่างๆ ดังนี้ (สมพร ชินโนรส และ ชุติมา ตีปัญญา, 2556)

1. ด้านภาวะวิสัย (Objective) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลด้านรูปธรรมมองเห็นได้ วัดได้ และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจสังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย อาหาร อากาศและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุคคล เป็นต้น

2. ด้านอัตตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ตัวบ่งชี้ทางจิตสังคมและการรับรู้ของบุคคล ประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนการตัดสินใจ หรือการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคลหรือประเมินคุณภาพชีวิตตามมิติต่างๆ ดังนี้

2.1 การประเมินมิติเดียว ซึ่งมีมุมมองว่าคุณภาพชีวิตมีโครงสร้างมิติเดียว แบบประเมินคุณภาพชีวิตจึงประกอบด้วยคำถามเพียงข้อเดียวที่หมายถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่ง Cantril (1965 cited in Mckeehan, Cowin, & Wykle, 1986 อ้างถึงใน สมพร ชินโนรส และ ชุติมา ตีปัญญา, 2556) กล่าวว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลเป็นการมองภาพรวม ดังนั้นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่ Cantril สร้างจึงมีข้อคำถามเพียงข้อเดียวเท่านั้น

2.2 การประเมินหลายมิติ มีมุมมองว่าคุณภาพชีวิตมีโครงสร้างหลายมิติ แบบประเมินคุณภาพชีวิตจึงประกอบด้วยคำถามตามองค์ประกอบมิติต่างๆ ของคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตหลายมิติแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปและการประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค

ก) แบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Zhan (1992) ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพึงพอใจ ด้านสุขภาพ และการทำงานของร่างกาย ด้านอัตตมโนทัศน์ และด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ข) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life 100 : WHOQOL-100) หรือมี 100 ตัวชี้วัด ประเมินคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ต่อมาได้มีการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกจนเหลือ 26 ตัวชี้วัดเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF หรือ WHOQOL-26) ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป.) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อมีการแปลและใช้ภาษาอื่น เช่น ภาษาอังกฤษ จีนอินโดนีเซีย รัสเซีย และภาษาไทย (WHO, 2004)

แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (Short Form 36: SF-36) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปมี 36 ข้อ ประเมิน 8 ด้าน คือ ด้านความสามารถทางกายภาพ ความจำกัดบทบาทหน้าที่โดยความเจ็บป่วยทางกาย ความเจ็บปวดของร่างกาย การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปของตนเอง ความมีกำลังหรือมีความเหนื่อยล้า ความสามารถทางสังคม ความจำกัดบทบาทหน้าที่โดยความเจ็บป่วยทางใจ และความรู้สึกลึกลับสบายทางใจ

แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคไตฉบับย่อ (Kidney Disease Quality of Life Short Form) แบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคไตฉบับย่อ มี 2 ส่วน คือ คำถามทั่วไปมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ และคำถามเฉพาะโรคไตเรื้อรัง แบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคไตฉบับย่อมี 11 ด้าน คือ ด้านอาการและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผลของสภาพโรคไตต่อผู้ป่วย ความยากลำบากจากสภาวะโรคไต สถานะภาพในการทำงาน สมรรถภาพในการรับรู้คุณภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สมรรถภาพทางเพศ การนอนหลับ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยเอง และสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย (วงศ์ทิพรัตน์ มัณยานนท์, และคณะ, 2553) แบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคไตฉบับย่อมีการแปลและใช้ภาษาอื่นมากกว่า 20 ภาษา (เพียงดาว จุลบาท, 2551)

แบบประเมินคุณภาพชีวิต

การใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเป็นการศึกษาเชิงคุณลักษณะ (Quantitative assessment) ที่ใช้กัน อย่างแพร่หลาย แบบประเมินคุณภาพที่นิยมใช้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (ปิยะวัฒน์ ตริวิทยา, 2559)

กลุ่มที่ 1: แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบ Health-related quality of life (HRQOL) แบบประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มนี้ประเมินผลกระทบของสุขภาพที่ผิดปกติ เช่น ภาวะเป็นโรคหรือมีความพิการที่มีต่อองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ผู้ศึกษาเลือกมาศึกษา อาจกล่าวได้ว่า เป็นการประเมินผลกระทบของโรคต่อโครงสร้างการทำงานของร่างกาย (Body structure and body function) และการประกอบกิจกรรม (Activity) แบบประเมินในกลุ่มนี้สามารถแบ่งออกเป็นสองกลุ่มย่อยคือ

1) แบบประเมิน HRQOL แบบเฉพาะเจาะจง (Specific HRQOL questionnaire)

แบบประเมินในกลุ่มนี้จะเป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้สำหรับเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มี ปัญหาสุขภาพเหมือนกัน หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเดียวกัน แบบประเมินมีข้อความที่เกี่ยวกับอาการของโรค อาการแทรกซ้อนผลกระทบที่เกิดจากโรค ผลการประเมินที่ได้ จึงมีความไว (Sensitivity) ในการแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตที่เป็นผลจากการรักษา ข้อคำนึงถึงในการใช้แบบประเมินกลุ่มนี้คือ แบบประเมินถูกออกแบบมาใช้เฉพาะในกลุ่มตัวอย่างใดกลุ่มตัวอย่างหนึ่ง ดังนั้นข้อมูลที่ได้อาจไม่ครอบคลุมในมิติอื่นที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต รวมทั้งอาจเป็นการประเมินเฉพาะผลการรักษาที่มีต่ออาการทางร่างกายที่ผู้ศึกษาสนใจเท่านั้น โดยที่ไม่ได้สนใจต่อองค์ประกอบอื่นที่มีความสำคัญและอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาด้วย นอกจากนี้แล้วการนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีความแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาก็มีข้อจำกัดต่อระมัดระวังอย่างมาก อีกทั้งหากมีผู้นำแบบประเมินไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างทางด้านวัฒนธรรมหรือภาษาที่ใช้แตกต่างกัน อาจส่งผลให้มีข้อผิดพลาดในการแปลผลจากแบบประเมินได้

2) แบบประเมิน HRQOL แบบทั่วไป (Generic HRQOL questionnaire)

เป็นแบบประเมินที่ศึกษาผลกระทบของโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเหมือนกลุ่มที่ผ่านมา แต่เป็นการประเมินในองค์ประกอบหลายด้านที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต แบบประเมินในกลุ่มนี้จึงสามารถนำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคหรือความพิการที่แตกต่างกัน จุดมุ่งหมายหลักของแบบประเมินในกลุ่มนี้คือเป็นการศึกษาผลกระทบของโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีต่อองค์ประกอบย่อยที่ผู้ศึกษากำหนดไว้แล้ว แบบประเมินในกลุ่มนี้สามารถใช้ประเมินกลุ่มผู้ป่วยที่มีความหลากหลายกว่าแบบเฉพาะเจาะจง

กลุ่มที่ 2: แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม (Holistic quality of life)

เป็นการประเมินที่ครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตตามที่ผู้ศึกษาได้ให้คำจำกัดความไว้ก่อนการศึกษา ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการทำกิจกรรม การมีส่วนร่วมทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาจิตวิญญาณ เป็นต้น ซึ่งเป็นการประเมินองค์ประกอบต่างๆ ที่ครอบคลุมมากกว่าแบบแรก จุดเด่นของแบบประเมินนี้ คือการศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีต่อคุณภาพชีวิต โดยไม่สนใจต่ออาการของโรค ความเจ็บป่วยหรือการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก อันเนื่องมาจากได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ แบบประเมินในกลุ่มนี้มีแนวโน้มได้รับความนิยมพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนั้นแล้วจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังพบว่า มีนักวิชาการได้พัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตหลากหลาย ซึ่งสามารถจำแนกแบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมออกเป็น 2 แบบดังนี้ (สมพร ชินโนรส และ ชุตินา ตีปัญญา, 2556)

แบบที่ 1: แบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปมีดังนี้

1.1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Zhan (1992 อ้างถึงใน สมพร ชินโนรส และ ชุตินา ตีปัญญา, 2556) ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพึงพอใจ ด้านสุขภาพ และการทำงานของร่างกาย ด้านอัตตมโนทัศน์ และด้านสังคมและเศรษฐกิจ

1.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life 100 : WHOQOL-100) หรือมี 100 ตัวชี้วัด ประเมินคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ต่อมาได้มีการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกจนเหลือ 26 ตัวชี้วัดเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF หรือ WHOQOL-26) ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป.) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อมีการแปลและใช้ภาษาอื่น เช่น ภาษาอังกฤษ จีนอินโดนีเซีย รัสเซีย และภาษาไทย (WHO, 2004)

1.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (Short Form 36: SF-36) เป็น การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปมี 36 ข้อ ประเมิน 8 ด้าน คือ ด้านความสามารถทางกายภาพ ความจำกัดบทบาทหน้าที่โดยความเจ็บป่วยทางกาย ความเจ็บปวดของร่างกาย การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปของตนเอง ความมีกำลังหรือมีความเหนื่อยล้า ความสามารถทางสังคม ความจำกัดบทบาทหน้าที่โดยความเจ็บป่วยทางใจ และความรู้สึกสุขสบายทางใจ (ธนิต จิรนนท์ธวัช, 2553)

แบบที่ 2: แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคไตฉบับย่อ (Kidney disease quality of life short form) แบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคไตฉบับย่อ มี 2 ส่วน คือ คำถามทั่วไปมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ และคำถามเฉพาะโรคไตเรื้อรัง แบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคไตฉบับย่อมี 11 ด้าน คือ ด้านอาการและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผลของสภาพโรคไตต่อผู้ป่วย ความยากลำบากจากสภาวะโรคไต สถานะภาพในการทำงาน สมรรถภาพในการรับรู้คุณภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สมรรถภาพทางเพศ การนอนหลับ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยเอง และสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย (วงศ์ทิพารัตน์ มัณยานนท์, และคณะ, 2553) แบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคไตฉบับย่อมีการแปลและใช้ภาษาอื่นมากกว่า 20 ภาษา (เพ็ญดา จุลบาท, 2551) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไตเรื้อรัง (Choice health experience questionnaire) ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไตเรื้อรังมี

คำถาม 83 คำถาม ประกอบด้วยคำถามทั่วไปจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ คำถามสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรัง และคำถามสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้อง โดยเน้นที่การประเมินเปรียบเทียบ ผลกระทบของวิธีการและความถี่หรือระยะเวลาของการล้างไตที่แตกต่างกัน

กล่าวโดยสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทของผู้ศึกษา และจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามการพัฒนาทางสังคม เป็นการรับรู้หรือความพึงพอใจของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายบุคคลในสังคมที่อยู่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานทั้งภายในและภายนอก ประกอบด้วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ความรู้สึกต่อตนเอง ความรู้สึกต่อสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมต่างๆที่ส่งผลให้กระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองให้มีความสุขหรือรู้สึกพึงพอใจมากน้อยเพียงใด ส่วนองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่จะเป็นไปตามคำจำกัดความหรือนิยามศัพท์ที่กำหนดไว้เพื่อให้ครอบคลุมองค์ประกอบย่อยทุกส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และการประเมินคุณภาพชีวิตนั้นมี 2 แนวทางคือการประเมินเชิงคุณภาพและการประเมินเชิงคุณลักษณะ ซึ่งผู้วิจัยต้องเลือกให้สอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาด้วย สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยต้องการประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจากทีมงานบำบัดรักษา ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่จากการทบทวนงานวิจัยไม่พบว่ามีแบบประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตขึ้นเองโดยยึดตามแนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม (Holistic quality of life) ครอบคลุมองค์ประกอบปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต (Need-based approach) ของคนทั่วไปตามคำจำกัดความที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

ส่วนที่ 5: งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับฝิ่น ชาวเขา และคุณภาพชีวิตทั้งในและต่างประเทศ ผู้วิจัยนำเสนอโดยสังเขปดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2009 อ้างถึงใน วีรวัด อุครานันท์, 2558) ได้ให้คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดฝิ่นในการพยายามที่จะหยุดการเสพติดฝิ่นอาจจะด้วยวิธีหักดิบ

(Cold turkey) หรือถอนพิษยา(Detoxification) ก่อนที่จะพิจารณาการให้การรักษาด้วยสารทดแทนระยะยาว

Ray, Kattimani, and Sharma. (อ้างถึงใน วีรวัต อุครานันท์, 2558) ได้กล่าวถึงการรักษาผู้ป่วยเสพยาฝิ่นว่าได้มีความพยายามในการศึกษาการให้การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวพบว่า ค่าเฉลี่ยเมทาโดนที่ใช้ในผู้เสพติดฝิ่นอยู่ที่ประมาณ 45 มิลลิกรัม

Ahmadi, et.al. (2004) และ Daneshmand, et.al. (2014) (อ้างถึงในวีรวัต อุครานันท์, 2558) ได้รายงานผลการศึกษาในประเทศอิหร่านว่ามีการนำสารทดแทนอื่น เช่น Buprenorphine หรือ Tincture of opium มาใช้เป็นสารทดแทนระยะยาว

Rahimi-Movaghar และคณะ. (อ้างถึงใน วีรวัต อุครานันท์, 2558) ได้กล่าวสรุปว่าจากการทบทวนข้อมูลการศึกษาในปัจจุบันยังเป็นระบบยังไม่สามารถสรุปถึงผลลัพธ์ความแตกต่างในการรักษาระหว่างการบำบัดด้วยยาทั้งการบำบัดระยะยาวหรือ detoxification และการบำบัดโดยไม่ใช้ยา

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2555) ได้รวบรวมสถิติผู้เข้ารับการรักษาฝิ่นในปี 2545-2554 เป็นรายภาค พบว่า จากข้อมูลสถิติผู้เข้ารับการรักษาฝิ่นรายเก่าในช่วงปี 2545-2554 ภาคเหนือมีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาสูงกว่าภาคอื่น เมื่อพิจารณาในช่วงระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2550-2554) พบว่าจำนวนผู้เข้ารับการรักษาฝิ่นมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเนื่องจากจำนวน 878 คนในปี 2550 เป็น 978 คน, 981 คน, 1,004 คน และ 1,434 คน ตามลำดับ ส่วนสถิติผู้เข้ารับการรักษาฝิ่นรายใหม่ในช่วงปี 2545-2554 รายภาคพบว่า จำนวนผู้เข้ารับการรักษาฝิ่นส่วนใหญ่ยังคงเป็นภาคเหนือ ส่วนภาคอื่นๆ มีรายงานค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะจำนวนผู้เข้ารับการรักษาฝิ่นรายใหม่มีจำนวนเพิ่มสูงมากเป็นพิเศษในปี 2546 มีจำนวนถึง 7,446 คน เนื่องจากผลของนโยบายสงครามเอาชนะยาเสพติดในปีนั้น แต่ภายหลังจากนั้นก็เริ่มมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง สำหรับในปี 2554 พบว่ามีจำนวน 1,133 คน โดยมากกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้เข้ารับการรักษาฝิ่นในพื้นที่สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5 (เชียงใหม่ เชียงราย น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน) นอกจากนี้ยังพบว่าวิธีการเสพยาฝิ่นส่วนใหญ่ใช้วิธีการสูบ แต่ยังคงมีรายงานการฉีดอยู่บ้างในทุกปี โดยพบว่าผู้เข้ารับการรักษาฝิ่นทั้งรายเก่าและรายใหม่ในปี 2554 รายงานว่าใช้วิธีการฉีดฝิ่นประมาณร้อยละ 4 ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงขึ้นจากในปี 2547-2553 อย่างชัดเจน

ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมีการเปลี่ยนวิธีเสพจากการสูบมาเป็นฉีดมากขึ้น โดยเฉพาะผู้เข้ารับการบำบัดรักษาผื่นรายใหม่ในปี 2554 มีรายงานการฉีดผื่นค่อนข้างสูง ผู้วิจัยได้สรุปผลการศึกษาว่าวิธีการเสพผื่นในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงจากวิธีการสูบมาเป็นฉีดมากขึ้น

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

โสภานี นวมวลและคณะ (2546) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการหยุดเสพผื่นของชาวไทยภูเขาที่ผ่านการบำบัดรักษาการเสพผื่นที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแม่ฮ่องสอน จำนวน 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) เป็นผู้เสพผื่นร่วมกับยาแก้ปวดมากที่สุด (ร้อยละ 47.0) ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาด้วยความสมัครใจ (ร้อยละ 79.6) และสามารถอยู่ครบกำหนดการรักษา (ร้อยละ 58.3) ส่วนการติดตามผลการรักษาหลังจากการเข้ารับการบำบัดรักษาในระยะเวลา 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่า มีผู้ป่วยที่ไม่กลับไปเสพผื่นซ้ำร้อยละ 30.3, 25.2, 27.5 และ 17.2 ตามลำดับ โดยในกลุ่มตัวอย่างที่มีการติดตามผลหลังการบำบัดรักษา 1 เดือน พบว่า เพศชายหยุดเสพได้มากกว่าเพศหญิง ชนเผ่ากะเหรี่ยงและม้งหยุดเสพได้มากกว่าชนเผ่าอื่น ผู้ป่วยรายใหม่หยุดเสพได้มากกว่าผู้ป่วยรายเก่า การใช้ผื่นร่วมกับสารอื่นสามารถหยุดเสพได้มากกว่าการใช้ผื่นอย่างเดียว ผู้ที่สมัครใจเข้ารับการรักษาหยุดเสพได้มากกว่าผู้ป่วยที่ถูกบังคับรักษา ผู้รับการรักษาอยู่บำบัดรักษาครบ 21 วัน มีแนวโน้มหยุดเสพได้มากกว่าผู้รับการรักษาไม่ครบกำหนด

สลินดา แววสูงเนินและธัญญรัตน์ ขจัดพาล (2544) ศึกษาสาเหตุ ปัจจัยและ การรับรู้ต่อการบำบัดรักษาของผู้ป่วยชาวเขาเผ่าเผิ่นที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์ บำบัดรักษาเยาเสพติดจังหวัดแม่ฮ่องสอนจำนวน 7 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ชาวเขาเผ่าเผิ่น คือ การใช้เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและอาการไม่สุขสบาย โดยได้รับการถ่ายทอด ความรู้และวิธีการเสพเผิ่นมาตั้งแต่อดีต เนื่องจากการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สะดวก และต้องใช้เวลาในการเดินทางมาก รวมทั้งมีความเชื่อว่าการใช้เผิ่นเป็นยารักษาโรคไม่ก่อให้เกิดการเสพติดและเป็นอันตรายต่อร่างกาย นอกจากนี้ ยังพบว่าเผิ่นมีส่วนช่วยให้สามารถทำงานได้มากขึ้นและยังจำหน่ายเป็นรายได้เพิ่มเติมทำให้อยู่ใกล้ชิดกับเผิ่นจึงเสพเผิ่น และสาเหตุประการสุดท้ายคือ การถูกชักจูงจากเพื่อนฝูงให้ลองจนติดเผิ่นในที่สุด ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับเผิ่นพบว่า ชาวเขาเผ่าเผิ่นเกี่ยวกับเผิ่นใน 2 ทาง คือ มองว่าเผิ่นมีประโยชน์ต่อตนเองในการรักษาโรคและช่วยให้สามารถทำงานได้ อีกทางหนึ่งคือ รับรู้ว่าเผิ่นมีโทษต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม อย่างไรก็ตามชาวเขาต่างยอมรับว่ามีความ ต้องการและตั้งใจเลิกเสพเผิ่น รับรู้ต่อการบำบัดรักษาในทางที่ดี ส่วนชาวเขาที่ถูกบังคับให้มา รักษามีการรับรู้ต่อการบำบัดรักษาในทางที่ไม่ดี และเมื่อสิ้นสุดการรักษาก็กลับไปเสพซ้ำอีก ส่งผลให้การบำบัดรักษาไม่ได้ผล

เกสร สมพฤกษ์ (2534) ศึกษาการใช้ยาเสพติดของชาวบ้านห้วยน้ำดัง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ และศึกษาความคิดเห็นของครอบครัวผู้ติดเผิ่นที่มีต่อการป้องกันและ บำบัดรักษา 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 ซึ่งถือว่าไม่ เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว (ร้อยละ 31) สำหรับความคิดเห็นต่อการบำบัดรักษา การติดเผิ่นพบว่า สมาชิกในครอบครัวและญาติควรให้การสนับสนุนโดยการทำงานแทนเมื่อ ผู้ป่วยเสพเผิ่นไปรับการรักษาและครอบครัวควรเอาใจใส่ในเรื่องอาหารการกิน ตลอดจนเป็นพี่เลี้ยงช่วยเหลือในเรื่องอื่นๆแทนตนเอง (ร้อยละ 79.7) และกรรมการหมู่บ้าน ควรช่วยเหลือหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในการบำบัดรักษาผู้ติดเผิ่น (ร้อยละ 70.7)

พัชรินทร์ สิริสุนทร (2531) ศึกษาพฤติกรรมการเยียวยาตนเองด้วยฝิ่นของชาวไทยภูเขาเผ่าม้งโดยศึกษาในชุมชนม้งแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์โดยการเฝ้าสังเกตและสัมภาษณ์ ตลอดจนบันทึกอาการเจ็บป่วยทั้งผู้ป่วยที่ใช้ฝิ่นและไม่ใช้ฝิ่นในการรักษาเยียวยา จำนวนทั้งสิ้น 24 ราย ผลการศึกษาพบว่า ชาวม้งทั้ง 24 ราย มีอาการป่วยทั้งสิ้น 50 ครั้ง และมีผู้ป่วยที่ใช้ฝิ่นรักษาอาการเจ็บป่วยจนถึงแก่ความตาย 1 ราย และสามารถจัดการกลุ่มอาการเจ็บป่วยได้ 4 กลุ่มอาการหลัก คือ 1) กลุ่มอาการท้องเสีย ท้องเดิน 2) กลุ่มอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย 3) กลุ่มอาการเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร และ 4) กลุ่มอาการไข้หนาวสั่น ส่วนพฤติกรรมการรักษาเยียวยาของชาวม้งที่เจ็บป่วยมีลักษณะเป็นขั้นตอนต่างกันไป ตามลักษณะความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ประเภทของโรคที่ผู้ป่วยนิยมรักษาด้วยฝิ่นเป็นโรคระดับเล็กน้อยที่เกิดขึ้นบ่อยๆในชีวิตประจำวัน เช่น ท้องร่วง ปวดศีรษะ เป็นไข้ ปวดเมื่อยตามร่างกาย และยังใช้ฝิ่นเป็นยาฆ่าเชื้อในกรณีที่เกิดบาดแผล ซึ่งผลที่ได้จากการใช้ฝิ่นพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ฝิ่นชั่วคราวจะได้รับผลดีในแง่ของการบำบัดรักษาโรครมากกว่าผู้ป่วยที่เสพติดฝิ่น เนื่องจากฝิ่นสามารถช่วยระงับบรรเทาอาการเจ็บป่วยและบรรเทาอาการของโรคก่อนที่ผู้ป่วยจะพบแพทย์ ส่วนผู้ป่วยที่ติดฝิ่นมักเกิดจากการใช้ฝิ่นรักษาโรคเรื้อรังต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลานาน ซึ่งผลเสียที่ตามมาซึ่งประกอบไปด้วยด้านเศรษฐกิจ คือ ทำให้ตัวผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีสภาพความเป็นอยู่อย่างยากลำบาก อดอยากหิวโหย เนื่องจากต้องนำรายได้ส่วนหนึ่งไปเป็นค่าใช้จ่ายในการแสวงหาฝิ่นมาเสพ ส่วนผลทางสังคมได้แก่ การถูกตีฉินนิทา วิพากษ์วิจารณ์จากหมู่ญาติพี่น้อง และไม่เป็นที่ยอมรับนับถือในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่

อิศวรร ดวงจินดา (2558) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และวิเคราะห์หาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 155 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดของตนเองของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย จำนวน 26 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกตามอายุ อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความแตกต่างกัน และยังพบว่าความเครียดสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 25.5 ข้อเสนอแนะจากการศึกษาคือควรมีการเพิ่มทักษะการจัดการความเครียดให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และควรให้ความรู้ในการประกอบอาชีพเสริม ตลอดจนหาตลาดรองรับให้ด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและมีรายได้ไม่น้อยกว่ารายจ่าย

นคัมยภรณ์ ชูชาติและคณะ (2558) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากอุบัติเหตุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากอุบัติเหตุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากอุบัติเหตุอายุระหว่าง 18-60 ปี ที่เคยรับการรักษาที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์จำนวน 53 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ฉบับภาษาไทย แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU-DI) และแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (SCIM II) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 41.5 และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประกอบด้วย รายได้ การประกอบอาชีพ และระดับรอยโรคไขสันหลัง

มูทิตา วรณชาติและคณะ (2558) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรัง 270 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.2) ระดับดี (ร้อยละ 45.9) และระดับไม่ดี (ร้อยละ 1.9) ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรัง สัมพันธภาพในครอบครัว และรายได้ โดยสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 37.4

เอกมาศ วงศ์ไพรินทร์ และ พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ (2557) ศึกษาเรื่องการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานที่นับถือศาสนาอิสลาม ในจังหวัดสตูล ประเทศไทย ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานที่นับถือศาสนาอิสลามของจังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่นับถือศาสนาอิสลาม และมารับบริการในโรงพยาบาลจังหวัดสตูล จำนวน 334 ราย ที่ได้จากการสุ่มแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ Diabetes-39 Thailand ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่นับถือศาสนาอิสลามส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 80.5) โดยพบมากในกลุ่มเพศหญิงที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอาชีพใช้แรงงาน สำหรับปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า มิติทางด้านคุณภาพชีวิตที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย คือ การควบคุมเบาหวาน ความกังวล ภาวะสังคม เพศสัมพันธ์ และความกระปรี้กระเปร่า โดยปัญหาคุณภาพชีวิตเกิดจากมิติความวิตกกังวลต่อการดำรงชีวิตกับการป่วยโรคเบาหวาน

สง่า สงครามภักดี (2555) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 357 คน ได้รับการสุ่มแบบกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงกว่าด้านอื่นๆ คือ อยู่ในระดับดี ส่วนด้านอื่นๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย จิต สังคม อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการสร้างสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสม และอายุ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน การพึ่งพาตนเองได้ การได้รับการเกื้อหนุนจากชุมชน และพฤติกรรมสร้างสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนเพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ข้อมูลโรคเบาหวาน การได้รับการเกื้อหนุนจากชุมชน การพึ่งพาตนเองได้ และพฤติกรรมสร้างสุขภาพ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานได้ คิดเป็นร้อยละ 48.40

ศิรินทิพย์ โคนสันเทียะ (2554) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปี เมืองยาง อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 233 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินคุณภาพ

ชีวิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองลักษณะเป็นแบบวัดมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 19 ข้อ และมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 77 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยเบาหวานที่มีเพศและรายได้ครอบครัวต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ส่วนผู้ที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (2553) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทยปี 2553 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับบริบทตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และสำรวจคุณภาพชีวิตของคนไทยเป็นรายปี ระหว่างปี 2553-2555 โดยการสุ่มตัวอย่างจากประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และชนบทของจังหวัดที่เป็นตัวอย่างใน 4 ภาค และกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ภาคละ 3 จังหวัด รวม 15 จังหวัด รวมกลุ่มตัวอย่าง 4,500 คน ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของคนไทย**คุณภาพชีวิตด้านการทำงานส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับชีวิตการทำงานในระดับมาก คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ยกเว้นปัญหาเกี่ยวกับเสียงจากยานพาหนะ** ซึ่งมีปัญหาในระดับน้อย และมีความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ในระดับมาก **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความเครียด** ส่วนใหญ่มีสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดีในรอบปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่เคยเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่ยังไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับรักษาตัวในสถานพยาบาล และไม่มีโรคประจำตัว สำหรับภาวะความเครียดนั้น ส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติที่บ่งบอกถึงความเครียด **คุณภาพชีวิตด้านชีวิตความเป็นอยู่ประจำวัน** ส่วนใหญ่เห็นว่าสินค้าประเภทอาหารมีราคาค่อนข้างแพง แต่ก็มีมีความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐต่างส่วนชีวิตและทรัพย์สินของตนยังมีความปลอดภัยในระดับค่อนข้างน้อย

โสภางค์ พรพิบูลย์ (2553) ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กชาวเขาวัดทุ่งเหียง ตำบลหมอนนาง อำเภอพนสนิม จังหวัดชลบุรี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กชาวเขาวัดทุ่งเหียง เพื่อการพัฒนาศักยภาพในคิดวิเคราะห์ โดยแบ่งใช้วิธีการแบ่งกลุ่มเพื่อการศึกษาค้นคว้าข้อมูลออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มเด็กชาวเขา กลุ่มผู้บริหาร และจัดการโครงการและดูแลเด็กชาวเขา กลุ่มชุมชน และกลุ่มหน่วยงานราชการ รวมทั้งหมด 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของเด็กชาวเขาวัดทุ่งเหียงตามเกณฑ์คุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานทางด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย

สุขภาพ ครอบครัว การได้รับการยอมรับจากผู้อื่น และการที่จะประสบความสำเร็จ มีโอกาสก้าวหน้า ต้องการที่จะมีชัยชนะต่ออุปสรรคต่างๆ นั้น อยู่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีเพียงการศึกษาเท่านั้นที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็กชาวเขาวัดทุ่งเหียง ซึ่งผู้วิจัยระบุว่ายังมีอุปสรรคและปัญหาจากการมีอิทธิพลเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กชาวเขาวัดทุ่งเหียงอยู่มาก และได้เสนอข้อคิดเห็นว่าแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กชาวเขาวัดทุ่งเหียง มี 2 แนวทาง คือการพัฒนาด้านบุคลากรและการพัฒนาโดยการจัดตั้งเป็นมูลนิธิ

วิไล ชินเวชกิจวานิชย์ นุชนาฏ หวนนากลาง และอรอุมา ชองรัมย์ (2551) ศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบเองที่ดำเนินตามแนวทางของเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต ฉบับย่อ WHOBREF-THAI 26 ข้อ พบว่ามีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 2,605 คนจาก 60 หน่วยงานคิดเป็นร้อยละ 34 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 88.0 คะแนนจาก 100 คะแนน และมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางในทุกองค์ประกอบเช่นกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.7, 20.8, 10.4, และ 24.4 คะแนน ตามลำดับ

ภาวัต วรรณสุภัทร (2550 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตตำรวจจราจรชั้นประทวนในเขตกองบังคับการตำรวจนครบาล 5 ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตทั่วไปและคุณภาพชีวิตในการทำงานของตำรวจชั้นประทวนในเขตกองบังคับการตำรวจนครบาลอยู่ในระดับปานกลาง โดยทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตทั่วไป และคุณภาพชีวิตการทำงานของตำรวจชั้นประทวน ส่วนสภาพปัญหาในด้านคุณภาพชีวิตทั่วไปของตำรวจชั้นประทวน พบว่า เกิดจากรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตของครอบครัว และสวัสดิการในเรื่องค่าเล่าเรียนบุตร ที่พักอาศัย ยังไม่เพียงพอต่อจำนวนตำรวจจราจร และปัญหาด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน เกิดจากอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งานจำนวนไม่เพียงพอ และมีเวลาพักผ่อนน้อยเกินไป

Danquah, Wasserman, Meininger, และ Bergstrom (2010) ศึกษาการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพอกเลือด: การทบทวนเรื่องการวัดทางจิต โดยทบทวนเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตจากบทความที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า มีการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปร้อยละ 50 ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยร้อยละ 15 และประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค

ร้อยละ 26 สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค พบว่า ผู้วิจัยส่วนใหญ่นิยมใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคไตฉบับย่อ มีการแปลและใช้ภาษาอื่นมากกว่า 20 ภาษา แสดงว่าแบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคไตฉบับย่อนี้มีคนที่ใช้อย่างกว้างขวางถือได้ว่าเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคที่ดีฉบับหนึ่ง

Yu และ Petrini (2010) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดโดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดมีสมรรถนะด้านร่างกายดีขึ้น แต่ด้านอารมณ์ไม่มั่นคง และมีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ มีภาระด้านการเงิน มีความรู้ไม่เพียงพอ และมีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต

Takashi (2000 อ้างถึงใน สุวดี อานวงษ์วิวัฒน์, 2544, หน้า 46) ได้ศึกษาเรื่อง “คุณภาพชีวิตในประเทศไทย การวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจและสังคม” โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถิติข้อมูลจากจังหวัดต่างๆ 70 จังหวัดและนำมาวิเคราะห์ตามปัจจัยทางด้านองค์ประกอบทั่วไป คือการบริการของชุมชน ศาสนา เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม อุบัติเหตุทางการจราจร ภาวะเจริญพันธุ์ การใช้แรงงานเด็ก ความเป็นอุตสาหกรรม การคมนาคม การศึกษาขั้นพื้นฐาน ภาวะการของอาชญากรรม ประชากรผู้สูงอายุ และสุขภาพอนามัย หลังจากนั้นนำมาหาปัจจัยค่าดัชนีคุณภาพชีวิตเพื่อบ่งชี้ว่าจังหวัดใดมีค่าดัชนีสูงที่สุดและค่าต่ำที่สุด ผลการวิจัย พบว่า จังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตสูงที่สุดนั้น มักจะมีรายได้ประชากรสูง เป็นเมืองที่เจริญหรือเป็นเมืองตากอากาศ เป็นต้น ส่วนจังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตต่ำ มักจะเป็นจังหวัดที่มีสภาพแวดล้อมไม่ดี มีภาวะเจริญพันธุ์สูงและมีการศึกษาต่ำ เป็นต้น

Duncan (2003 อ้างถึงในณัฐภา บัวหลวง, 2551) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของประเทศในแถบสแกนดิเนเวียกับประเทศอื่นๆ ในสหภาพยุโรป พบว่า ยังไม่พบข้อมูลเด่นชัดที่จะอธิบายความแตกต่างได้ แต่จากข้อมูลที่ได้ในมุมมองของพนักงานในองค์กรในด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน ได้แก่ ระดับการมีส่วนร่วมในงานและการตัดสินใจ โอกาสเติบโตในอาชีพ และความมั่นคงในงาน พบว่า พนักงานในประเทศเดนมาร์ก สวีเดน และกลุ่มตัวอย่างบางส่วนของประเทศฟินแลนด์ มีคุณภาพในการทำงานและโอกาสการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ มากกว่าประเทศอื่นๆ ในสหภาพยุโรป โดยให้เหตุผลถึงความแตกต่างของลักษณะสภาพสังคม ธุรกิจ และเศรษฐกิจในแต่ละกลุ่ม

Louis, Kathryn และ Kate (2003 อ้างถึงในณัฐฐา บัวหลวง, 2551) ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานในมหาวิทยาลัยจอร์จเมสัน (George Mason University) ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการวิจัย พบว่า แหล่งของความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างสามารถแบ่งออกได้เป็น 6 มิติ คือ ความเป็นธรรม สภาพการทำงาน เงินเดือนและสวัสดิการ อิสระในการทำงาน และการเติบโต การมีโอกาสทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่ใช่งาน ความพึงพอใจโดยรวมในชีวิต ส่วนแหล่งของความเครียดแบ่งออกได้เป็น 6 มิติ คือ ความเป็นธรรม สภาพการทำงาน กฎระเบียบความสัมพันธ์กับคนอื่น ที่จอดรถและการเดินทางไปมาระหว่างบ้านกับสำนักงาน และเรื่องส่วนตัวในครอบครัว

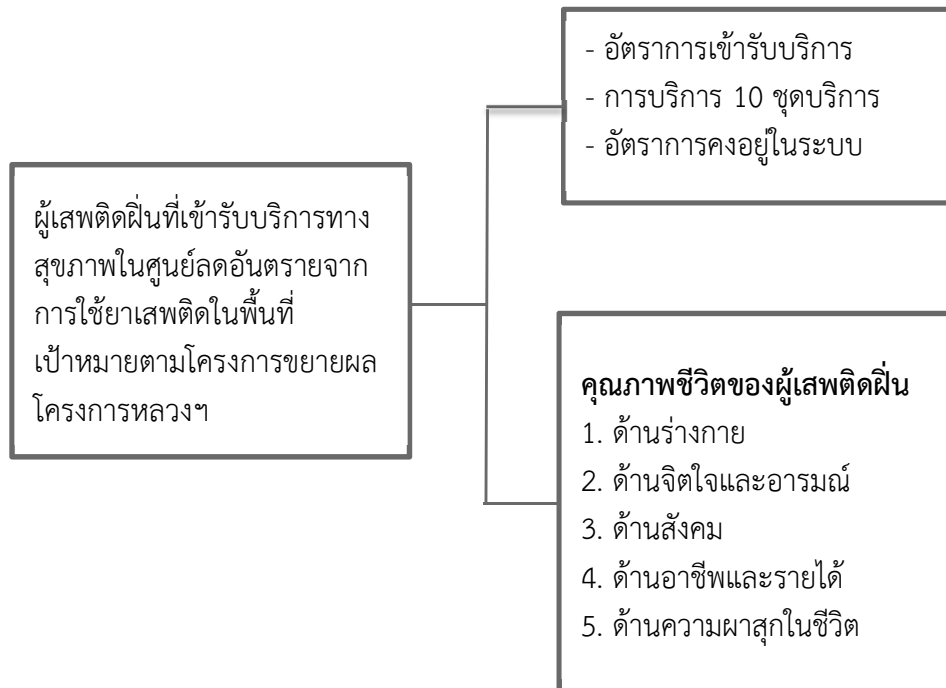
กล่าวโดยสรุปได้ว่าจากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่างานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของชาวเขาหรือชนเผ่ายังมีจำนวนน้อยมาก ซึ่งอาจเป็นเพราะสภาพปัญหาและอุปสรรคจากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ยุ่งยากทั้งด้านเวลา ความยากลำบากในการเดินทางเข้าพื้นที่ ภาษาและการสื่อสาร งบประมาณ เป็นต้น ดังนั้นส่วนใหญ่เน้นวิชาการทั้งระดับบุคคลและหน่วยงานจึงนิยมศึกษาคุณภาพชีวิตของคนทั่วไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ราบหรือในเขตเมืองมากกว่า สำหรับแบบประเมินคุณภาพชีวิตจะเห็นได้ว่าการพัฒนาและปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของคนปกติทั่วไป จนกระทั่งแบบประเมินคุณภาพชีวิตของคนเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น ส่วนในแวดวงด้านสุขภาพหรือสาธารณสุขได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเฉพาะโรคต่างๆ มากขึ้น เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตวาย ผู้ป่วยฟอกเลือด ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการวัด และประเมินคุณภาพชีวิตที่นักวิชาการหรือผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาดังกล่าวข้างต้นมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นขึ้นเองเนื่องจากตรวจสอบแล้วพบว่าไม่มีแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสถานะในชีวิตของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายตามระบบสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่และสอดคล้องสัมพันธ์กับเป้าหมาย

ความคาดหวังของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในสังคมนั้นด้วย โดยเฉพาะหากเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพด้วยแล้วจะเป็นแนวคิดที่กว้างและมีความสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เพราะต้องครอบคลุมทั้งประเด็นสุขภาพของแต่ละบุคคล สภาพจิตใจ ความรู้สึก เป็นอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม ค่านิยมความเชื่อ และความสัมพันธ์ต่อสภาพแวดล้อมด้วย ดังนั้นแนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตจึงควรประกอบด้วยคำถามตามองค์ประกอบมิติต่างๆ ของคุณภาพชีวิตตามกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559)

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม (Holistic quality of life) มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติดฝิ่น เนื่องจากแนวคิดการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนของทีมงานบำบัดรักษาทุกพื้นที่ยึดหลักการให้บริการผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่ครอบคลุมสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) โดยการให้บริการสุขภาพในลักษณะของกิจกรรมทางสุขภาพแบบรอบด้าน 10 ชุดบริการ โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่เป้าหมายให้ดีขึ้น (สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2553) นอกจากนั้นแล้วแนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมยังเป็นการประเมินที่ครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้เสพติดฝิ่นตามที่ผู้วิจัยได้ให้คำจำกัดความไว้ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการทำกิจกรรม การมีส่วนร่วมทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาจิตวิญญาณ ร่วมกับการสัมภาษณ์ทีมงานบำบัดรักษาและผู้นำชุมชนในพื้นที่ เนื่องจากทีมงานบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้เสพติดฝิ่นมานาน ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่และภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่เป็นชนเผ่าได้เป็นอย่างดี ส่วนผู้นำชุมชนส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าจึงถือว่าเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่สามารถระบุงค์ประกอบมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติดฝิ่นในชุมชนของตนเองได้ครอบคลุมและใกล้เคียงกับชีวิตความเป็นอยู่ของผู้เสพติดฝิ่นได้มากที่สุด ซึ่งกรอบแนวคิดการวิจัยที่ได้มีดังนี้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้เสพติฝิ่นหลังเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติ: กรณีศึกษาโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการเข้ารับบริการและอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้เสพติฝิ่น รวมทั้งศึกษาคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เสพติฝิ่นจำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ภายหลังจากเข้ารับบริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติในพื้นที่ 6 อำเภอ ซึ่งใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้เสพติฝิ่นที่เข้ารับบริการทางสุขภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติ (Drop-in center) ตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนในพื้นที่ 6 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง อำเภอแม่แตง อำเภออมก๋อย และอำเภอแม่ระมาด จำนวน 1,003 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้เสพติฝิ่นที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติ (Drop-in center) ในแต่ละพื้นที่เป้าหมายตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนในแต่ละพื้นที่นานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร Finite estimate mean จากโปรแกรมการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง N4 studies โดยค่าที่นำมาใช้คำนวณจากงานวิจัยเรื่องผลการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยเฮโรอีนระยะบำบัดยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเฮโรอีนระยะบำบัดยาภายหลังการใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย (\bar{x}) เท่ากับ 2.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ .69 โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (d) เท่ากับ .04 ได้จำนวนขนาดตัวอย่างเท่ากับ 535 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงคิดเพิ่มอีก

ร้อยละ 10 ดังนั้นจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 589 คน แบ่งตามสัดส่วนของแต่ละพื้นที่ได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้และที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้จริง จำแนกตามอำเภอ

พื้นที่ / อำเภอ	ประชากร	กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้	กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้จริง	
			จำนวน	ร้อยละ
จังหวัดเชียงใหม่				
อำเภอเชียงดาว	21	12	21	100.00
อำเภอเวียงแหง	55	32	30	93.75
อำเภอแม่แตง	102	60	55	91.67
อำเภออมก๋อย	385	226	225	99.56
อำเภอไชยปราการ	241	142	140	98.59
จังหวัดตาก				
อำเภอแม่ระมาด	199	117	94	80.34
รวม	1,003	589	565	95.93

โดยมีเกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 18 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้เสพติดฝิ่นเป็นหลัก
3. เข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนในแต่ละพื้นที่เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ใช้สารเสพติดประเภทอื่นเป็นหลัก ได้แก่ เฮโรอีน ยาบ้า สารระเหย กัญชา
2. มีอาการถอนยา อาการอยากยา อาการเจ็บป่วยทางกาย/ทางจิตจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ชุด ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งรายละเอียดของเครื่องมือมีดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูล เป็นแบบบันทึกที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่มารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามผลการดำเนินงานการให้บริการบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นที่มารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เติมตัวเลขหรือข้อความในช่องว่างจำนวน 3 ข้อใหญ่ ประกอบด้วย 1) อัตราการเข้ารับบริการของผู้ป่วยเสพติดฝิ่น มีข้อคำถาม 3 ข้อย่อย 2) การให้บริการทางสุขภาพกับผู้ป่วยเสพติดฝิ่น มีข้อคำถาม 10 ข้อย่อย และ 3) การติดตามผู้ป่วยเสพติดฝิ่น มีข้อคำถาม 6 ข้อย่อย

ชุดที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่น เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามรายละเอียดขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตทั้งในต่างประเทศและภายในประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยรวมทั้งนำมาพัฒนาเป็นประเด็นข้อคำถามหลักและข้อคำถามรองของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้เสพติดฝิ่นให้มีความสอดคล้องและครอบคลุมคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยที่กำหนดไว้

2. ทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) ทีมงานบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นที่มีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่มานานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปและสมัครใจร่วมให้ข้อมูลทั้ง 6 อำเภอๆ ละ 1 คน รวมจำนวน 6 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา เกษัชกร นักวิชาการสาธารณสุข โดยใช้ข้อคำถาม 2 ข้อที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด (Open-end) เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนได้แสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อมูลได้อย่างอิสระดังนี้
 - 1) จากประสบการณ์การทำงานในพื้นที่มานานกว่า 5 ปี ในความคิดเห็นของท่านคุณภาพชีวิต

ของผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่ที่รับผิดชอบควรประกอบด้วยด้านอะไรบ้าง และ 2) คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นในแต่ละด้านดังกล่าวควรมีมิติย่อยๆ ที่สำคัญในประเด็นใดบ้าง เพราะอะไร ทำการสนทนากลุ่มโดยใช้สถานที่ห้องประชุมของโรงแรม ก่อนการดำเนินการสนทนาผู้วิจัยได้ขออนุญาตสมาชิกในกลุ่มอัดเทปคำสนทนา หลังจากนั้นจึงเริ่มดำเนินการโดยใช้ระยะเวลาสนทนนาน 80 นาที

3. ทำการถอดเทปคำสนทนาและวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) หลังจากนั้นจึงนำเนื้อหาสาระที่ได้มาผสมผสานกับเนื้อหาข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามที่ได้ดำเนินการตามข้อที่ 1 ได้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่น 1 ชุด แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เสพติดฝิ่น ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เข้ารับบริการทางสุขภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ค่าใช้จ่ายในการซื้อฝิ่นเสพติดก่อนการบำบัดรักษา ค่าใช้จ่ายในการซื้อฝิ่นเสพติดหลังเข้ารับการบำบัดรักษา ลักษณะของการเสพติด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมข้อความในช่องว่าง รวมจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่น เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้หรือความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างตามข้อความนั้นๆ หลังเข้ารับการบริการการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เลย (1 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย (11 ข้อ) ด้านจิตใจและอารมณ์ (9 ข้อ) ด้านสังคม (8 ข้อ) ด้านอาชีพและรายได้ (7 ข้อ) และด้านความรู้สึกเป็นอิสระ (6 ข้อ) เป็นข้อคำถามเชิงบวก 33 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ จำนวนรวมทั้งหมด 41 ข้อ โดยกำหนดระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80)

คุณภาพชีวิตระดับดีเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60)

คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40)

คุณภาพชีวิตระดับมาก (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20) และ

คุณภาพชีวิตระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00)

4. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบหาความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหาสาระ (Content validity) โดยการจัดประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ผู้วิจัยพิจารณาคัดเลือกจากทีมงานบำบัดรักษาและผู้นำชุมชนในพื้นที่ที่มีประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขมานานเกิน 8 ปีหรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนมานานกว่า 10 ปีขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ที่เข้าใจวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ประเพณีวัฒนธรรม และสามารถสื่อสารด้วยภาษาชนเผ่าในแต่ละชุมชนได้อย่างเข้าใจ ได้ผู้เชี่ยวชาญตามคุณสมบัติที่กำหนด ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกษังกร และนักจิตวิทยา จำนวน 8 คน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ผู้ป่วยที่เลิกเสพยาได้หลังการบำบัดรักษา จำนวน 12 คน รวมจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 20 คน โดยการประชุมกลุ่มที่โรงแรม จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อพิจารณาความครอบคลุม และความสอดคล้องของเนื้อหาสาระ ตลอดจนสำนวนภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาติดยา หลังจากปรับข้อองค์ประกอบรายด้านและปรับแก้ไขสำนวนภาษาแล้วจึงได้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาติดยาชุดใหม่ ประกอบด้วย 5 ด้าน รวมจำนวน 34 ข้อย่อย ดังนี้ ด้านร่างกาย (7 ข้อ) ด้านจิตใจและอารมณ์ (7 ข้อ) ด้านสังคม (7 ข้อ) ด้านอาชีพและรายได้ (6 ข้อ) และด้านความผาสุกในชีวิต (7 ข้อ) โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก 27 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 7 ข้อ

5. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวิจัย (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาติดยาที่ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเสพยาติดยาที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่ตำบลป่าแดง อำเภอไชยปราการ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมพันธด้วยสูตร Cronbach's alpha coefficient พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .829 ผู้วิจัยจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำโครงการวิจัยเสนอขอรับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ตามเอกสารใบรับรองที่ 055/2561

2. ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าทีมงานบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นแต่ละอำเภอ เพื่อนัดหมายวันเวลาและสถานที่ในการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและทำความเข้าใจประเด็นข้อคำถามแบบสอบถาม และแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ประชุมร่วมกับทีมงานบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นในแต่ละอำเภอ โดยชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตและความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นจึงทำความเข้าใจประเด็นข้อคำถามแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่น พร้อมกับร่วมปรึกษาหารือถึงแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกำหนดให้ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลควรมีความสามารถสื่อสารภาษาชนเผ่าได้ หรือมีสมาชิกในครอบครัวที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยหรืออาจใช้ล่ามช่วยแปลภาษาให้ และใช้วิธีการถามตามข้อคำถามแบบสอบถามโดยการอ่านให้ฟังเป็นภาษาชนเผ่าของกลุ่มตัวอย่างทีละข้อเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจประเด็นของข้อคำถามชัดเจนก่อนตอบ หลังจากนั้นจึงมอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นตามจำนวนที่คำนวณได้ให้ในแต่ละอำเภอ (ตารางที่ 3)

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละพื้นที่ พบว่า ได้แบบสอบถามกลับคืนทั้งหมดจำนวน 575 ชุด หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พบว่าแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนที่สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้มีจำนวน 565 ชุด คิดเป็นร้อยละ 95.93 ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อัตราการเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ อัตราการให้บริการทางสุขภาพ 10 ชุดบริการ และอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ใช้จำนวนร้อยละ

2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการการบำบัดรักษาทั้งภาพรวม รายด้าน และรายข้อ ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการการบำบัดรักษา จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลด้วยสถิติทดสอบที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี scheffe's method

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด: กรณีศึกษาโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1: ผลการวิเคราะห์อัตราการเข้ารับบริการและอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ (นำเสนอตารางที่ 4-6)

1.1 อัตราการเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพติดฝิ่นที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

1.2 อัตราการให้บริการทางสุขภาพครอบคลุม 10 ชุดบริการกับผู้เสพติดฝิ่นที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

1.3 อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

ตอนที่ 2: ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ (นำเสนอตารางที่ 7-14)

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการการบำบัดรักษา

ตอนที่ 3: เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (นำเสนอตารางที่ 15-22)

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นจำแนกตามเพศ

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นจำแนกตามอายุ

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่น
จำแนกตามอาชีพ

3.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่น
จำแนกตามรายได้

3.5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่น
จำแนกตามระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1: ผลการวิเคราะห์อัตราการเข้ารับบริการและอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ (ตารางที่ 4-6)

1.1 อัตราการเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพติดฝิ่นที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

ผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนใน 2 จังหวัด 6 อำเภอ โดยภาพรวมในปี 2558 พบว่า มีจำนวนรวมทั้งหมด 736 คน โดยจังหวัดเชียงใหม่มีผู้เสพติดฝิ่นเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.86 รองลงมาคือจังหวัดตาก คิดเป็นร้อยละ 25.14 และในปี 2559 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็น 1,003 คน โดยจังหวัดเชียงใหม่มีผู้เสพติดฝิ่นเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.16 รองลงมาคือจังหวัดตาก คิดเป็นร้อยละ 19.84 เมื่อพิจารณาเป็นรายอำเภอ พบว่า อำเภออมก๋อยมีผู้เสพติดฝิ่นเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.88 รองลงมาคืออำเภอไชยปราการ และอำเภอแม่ระมาด คิดเป็นร้อยละ 29.98 และ 19.84 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ ปี 2558 และปี 2559 จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวนผู้เข้ารับการบำบัด ปี 2558		จำนวนผู้เข้ารับการบำบัด ปี 2559	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จังหวัดเชียงใหม่	551	74.86	804	80.16
อำเภอแม่แตง	81	14.70	102	12.69
อำเภอไชยปราการ	140	25.41	241	29.98
อำเภอเชียงดาว	21	3.81	21	2.61
อำเภอเวียงแหง	55	9.98	55	6.84
อำเภออมก๋อย	254	46.10	385	47.88
จังหวัดตาก	185	25.14	199	19.84
อำเภอแม่ระมาด	185	100.00	199	100.00
รวม	736	100.00	1,003	100.00

1.2 อัตราการให้บริการทางสุขภาพครอบคลุม 10 ชุดบริการกับผู้เสพติดฝิ่นที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

กิจกรรมการให้บริการทางสุขภาพครอบคลุม 10 ชุดบริการของศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Drop-in center) ในแต่ละอำเภอตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนใน 2 จังหวัด 6 อำเภอ พบว่า โดยภาพรวมกิจกรรมบริการทางสุขภาพที่ผู้เสพติดฝิ่นทุกคนได้รับบริการจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 มีจำนวน 6 ชุดบริการ คือ ชุดบริการที่ 1 “การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเองรวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีและยาเสพติด” ชุดบริการที่ 2 “การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว” ชุดบริการที่ 5 “การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจและส่งต่อรับบริการการดูแลรักษา” ชุดบริการที่ 8 “กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน” ชุดบริการที่ 9 “การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด”

และชุดบริการที่ 10 “การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดรวมถึงกิจกรรมกลับสู่สังคม และการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ” รองลงมาคือชุดบริการที่ 7 “การป้องกันวินิจฉัยและรักษาโรคไวรัสโรค” และชุดบริการที่ 4 “การแจกถุงยางอนามัย” คิดเป็นร้อยละ 61.62 และ 40.48 ตามลำดับ สำหรับชุดบริการที่ให้บริการน้อยที่สุด คือ ชุดบริการที่ 3 “การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด” คิดเป็นร้อยละ 23.33 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมบริการทางสุขภาพที่ผู้เสียหายที่ผู้เสียหายได้รับบริการจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ ในปี 2559 จำแนกตามกิจกรรมการบริการสุขภาพครอบคลุม 10 ชุดบริการ

กิจกรรมการบริการสุขภาพ 10 ชุดบริการ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	รวม
	แม่แตง (จำนวน และร้อยละ) (N=102)	ไชยปราการ (จำนวน และร้อยละ) (N=241)	เชียงใหม่ (จำนวน และร้อยละ) (N=21)	เวียงแหง (จำนวน และร้อยละ) (N=55)	อมก๋อย (จำนวน และร้อยละ) (N=385)	แม่ระมาด (จำนวน และร้อยละ) (N=199)	ทั้งหมด (จำนวน และร้อยละ) (N=1003)	
1. การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนักและการประเมินความเสี่ยงของตนเองรวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด	102 (100.00)	241 (100.00)	21 (100.00)	55 (100.00)	385 (100.00)	199 (100.00)	1,003 (100.00)	
2. การบำบัดรักษา ยาเสพติดโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว	102 (100.00)	241 (100.00)	21 (100.00)	55 (100.00)	385 (100.00)	199 (100.00)	1,003 (100.00)	
3. การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด	-	168 (69.71)	-	-	66 (17.14)	-	234 (23.33)	
4. การแจกถุงยางอนามัย	102 (100.00)	120 (49.79)	11 (28.95)	-	66 (17.14)	107 (53.77)	406 (40.48)	

	อำเภอ แม่แตง (จำนวน และ ร้อยละ) (N=102)	อำเภอ ไชยปราการ (จำนวน และร้อยละ) (N=241)	อำเภอ เชียงดาว (จำนวน และ ร้อยละ) (N=21)	อำเภอ เวียงแหง (จำนวน และ ร้อยละ) (N=55)	อำเภอ อมก๋อย (จำนวน และ ร้อยละ) (N=385)	อำเภอ แม่ระมาด (จำนวน และ ร้อยละ) (N=199)	รวม ทั้งหมด (จำนวน และ ร้อยละ) (N=1,003)
กิจกรรมการบริการสุขภาพ 10 ชุดบริการ							
5. การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอชไอวีด้วยความสมัครใจและส่งต่อรับบริการ การดูแลรักษา	102 (100.00)	241 (100.00)	21 (100.00)	55 (100.00)	385 (100.00)	199 (100.00)	1,003 (100.00)
6. การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	-	241 (100.00)	21 (100.00)	-	-	107 (53.77)	369 (36.79)
7. การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาโรคโควิด-19	102 (100.00)	241 (100.00)	21 (100.00)	55 (100.00)	-	199 (100.00)	618 (61.62)
8. กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน	102 (100.00)	241 (100.00)	21 (100.00)	55 (100.00)	385 (100.00)	199 (100.00)	1,003 (100.00)

ตารางที่ 5 (ต่อ)

กิจกรรมการบริการสุขภาพ 10 ชุดบริการ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	รวม
	แม่แตง (จำนวน และ ร้อยละ)	ไชยปราการ (จำนวน และร้อยละ)	เชียงใหม่ (จำนวน และ ร้อยละ)	เชียงใหม่ (จำนวน และ ร้อยละ)	เวียงแหง (จำนวน และ ร้อยละ)	อมก๋อย (จำนวน และ ร้อยละ)	อำเภอ แม่ระมาด (จำนวน และ ร้อยละ)	ทั้งหมด (จำนวน และ ร้อยละ)
	(N=102)	(N= 241)	(N=21)	(N=55)	(N=385)	(N=199)	(N=1,003)	
9. การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด	102 (100.00)	241 (100.00)	21 (100.00)	55 (100.00)	385 (100.00)	199 (100.00)	1,003 (100.00)	
10. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ช้ยาเสพติด รวมถึงกิจกรรมกลับสู่สังคมและการป้องกันกำเริบกลับไปเสพซ้ำ	102 (100.00)	241 (100.00)	21 (100.00)	55 (100.00)	385 (100.00)	199 (100.00)	1,003 (100.00)	

1.3 อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

พบว่าผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนใน 2 จังหวัด 6 อำเภอ ในปี 2559 มีจำนวนรวมทั้งหมด 1,003 คน โดยส่วนใหญ่เป็นผู้เสพติดฝิ่นที่ยังคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา คิดเป็นร้อยละ 88.83 (อำเภอเชียงดาวมีผู้เสพติดฝิ่นที่ยังคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 100 และอำเภอแม่ระมาดมีผู้เสพติดฝิ่นที่ยังคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาต่ำสุด คิดเป็นร้อยละ 68.34) และเป็นผู้เสพติดฝิ่นที่ได้รับการจำหน่ายออกจากระบบการบำบัดรักษาคิดเป็นร้อยละ 11.17 เนื่องจากเสียชีวิตด้วยโรคประจำตัว ย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่ ติดคุก เข้าเรือนจำ เสพติดฝิ่นซ้ำ เป็นต้น

สำหรับผู้เสพติดฝิ่นที่ยังคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา พบว่า ผู้เสพติดฝิ่นทุกคน ยังคงเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในแต่ละอำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้เสพติดฝิ่นที่ยังคงใช้เมทาโดนร่วมกับการเสพฝิ่นหรือยาเสพติดชนิดอื่นๆ ด้วย เช่น กัญชา ยาบ้า เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 72.72 รองลงมาคือเป็นผู้ที่ใช้เมทาโดนอย่างเดียว (เลิกเสพฝิ่นได้) และเป็นผู้ที่เลิกเสพฝิ่นและเลิกใช้เมทาโดนได้แล้ว คิดเป็นร้อยละ 23.91 และ 3.37 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการและผู้ที่ยังคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในปี 2559

จำแนกตามอำเภอ

ผลการดำเนินงาน/อำเภอ	อำเภอแม่แตง		อำเภอไชยปราการ		อำเภอเชียงดาว		อำเภอเวียงแหง		อำเภอย่านก้อ		อำเภอแม่ระมาด		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้เข้ารับบริการทั้งหมดในปี 2559	102	100.00	241	100.00	21	100.00	55	100.00	385	100.00	199	100.00	1003	100.00
- จำหน่ายออกจากระบบการบำบัดรักษา (เสียชีวิต ย้ายไปอยู่ที่อื่น เข้าเรือนจำ ติดคุก เสพฝิ่นซ้ำ)	21	20.59	8	3.32	0	0	2	3.64	18	4.68	63	31.66	112	11.17
- ผู้ที่ยังคงอยู่ในระบบบำบัดรักษา	81	79.41	233	96.68	21	100.00	53	96.36	367	95.32	136	68.34	891	88.83
- ผู้ที่ยังคงรับบริการบำบัดรักษาต่อเนื่อง	81	100.00	233	100.00	21	100.00	53	100.00	367	100.00	136	100.00	891	100.00
- ผู้ที่ใช้เมทาโดนอย่างเดียว (หยุดเสพฝิ่น)	38	46.91	125	53.65	10	47.62	6	11.32	16	4.36	18	13.24	213	23.91
- ผู้ที่ใช้เมทาโดนร่วมกับสารเสพติดอื่น (ฝิ่น ยาบ้า กัญชา)	43	53.09	89	38.20	6	28.57	47	88.68	351	95.64	112	82.35	648	72.72
- ผู้ที่สามารถหยุดเสพฝิ่นและหยุดกินเมทาโดน	0	0	19	8.15	5	23.81	0	0	0	0	6	4.41	30	3.37

ตอนที่ 2: ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ (นำเสนอตารางที่ 7- 14)

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72.03) อายุเฉลี่ย 46.88 ปี อายุมากที่สุด 81 ปี และอายุน้อยสุด 17 ปี ส่วนใหญ่มีเชื้อชาติเป็นมูเซอ/ลาหู่ (ร้อยละ 33.98) รองลงมาคือ กะเหรี่ยงและมีเชื้อชาติอื่นๆ เช่น ไทยใหญ่ พม่า ไหม่ทราบเชื้อชาติ เป็นต้น (ร้อยละ 29.03 และ 18.05 ตามลำดับ) มีที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอมก๋อย (ร้อยละ 39.82) รองลงมาคือ อำเภอไชยปราการและอำเภอแม่ระมาด (ร้อยละ 24.78 และ 18.05 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม/ปลูกพืช (ร้อยละ 59.29) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไปและว่างงาน/ไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 26.55 และ 12.56 ตามลำดับ) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 1-3,000 บาท (ร้อยละ 52.92) รองลงมาคือระหว่าง 3,001-6,000 บาท และไม่มีรายได้ (ร้อยละ 21.42 และ 11.68 ตามลำดับ) ระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเฉลี่ย 21.42 เดือน โดยระยะเวลาที่เข้ารับบริการมากที่สุด 3 ปี และน้อยสุด 6 เดือน ส่วนใหญ่พบว่า ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเสพติดฝิ่นภายหลังมารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดลดลง (ร้อยละ 69.38) รองลงมาไม่สามารถระบุได้ เพราะไม่ทราบเนื่องจากได้แทนค่าจ้างและเพิ่มมากขึ้น (ร้อยละ 15.93 และ 8.14) และส่วนใหญ่ขณะนี้ เลิกเสพติดกินเมทาโดนอย่างเดียวย (ร้อยละ 54.87) รองลงมาคือเสพติดร่วมกับกินเมทาโดนและเสพติดเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 35.05 และ 4.78 ตามลำดับ) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ เชื้อชาติ พื้นที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เข้ารับบริการ ค่าใช้จ่ายในการเสพฟัน และการเสพฟันปัจจุบัน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=565)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	407	72.03
หญิง	158	27.97
อายุ	$\bar{X}=46.88$ ปี S.D.=11.79 Min=17 ปี Max=81 ปี	
เชื้อชาติ		
มูเซอ/ลาหู่	192	33.98
กะเหรี่ยง	164	29.03
จีนยูนาน	54	9.56
ลีซอ-ลีซู	21	3.72
อีก้อ	16	2.83
ไทยใหญ่	15	2.66
ม้ง	1	0.17
อื่นๆ (ไทยใหญ่ พม่า ไม่ทราบเชื้อชาติ)	102	18.05
พื้นที่อาศัย		
จังหวัดเชียงใหม่		
อำเภออมก๋อย	225	39.82
อำเภอไชยปราการ	140	24.78
อำเภอแม่แตง	55	9.73
อำเภอเวียงแหง	30	5.31
อำเภอเชียงดาว	21	3.72
จังหวัดตาก		
อำเภอแม่ระมาด	94	16.64

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=565)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร/ปลูกพืช	335	59.29
รับจ้างทั่วไป	150	26.55
ว่างงาน/ยังไม่มีอาชีพ	71	12.56
เลี้ยงสัตว์	6	1.06
ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	3	0.54
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	66	11.68
1-3,000 บาท	299	52.92
3,001-6,000 บาท	121	21.42
6,001-9,000 บาท	40	7.08
9,001-12,000 บาท	21	3.72
มากกว่า 12,000 บาทขึ้นไป	18	3.18
ระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการ ใช้ยาเสพติด	\bar{X} =21.42 เดือน S.D.=31.19 Min=6 เดือน Max=360 เดือน	
ค่าใช้จ่ายในการเสพฝิ่นหลังมารับบริการที่ศูนย์ ลดอันตรายฯ		
เท่าเดิม	37	6.55
ลดน้อยลง	392	69.38
เพิ่มมากขึ้น	46	8.14
ไม่ระบุ (ไม่ทราบเพราะได้เป็นค่าจ้าง)	90	15.93

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=565)	ร้อยละ
ลักษณะการเสพฟัน		
เสพฟันร่วมกับกินเมทาโดน	198	35.05
เสพยาเสพติดอื่นๆร่วมกับกินเมทาโดน	15	2.65
เลิกเสพฟันกินเมทาโดนอย่างเดียว	310	54.87
เลิกเสพฟันและเลิกกินเมทาโดน	15	2.65
อื่นๆ (เสพเป็นบางครั้ง เสพร่วมกับกินยาบ้า)	27	4.78

2.2 คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฟันภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษา

2.2.1 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฟันภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.65) และคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68-3.83) ยกเว้นด้านอาชีพและรายได้ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.21) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความผาสุกในชีวิตมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=3.83) รองลงมาคือ ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคม (ค่าเฉลี่ย=3.79 และ 3.72 ตามลำดับ) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่าง ผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกรายด้าน (n=565)

คุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านความผาสุกในชีวิต	3.83	0.48	มาก
ด้านจิตใจและอารมณ์	3.79	0.54	มาก
ด้านสังคม	3.72	0.51	มาก
ด้านร่างกาย	3.68	0.52	มาก
ด้านอาชีพและรายได้	3.21	0.65	ปานกลาง
รวม	3.65	0.40	มาก

2.2.2 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในแต่ละอำเภอ พบว่า โดยภาพรวมผู้เสพติดฝิ่นทุกอำเภอมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.48–4.07) ยกเว้นอำเภอเวียงแหง พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.26) เมื่อพิจารณาเป็นรายอำเภอ พบว่า อำเภอแม่แตงมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุด (ค่าเฉลี่ย=4.07) รองลงมาคืออำเภอแม่ระมาดและอำเภอไชยปราการ (ค่าเฉลี่ย=3.76 และ 3.71 ตามลำดับ) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดในหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จำนวนกรายอำเภอ (n=565)

พื้นที่	ด้านร่างกาย		ด้านจิตใจและอารมณ์		ด้านสังคม		ด้านอาชีพและรายได้		ด้านความผูกพันในชีวิต		รวม								
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.							
จังหวัดเชียงใหม่																			
อำเภอแมแตง	4.17	0.37	มาก	4.04	0.28	มาก	4.27	0.37	มาก	3.43	0.64	มาก	4.37	0.28	มาก	4.07	0.28	มาก	
อำเภอขอมปราการ	3.72	0.47	มาก	3.82	0.40	มาก	3.80	0.47	มากที่สุด	3.37	0.64	ปานกลาง	3.83	0.45	มากที่สุด	มาก	3.71	0.37	มาก
อำเภออมก๋อย	3.53	0.51	มาก	3.80	0.65	มาก	3.54	0.49	มาก	3.12	0.63	ปานกลาง	3.70	0.43	มาก	3.55	0.37	มาก	
อำเภอเชียงดาว	3.47	0.58	มาก	3.54	0.45	มาก	3.88	0.42	มาก	2.69	0.59	ปานกลาง	3.70	0.54	มาก	3.48	0.38	มาก	
อำเภอเวียงแหง	3.48	0.47	มาก	3.23	0.41	ปานกลาง	3.30	0.44	ปานกลาง	2.86	0.62	ปานกลาง	3.50	0.57	มาก	3.26	0.36	ปานกลาง	
จังหวัดตาก																			
อำเภอแม่ระมาด	3.81	0.45	มาก	3.82	0.44	มาก	3.81	0.43	มาก	3.29	0.64	ปานกลาง	3.95	0.45	มาก	3.76	0.33	มาก	
รวม	3.68	0.52	มาก	3.79	0.54	มาก	3.72	0.51	มาก	3.21	0.65	ปานกลาง	3.83	0.48	มาก	3.65	0.40	มาก	

2.2.3 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกรายข้อ โดยมีรายละเอียดในแต่ละด้านดังนี้

1) ด้านความผาสุกในชีวิต

คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ พบว่า ทุกรายการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.67–4.15) โดยรายการ “พอใจกับบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.15) รองลงมาคือรายการ “ไม่กังวลในเรื่องต้องเลิกเสพติด” และ “เข้ากับคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้ดีขึ้น” (ค่าเฉลี่ย 3.95 และ 3.82) ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ “พอใจกับชีวิตของตนเองมากขึ้น” (ค่าเฉลี่ย=3.67) (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกรายข้อ (n=565)

ด้านความผาสุกในชีวิต	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
พอใจกับบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากศูนย์ลดอันตรายฯ	4.15	0.71	มาก
ไม่กังวลในเรื่องต้องเลิกเสพติด	3.95	1.13	มาก
เข้ากับคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้ดีขึ้น	3.82	0.70	มาก
คนในชุมชนให้ความสนใจและเอาใจใส่ช่วยเหลือ	3.78	0.68	มาก
สามารถพึ่งพาตัวเองได้มากขึ้น	3.71	0.76	มาก
รู้สึกปลอดภัยและไม่กลัวถูกจับ	3.70	1.29	มาก
พอใจกับชีวิตของตนเองมากขึ้น	3.67	0.73	มาก
รวม	3.83	0.48	มาก

2) ด้านจิตใจและอารมณ์

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ พบว่า ทุกรายการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.48–4.02) โดยรายการ “หงุดหงิด วิตกกังวล เคร่งเครียดน้อยลง” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.02) รองลงมาคือ รายการ “อาการหลงๆ ลืมๆ มีน้อยลงกว่าแต่ก่อน” และ “สดชื่นและแจ่มใสขึ้น” (ค่าเฉลี่ย=3.97 และ 3.77 ตามลำดับ) ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ “จดจำสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น” (ค่าเฉลี่ย=3.48) (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกรายข้อ (n=565)

ด้านจิตใจและอารมณ์	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
หงุดหงิด วิตกกังวล เคร่งเครียดน้อยลง	4.02	0.99	มาก
อาการหลงๆ ลืมๆ มีน้อยลงกว่าแต่ก่อน	3.97	0.96	มาก
สดชื่นและแจ่มใสขึ้น	3.77	0.76	มาก
นอนหลับได้เต็มอิ่มขึ้น	3.76	0.85	มาก
มีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อผู้อื่น	3.68	0.71	มาก
ภาคภูมิใจในตนเอง	3.67	0.66	มาก
จดจำสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น	3.48	0.79	มาก
รวม	3.79	0.54	มาก

3) ด้านสังคม

คุณภาพชีวิตด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ พบว่า ทุกรายการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.43–4.04) โดยรายการ “กล้าเข้ากลุ่มหรือพูดคุยกับเพื่อนๆ เมื่อมารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด”

มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย=4.04) รองลงมาคือ รายการ “เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชนมากขึ้น เช่น การประชุม การกินวอ การทำบุญ” และ “กล้าพูดคุย สนทนาและทักทายกับเพื่อนบ้าน” (ค่าเฉลี่ย=3.85 และ 3.81 ตามลำดับ) ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ “มีเพื่อนหรือบุคคลที่สามารถไว้วางใจได้” (ค่าเฉลี่ย=3.43) (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกรายข้อ (n=565)

ด้านสังคม	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
กล้าเข้ากลุ่มหรือพูดคุยกับเพื่อนๆเมื่อมารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	4.04	1.22	มาก
เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชนมากขึ้น เช่น การประชุม การกินวอ การทำบุญ	3.85	0.82	มาก
กล้าพูดคุย สนทนาและทักทายกับเพื่อนบ้าน	3.81	0.78	มาก
มั่นใจในตนเองมากขึ้น	3.67	0.69	มาก
สนใจผู้คนรอบข้างมากกว่าเดิม	3.65	0.71	มาก
คนในชุมชนเห็นอกเห็นใจและเข้าใจ	3.59	0.66	มาก
มีเพื่อนหรือบุคคลที่สามารถไว้วางใจได้	3.43	0.76	มาก
รวม	3.72	0.51	มาก

4) ด้านร่างกาย

คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ พบว่า ทุกรายการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.53–3.81) โดยรายการ “อยากอาหารและรับประทานอาหารได้มากขึ้น” มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย=3.81) รองลงมาคือ “ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน” และ “แข็งแรงและมีพลังกำลังดีขึ้น” (ค่าเฉลี่ย=3.78 และ 3.66 ตามลำดับ) ส่วนรายการที่

มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ “สนใจการแต่งกาย และการหิวผมนอกก่อนออกจากบ้าน” (ค่าเฉลี่ย=3.53) (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกรายข้อ (n=565)

ด้านร่างกาย	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
อยากอาหารและรับประทานอาหารได้มากขึ้น	3.81	0.73	มาก
ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ดีขึ้น เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน	3.78	0.76	มาก
แข็งแรงและมีพลังกำลังดีขึ้น	3.66	0.76	มาก
เอาใจใส่ความสะอาดของร่างกายมากขึ้น	3.65	0.73	มาก
ไม่อ่อนเพลียและมีแรงมากพอในการทำงาน	3.65	0.97	มาก
ต้องการใส่เสื้อผ้าที่สะอาด	3.63	0.75	มาก
สนใจการแต่งกาย และการหิวผมนอกก่อนออกจากบ้าน	3.53	0.81	มาก
รวม	3.68	0.52	มาก

5) ด้านอาชีพและรายได้

คุณภาพชีวิตด้านอาชีพและรายได้ของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ พบว่า ทุกรายการอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.95-3.35) ยกเว้นรายการ “ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยรายได้จากครอบครัว” พบว่า อยู่ในระดับมากและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย=3.63) รองลงมาคือ รายการ “พอใจกับงาน/อาชีพที่ทำอยู่” และ “กังวลและมีปัญหาในเรื่องเงินทอง” ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.35 และ 3.25 ตามลำดับ) ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ “มีเงินเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน” (ค่าเฉลี่ย=2.95) (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตด้านอาชีพ และรายได้ของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกรายข้อ (n=565)

ด้านอาชีพและรายได้	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยรายได้จากครอบครัว	3.63	1.05	มาก
พอใจกับงาน/อาชีพที่ทำอยู่	3.35	0.87	ปานกลาง
กังวลและมีปัญหาในเรื่องเงินทอง	3.25	0.93	ปานกลาง
มีอาชีพ/มีรายได้ที่มั่นคง	3.05	0.89	ปานกลาง
รายได้เพียงพอเลี้ยงดูครอบครัว	3.04	0.92	ปานกลาง
มีเงินเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	2.95	0.91	ปานกลาง
รวม	3.21	0.65	ปานกลาง

ตอนที่ 3: เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นจำแนกตามเพศ

ผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ ที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้เสพติดฝิ่นเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง (ค่าเฉลี่ย=3.69) (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามเพศ

เพศ	\bar{X}	S.D.	t-test	p value
ชาย	3.69	.41	4.78	.001*
หญิง	3.52	.35		

**3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่น
จำแนกตามอายุ**

ผู้เสพติดฝิ่นภายหลังจากเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ ที่มีอายุต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามอายุ

	SS	df	MS	F	P-value
Between Groups	.664	2	.332	2.051	.130
Within Groups	90.907	562	.162		
Total	91.571	564			

**3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่น
จำแนกตามอาชีพ**

ผู้เสพติดฝิ่นภายหลังจากเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ ที่มีอาชีพต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้เสพติดฝิ่นที่ไม่มีอาชีพจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้เสพติดฝิ่นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพอื่นๆ โดยผู้เสพติดฝิ่นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมจะมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตมากที่สุดรองลงมาเป็นผู้เสพติดฝิ่นที่ประกอบอาชีพอื่นๆ และผู้เสพติดฝิ่นที่ไม่มีอาชีพมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย=3.68, 3.66 และ 3.40 ตามลำดับ) (ตารางที่ 17 และ 18)

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามอาชีพ

	SS	df	MS	F	P-value
Between Groups	3.637	2	1.819	11.568	.001*
Within Groups	85.680	545	.157		
Total	89.317	547			

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้ง 6 อำเภอ เป็นรายคู่ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	\bar{X}	S.D.	อาชีพ		
			1	2	3
1. ไม่มีอาชีพ	3.40	.41		.001*	.001*
2. เกษตรกรรม (ปลูกพืช/เลี้ยงสัตว์)	3.68	.37			
3. อาชีพอื่นๆ (ค้าขาย/รับจ้าง/งานส่วนตัว)	3.66	.44			

3.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่น จำแนกตามรายได้

ผู้เสพติดฝิ่นภายหลังจากเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ ที่มีรายได้ต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้เสพติดฝิ่นที่ไม่มีรายได้มีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้เสพติดฝิ่นที่มีรายได้ไม่เกิน 6,000 บาท และ ผู้เสพติดฝิ่นที่มีรายได้ระหว่าง 6,001-12,000 บาท โดยผู้เสพติดฝิ่นที่มีรายได้ระหว่าง 6,001-12,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตมากที่สุดรองลงมาเป็น รายได้มากกว่า 12,000 บาทขึ้นไป และผู้เสพติดฝิ่นที่รายได้ไม่เกิน 6,000 บาท ส่วนผู้เสพติดฝิ่นที่ไม่มีรายได้ มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย=3.75, 3.70, 3.66 และ 3.45 ตามลำดับ) (ตารางที่ 19 และ 20)

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามรายได้

	SS	df	MS	F	P-value
Between Groups	3.175	3	1.058	6.774	.001*
Within Groups	87.171	558	.156		
Total	90.346	561			

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้ง 6 อำเภอ เป็นรายคู่ จำแนกตามรายได้

รายได้	\bar{X}	S.D.	รายได้			
			1	2	3	4
1. ไม่มีรายได้	3.45	.38		.002*	.001*	
2. รายได้ไม่เกิน 6,000 บาท	3.66	.39				
3. รายได้ 6,001-12,000 บาท	3.75	.48				
4. รายได้มากกว่า 12,000 บาทขึ้นไป	3.70	.33				

3.5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่น จำแนกตามระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

ผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ ที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้เสพติดฝิ่นที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมากกว่า 2 ปี มีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้เสพติดฝิ่นที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี และผู้เสพติดฝิ่นที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 1-2 ปี โดยผู้เสพติดฝิ่นที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมากกว่า 2 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตมากที่สุด รองลงมาเป็นผู้เสพติดฝิ่นที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่

ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 1-2 ปี ส่วนผู้เสพติดฝิ่นที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย=3.74, 3.65 และ 3.59 ตามลำดับ) (ตารางที่ 21 และ 22)

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

	SS	df	MS	F	P-value
Between Groups	1.986	2	.993	6.228	.002*
Within Groups	89.585	562	.159		
Total	91.571	564			

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้ง 6 อำเภอ เป็นรายคู่ จำแนกตามระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

ระยะเวลาที่เข้ารับบริการ	\bar{X}	S.D.	ระยะเวลาที่เข้ารับบริการ		
			1	2	3
1. น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1ปี	3.59	.42			.002*
2. 1-2 ปี	3.65	.37			
3. มากกว่า 2 ปี	3.74	.40			

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา อัตราการเข้ารับบริการ อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่น และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นจำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลภายหลังเข้ารับบริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมายใน 2 พื้นที่ 6 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอไชยปราการ อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง อำเภอแม่แตง อำเภออมก๋อย และอำเภอแม่ระมาด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพติดฝิ่นที่สมัครใจเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในแต่ละพื้นที่นานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปโดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้จำนวน 565 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่น ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยค่าสหสัมพันธ์ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .829 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการการบำบัดรักษาจำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลด้วยสถิติทดสอบที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) และเปรียบเทียบรายคู่ด้วย scheffe's method

สรุปผลการวิจัย มีดังนี้

1. อัตราการเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพติดฝิ่นที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอพบว่า โดยรวมในปี 2558 มีจำนวนรวม 736 คน จังหวัดเชียงใหม่มีผู้เสพติดฝิ่นเข้ารับบริการบำบัดรักษามากที่สุด (ร้อยละ 74.86) และในปี 2559 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็น 1,003 คน จังหวัดเชียงใหม่ยังคงมีผู้เสพติดฝิ่นเข้ารับบริการบำบัดรักษามากที่สุด (ร้อยละ 80.16) โดยอำเภออมก๋อยมีผู้เสพติดฝิ่นเข้ารับบริการบำบัดรักษามากที่สุด (ร้อยละ 47.88)

2. อัตราการให้บริการทางสุขภาพครอบคลุม 10 ชุดบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอให้บริการกับผู้เสพติดฝิ่นพบว่า กิจกรรมบริการทางสุขภาพที่

ผู้เสพติดฝิ่นทุกคนได้รับบริการจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (ร้อยละ 100) มีจำนวน 6 ชุดบริการ คือ ชุดบริการที่ 1 ชุดบริการที่ 2 ชุดบริการที่ 5 ชุดบริการที่ 8 ชุดบริการที่ 9 และชุดบริการที่ 10 ส่วนชุดบริการที่ให้บริการน้อยที่สุด คือ ชุดบริการที่ 3 (ร้อยละ 23.33)

3. อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้เสพติดฝิ่นที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอพบว่า ในปี 2559 มีผู้เสพติดฝิ่นเข้าบำบัดรวม 1,003 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ยังคงอยู่ในระบบการบำบัด (ร้อยละ 88.83) ส่วนที่เหลือได้รับการจำหน่ายออกจากระบบการบำบัดเนื่องจาก เสียชีวิตด้วยโรคประจำตัว ย้ายออกนอกพื้นที่ ติดคุก เสพฝิ่นซ้ำ (ร้อยละ 11.17) โดยอำเภอเชียงดาวมีผู้เสพติดฝิ่นคงอยู่ในระบบการบำบัดสูงสุด (ร้อยละ 100) และอำเภอแม่ระมาดมีจำนวนผู้เสพติดฝิ่นคงอยู่ในระบบการบำบัดต่ำสุด (ร้อยละ 68.34) ซึ่งผู้เสพติดฝิ่นที่ยังคงอยู่ในระบบการบำบัดพบว่า ทุกคนยังคงเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่องที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้เมทาโดนร่วมกับการเสพฝิ่นหรือยาเสพติดชนิดอื่น (ร้อยละ 72.72) รองลงมาเป็นผู้ที่ใช้เมทาโดนอย่างเดียว (ร้อยละ 23.91) เป็นผู้เลิกเสพฝิ่นและเลิกใช้เมทาโดน (ร้อยละ 3.37)

4. คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ มีดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72.03) อายุเฉลี่ย 46.88 ปี อายุมากที่สุด 81 ปี และอายุน้อยสุด 17 ปี มีเชื้อชาติเป็นมูเซอ/ลาหู่ (ร้อยละ 33.98) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออมก๋อย (ร้อยละ 39.82) มีอาชีพเกษตรกรรม/ปลูกพืช (ร้อยละ 59.29) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 3,000 บาท (ร้อยละ 52.92) ระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเฉลี่ย 21.42 เดือน โดยระยะเวลาที่เข้ารับบริการมากที่สุด 3 ปี และน้อยสุด 6 เดือน ส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายในการเสพฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดลดน้อยลง (ร้อยละ 69.38) และเป็นผู้เลิกเสพฝิ่นกินเมทาโดนอย่างเดียว (ร้อยละ 54.87)

4.2 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภออยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.65) และคุณภาพชีวิตรายด้านก็อยู่ในระดับมากเช่นกัน (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68–3.83) ยกเว้นด้านอาชีพ และ

รายได้พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.21) โดยด้านความผาสุกในชีวิตมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=3.83) รองลงมาคือ ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคม (ค่าเฉลี่ย=3.79 และ 3.72 ตามลำดับ)

4.3 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างรายอำเภอ พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในแต่ละอำเภอมียุทธภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.48–4.07) ยกเว้นอำเภอเวียงแหง พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.26) โดยอำเภอแม่แตงมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุด (ค่าเฉลี่ย=4.07) รองลงมาคืออำเภอแม่ระมาด และอำเภอไชยปราการ (ค่าเฉลี่ย=3.76 และ 3.71 ตามลำดับ)

4.4 คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกในชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอทุกรายการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.67–4.15) โดยรายการ “พอใจกับบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.15) ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ “พอใจกับชีวิตของตนเองมากขึ้น” (ค่าเฉลี่ย=3.67)

4.5 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอทุกรายการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.48–4.02) โดยรายการ “หยุดหึง วิดกกังวล เคร่งเครียดน้อยลง” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.02) ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ “จดจำสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น” (ค่าเฉลี่ย=3.48)

4.6 คุณภาพชีวิตด้านสังคม พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอทุกรายการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.43–4.04) โดยรายการ “กล้าเข้ากลุ่มหรือพูดคุยกับเพื่อนๆ เมื่อมารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.04) ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ “มีเพื่อนหรือบุคคลที่สามารถไว้วางใจได้” (ค่าเฉลี่ย=3.43)

4.7 คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตราย

จากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอทุกรายการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.53–3.81) โดยรายการ“อยากอาหารและรับประทานอาหารได้มากขึ้น” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=3.81) ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ “สนใจการแต่งกายและการหวีผมก่อนออกจากบ้าน” (ค่าเฉลี่ย=3.53)

4.8 คุณภาพชีวิตด้านอาชีพและรายได้ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านอาชีพและรายได้ของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ ทุกรายการอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.95–3.35) ยกเว้นรายการ “รู้สึกไม่ต้องพึ่งพาอาศัยรายได้จากครอบครัว” พบว่า อยู่ในระดับมากและมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=3.63) ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดและอยู่ในระดับปานกลางคือ “มีเงินเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน” (ค่าเฉลี่ย=2.95)

5. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล มีดังนี้

5.1 ผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ ที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้เสพติดฝิ่นเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง (ค่าเฉลี่ย=3.69)

5.2 ผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ ที่มีอายุต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

5.3 ผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ ที่มีอาชีพต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้เสพติดฝิ่นที่ไม่มีอาชีพจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้เสพติดฝิ่นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพอื่นๆ โดยผู้เสพติดฝิ่นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมจะมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตมากที่สุดรองลงมาเป็น ผู้เสพติดฝิ่นที่ประกอบอาชีพอื่นๆ และผู้เสพติดฝิ่นที่ไม่มีอาชีพมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย=3.68, 3.66 และ 3.40 ตามลำดับ)

5.4 ผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ ที่มีรายได้ต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้เสพติดฝิ่นที่ไม่มีรายได้มีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้เสพติดฝิ่นที่มีรายได้ไม่เกิน 6,000 บาท และผู้เสพติดฝิ่นที่มีรายได้ระหว่าง 6,001-12,000 บาท โดยผู้เสพติดฝิ่นที่มีรายได้ระหว่าง 6,001-12,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตมากที่สุด รองลงมาเป็น รายได้มากกว่า 12,000 บาทขึ้นไป และผู้เสพติดฝิ่นที่รายได้ไม่เกิน 6,000 บาท ส่วนผู้เสพติดฝิ่นที่ไม่มีรายได้ มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย=3.75, 3.70, 3.66 และ 3.45 ตามลำดับ)

5.5 ผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ ที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้เสพติดฝิ่นที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมากกว่า 2 ปีมีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้เสพติดฝิ่นที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี และผู้เสพติดฝิ่นที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 1-2 ปี โดยผู้เสพติดฝิ่นที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมากกว่า 2 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตมากที่สุดรองลงมาเป็น ผู้เสพติดฝิ่นที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 1-2 ปี ส่วนผู้เสพติดฝิ่นที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย=3.74, 3.65 และ 3.59 ตามลำดับ)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามลำดับวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังต่อไปนี้

1. อัตราการเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพติดฝิ่นที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอพบว่า โดยรวมในปี 2558 มีผู้เสพติดฝิ่นเข้ารับบริการบำบัดรวม 736 คน และในปี 2559 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็น 1,003 คน (ตารางที่ 4) ทั้งนี้เนื่องจากในปี 2558 จำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการผู้เสพติดฝิ่นทั้ง 6 อำเภอมีจำนวน 12 แห่ง (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

แห่งชาติบรมราชชนนี, 2558) แต่ในปี 2559 มีจำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นเป็น 14 แห่ง ดังนั้นจึงสามารถกระจายให้บริการผู้เสพติดฝิ่นได้ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น รวมทั้งผู้เสพติดฝิ่นมีโอกาสเข้าถึงบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดใกล้บ้านมากขึ้นด้วยจึงทำให้ผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดรักษามีจำนวนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของประเทศเวียดนามที่พบว่าเมื่อมีการขยายสถานที่ในการให้บริการเป็น 21 คลินิก โดยใช้วิธีการให้บริการในชุมชนสามารถเพิ่มการยอมรับในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้สารเสพติดได้สูงถึงร้อยละ 94 และจำนวนผู้มารับบริการต่อเดือนสูงกว่ากลุ่มทดลอง (สถาบันธัญญารักษ์, 2555) นอกจากนั้นแล้วอาจเป็นเพราะการดำเนินงานบำบัดรักษาในปีที่ผ่านมาของทีมงานบำบัดรักษาในแต่ละอำเภอเริ่มเห็นผลลัพธ์เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยพบว่า มีผู้เสพติดฝิ่นจำนวนหนึ่งสามารถเลิกเสพติดได้ จึงอาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นและเป็นการสร้างแรงจูงใจทางอ้อมให้ผู้เสพติดฝิ่นที่ยังไม่ตัดสินใจเข้ารับบริการบำบัดรักษาสมัครใจเข้ารับบริการบำบัดรักษามากขึ้น เพื่อให้ตนเองมีโอกาสเลิกเสพติดได้เหมือนผู้เสพติดฝิ่นคนอื่นๆ ด้วย

เมื่อพิจารณาเป็นรายอำเภอพบว่าอำเภออมก๋อยมีผู้เสพติดฝิ่นเข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุดทั้งในปี 2558 และ 2559 คิดเป็นร้อยละ 46.10 และ 47.88 ตามลำดับ (ตารางที่ 4) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากผลการสำรวจพื้นที่ปลูกฝิ่นประจำปี 2558 และ 2559 พบว่า อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ได้รับการจัดอันดับว่าเป็นอำเภอที่มีพื้นที่ปลูกฝิ่นมากที่สุด และเป็นอันดับที่หนึ่งในห้าอันดับสูงสุดในประเทศไทย โดยมีพื้นที่ปลูกฝิ่นจำนวนมากถึง 1,566 แปลง 997.03 ไร่ (คิดเป็นร้อยละ 41 ของพื้นที่ปลูกทั้งหมด) (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2559) ดังนั้นเมื่อมีพื้นที่ลักลอบปลูกฝิ่นจำนวนมากจึงอาจมีผู้เสพติดเพิ่มมากขึ้นตามสัดส่วนด้วย เนื่องจากพบว่า การแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนส่วนหนึ่งเป็นเพราะผู้เสพติดยังคงเป็นกลุ่มผู้เสพติดแต่มีการปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ยาหรือสารเสพติดโดยมีการใช้เข็มฉีดยาฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือดแทนการสูบบากขึ้นโดยเฉพาะในช่วงการเตรียมพื้นที่ปลูกข้าว และพืชรายได้ชนิดต่างๆ จึงทำให้เกิดการจ้างแรงงานโดยการใช้ฝิ่นเป็นค่าจ้างแรงงานแทน โดยเฉพาะกลุ่มพ่อบ้านวัยแรงงานที่มีช่วงอายุระหว่าง 25-60 ปี มีแนวโน้มในการใช้เข็มในการเสพติดเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 50 ของผู้เสพติดยาเสพติดในพื้นที่โครงการขยายผลโครงการหลวงฯ

(สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง, 2556) ประกอบกับอำเภออมก๋อยเป็นอำเภอที่อยู่ห่างไกลจากเขตเมือง การคมนาคมไม่สะดวก จึงทำให้ชาวบ้านขาดทางเลือก ขาดโอกาสในด้านสาธารณสุข โภชนาการ การศึกษา การประกอบอาชีพ การเข้าถึงแหล่งทุน และความช่วยเหลือจากภาครัฐเข้าถึงได้ยาก ส่งผลให้ชาวบ้านบางส่วนยังคงลักลอบปลูกฝิ่นเพื่อสร้างรายได้ เนื่องจากแรงจูงใจด้านราคาที่ได้รับปลูกจะได้รับผลตอบแทนจากการปลูกฝิ่นค่อนข้างสูง (จิตรลดา อารีย์สันติชัย, อุษณีย์ พึ่งปาน และอภิรักษ์ อร่ามรัตน์, 2556) นอกจากนี้แล้วยังพบว่า ส่วนหนึ่งชาวบ้านยังคงใช้ฝิ่นเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและอาการไม่สุขสบาย โดยได้รับการถ่ายทอดความรู้และวิธีการเสพฝิ่นมาตั้งแต่อดีต เนื่องจากการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สะดวก และต้องใช้เวลาในการเดินทางมาก รวมทั้งมีความเชื่อว่าการใช้ฝิ่นเป็นยารักษาโรคไม่ก่อให้เกิดการเสพติด และเป็นอันตรายต่อร่างกาย และส่วนหนึ่งยังมีความเชื่อว่าฝิ่นมีส่วนช่วยให้สามารถทำงานได้มากขึ้นและยังจำหน่ายเป็นรายได้เพิ่มเติมจึงมีการลักลอบปลูกฝิ่นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้อยู่ใกล้ชิดกับฝิ่นจึงเสพฝิ่นเมื่อระยะเวลาผ่านไปเข้าจึงทำให้เสพติดฝิ่น (พัชรินทร์ สิริสุนทร, 2531; สลิตดา แววสูงเนินและธัญญารัตน์ ขจิตพาล, 2544) สอดคล้องกับลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยในพื้นที่อำเภออมก๋อย (ร้อยละ 39.82) มีอาชีพเกษตรกรรม/ปลูกพืช (ร้อยละ 59.29) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 3,000 บาท (ร้อยละ 52.92) (ตารางที่ 7) ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นทำให้ในพื้นที่อมก๋อยอาจมีผู้เสพติดฝิ่นจำนวนมากที่ยังไม่เปิดเผยตัวและไม่สมัครใจเข้ารับการรักษา แต่เมื่อมีศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในชุมชนที่ใกล้บ้านตนเองเกิดขึ้นจึงอาจเป็นการอำนวยความสะดวกสบายในการมาเดินทางรับบริการได้ง่าย สะดวกและยังประหยัดค่าใช้จ่ายด้วย ดังนั้นจึงพบว่าอำเภออมก๋อยมีจำนวนผู้เสพติดฝิ่นเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น และมีจำนวนมากกว่าอำเภออื่นๆ ด้วย

2. อัตราการให้บริการทางสุขภาพครอบคลุม 10 ชุดบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอให้บริการกับผู้เสพติดฝิ่น พบว่า กิจกรรมบริการทางสุขภาพที่ผู้เสพติดฝิ่นทุกคนได้รับบริการจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดคิดเป็นร้อยละ 100 มีจำนวน 6 ชุดบริการ คือ ชุดบริการที่ 1 ชุดบริการที่ 2 ชุดบริการที่ 5 ชุดบริการที่ 8 ชุดบริการที่ 9 และชุดบริการที่ 10 (ตารางที่ 5) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการลดอันตรายจาก

การใช้ยาเสพติด (Harm reduction) ที่มุ่งเน้นการลดปัญหาหรือภาวะเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดกับตัวบุคคลหรือชุมชน เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายจากการเจ็บป่วยเป็นโรค การรักษาชีวิต การเสียชีวิต และการแบ่งแยกกีดกันทางสังคม โดยการทำให้พฤติกรรมส่วนบุคคลที่เป็นอันตรายทำให้เป็นอันตรายน้อยลงครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่มีความยืดหยุ่น โดยยึดหลักการบำบัดรักษาผู้ที่ใช้ยาเสพติดบนพื้นฐานความแตกต่างของปัจเจกบุคคลและความต้องการของผู้ใช้ยาเสพติดแต่ละคน เพื่อลดอันตรายหรือภาวะเสี่ยงอันตรายที่มากับการใช้ยาเสพติดในขณะที่ผู้ใช้ยาเสพติดยังไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ (สถาบันธัญญารักษ์, 2553) โดยแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนำมาสู่การปฏิบัติด้วยการให้บริการสุขภาพครอบคลุม 10 ชุดบริการกับผู้ที่ใช้ยาเสพติด ซึ่งเป็นชุดบริการที่หลากหลายที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพสามารถคัดสรรเพื่อเสนอเป็นทางเลือกให้กับผู้ใช้ยาเสพติดในแต่ละสถานการณ์และแต่ละโอกาส โดยคำนึงถึงความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล (ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ, 2558) และมีเป้าหมายเบื้องต้นคือการลดอันตรายต่างๆ ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด และให้ผู้ใช้ยาเสพติดได้รับสิทธิในการดูแลด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายสูงสุด คือ การช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดปรับตัวเองให้ลดการใช้ยาเสพติดลง และดำรงสถานภาพการไม่กลับไปเสพซ้ำให้นานขึ้น ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และหาแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขจนสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ (สถาบันธัญญารักษ์, 2553) ดังนั้นทีมงานบำบัดรักษาทั้ง 6 อำเภอจึงมุ่งเน้นให้บริการสุขภาพครอบคลุมทั้ง 10 ชุดบริการให้กับผู้เสพติดฝิ่นทุกคนเพื่อให้ได้รับการอย่างครบถ้วนมากที่สุดเท่าที่สามารถจะให้บริการได้ เพื่อเป็นการช่วยเหลือและส่งเสริมสุขภาพของผู้เสพติดฝิ่นให้แข็งแรง ตลอดจนลดทอนโอกาสการแพร่กระจายโรคไปสู่สมาชิกในครอบครัวและชุมชนด้วย โดยคาดหวังว่าเมื่อผู้เสพติดฝิ่นมีความพร้อมและสุขภาพแข็งแรงมากขึ้นก็จะหยุดเสพฝิ่นได้เอง

สำหรับชุดบริการสุขภาพที่พบว่าได้ให้บริการกับผู้เสพติดฝิ่นน้อยสุด คือ ชุดบริการที่ 3 “การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด” (ร้อยละ 23.33) (ตารางที่ 5) อธิบายได้ว่าตามปกติแล้ววิธีการเสพฝิ่นของชนเผ่าสามารถกระทำได้ 3 วิธี คือการสูบ การกิน และการฉีด โดยส่วนใหญ่นิยมเสพแพร่หลายด้วยวิธีการสูบโดยใช้กล้องสูบฝิ่น ซึ่งวิธีการสูบมีลักษณะง่าย ๆ ไม่ยุ่งยากจึงพบว่าชนเผ่านิยมการสูบมากกว่าวิธีอื่นๆ ส่วนการกินเป็นวิธีการที่ไม่เป็นที่นิยมมากนัก วิธีการกินนั้นจะเป็นการกินขี้ฝิ่นหรือเนื้อฝิ่น จึงทำให้

ไม่ได้รับรสชาติและกลิ่นที่หอมของฝิ่น แต่มักจะใช้เฉพาะในเวลาที่เป็นเท่านั้น ส่วนการฉีดก็ไม่เป็นที่นิยมเช่นกัน เพราะเป็นกรรมวิธีที่มีความยุ่งยากในการเตรียม อีกทั้งสิ้นเปลืองฝิ่นมากกว่าวิธีอื่นและเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแม่ฮ่องสอน, 2547) สอดคล้องกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นที่ศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีเชื้อชาติเป็นมูเซอ/ลาหู่ (ร้อยละ 33.98) และกะเหรี่ยง (ร้อยละ 29.03) ซึ่งชนเผ่าทั้งสองอาศัยในพื้นที่สูงส่วนใหญ่นิยมเสพฝิ่นด้วยวิธีการสูบมากกว่าวิธีอื่น (สลินดา แววสูงเนินและธัญญรัตน์ ขจิตพาล, 2544) ดังนั้นกิจกรรมในชุดบริการที่ 3 “การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด” ทีมงานบำบัดรักษาทั้ง 6 อำเภอจึงอาจเห็นว่าจากการซักประวัติส่วนตัวแล้วพบว่า ส่วนใหญ่ผู้เสพติดฝิ่นที่มารับบริการใช้วิธีการสูบมากกว่าจึงไม่มีความจำเป็นหรือไม่ได้ให้ความสำคัญที่จะต้องสอน แนะนำหรือให้บริการกับผู้เสพติดฝิ่นทุกคนเกี่ยวกับการใช้เข็มหรืออุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาดมากเท่ากับชุดบริการอื่น แต่จะสอนหรือให้คำแนะนำเฉพาะกรณีที่เป็นผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่ใช้วิธีการฉีดฝิ่นหรือสารเสพติดเข้าเส้นเลือดเท่านั้น ดังนั้นจึงพบว่า กิจกรรมชุดบริการที่ 3 จึงให้บริการกับผู้เสพติดฝิ่นน้อยกว่าชุดบริการของกิจกรรมอื่นๆ

3. อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้เสพติดฝิ่นที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอพบว่า ในปี 2559 มีผู้เสพติดฝิ่นเข้าบำบัดรวม 1,003 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ยังคงอยู่ในระบบการบำบัด (ร้อยละ 88.83) ส่วนที่เหลือได้มีการจำหน่ายออกจากระบบการบำบัดเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต ย้ายออกนอกพื้นที่ ติดคุก เสพฝิ่นซ้ำ (ร้อยละ 11.17) สำหรับผู้เสพติดฝิ่นที่ยังคงอยู่ในระบบการบำบัดดังกล่าวพบว่า ทุกคนยังคงมารับการบำบัดอย่างต่อเนื่องที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในแต่ละอำเภอ (ร้อยละ 100) (ตารางที่ 6) สอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นด้วยการใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment หรือ MMT) ที่เป็นการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดสำหรับผู้เสพติดฝิ่นหรือสารกลุ่มโอปิออยด์ เพราะการใช้ยาเมทาโดนเป็นการถอนพิษยาผู้เสพติดฝิ่นและมุ่งการใช้ในแบบ “ทดแทน” (Substitution) คือให้ยาเมทาโดนเข้าไปสู่ร่างกายเพื่อทดแทนฝิ่นหรือยาเสพติดที่เคยได้รับแต่ขาดไปเนื่องจากต้องหยุดเสพโดยทันที การหยุดเสพยาโดยทันทีจะก่อให้เกิด “อาการขาดยา” หรือ “อาการถอนยา” (Withdrawal symptoms) การให้ยาเมทาโดนซึ่งเป็นยาในตระกูลเดียวกับฝิ่นหรือมูทอร์คัลยาฝิ่นก็จะช่วยเข้าไปทดแทนฝิ่นที่ขาดทำให้อาการขาดยาหายไปหรือทุเลาลงได้ ทั้งนี้เมทาโดน

ที่ได้ต้องมีขนาดพอดีกับสภาพการติดยาเสพติดของผู้ป่วยเสพติดฝิ่นแต่ละคน การให้ยาขนาดที่มากเกินไปจนจำเป็น แม้ว่าจะทำให้อาการขาดยาหมดไปได้ แต่ส่วนที่เกินจะก่อให้เกิดโทษอันเนื่องจากฤทธิ์ของยาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกดประสาทส่วนกลางทำให้เกิดอาการซีมหลับ หายใจช้าลงจนถึงหยุดหายใจและตายได้โดยไม่รู้ตัวขณะนอนหลับ แต่การให้ยาเมทาโดนในปริมาณที่น้อยเกินไปก็จะทำให้ผู้ป่วยยังคงมีอาการขาดยาและยังต้องทนทรมานทางร่างกายอยู่ ดังนั้นผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับการรักษาจำเป็นต้องมารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะสามารถปรับปริมาณยาที่ได้ได้อย่างพอดี เพื่อในเวลาระยะยาวผู้ป่วยจึงจะสามารถลดละหรือเลิกฝิ่นได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีการบังคับให้เลิก (Gowing, Hickman, & Degenhardt, 2013 (Gowing, Hickman, & Degenhardt, 2013; MacArthur et al., 2012 อ้างถึงใน อังกูร ภัทรกร และคณะ, 2558)

นอกจากนั้นแล้วเมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นที่ยังคงมารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องพบว่า ส่วนใหญ่ยังใช้ยาเมทาโดนร่วมกับการเสพฝิ่นหรือยาเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 72.72) (ตารางที่ 6) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้เสพติดฝิ่นส่วนใหญ่อาจยังอยู่ในช่วงเวลาของการปรับขนาดและปริมาณยาเมทาโดนที่เพียงพอกับอาการขาดยาของแต่ละคน ซึ่งในระยะเวลาของปรับขนาดยานี้ผู้เสพติดฝิ่นบางรายไม่สามารถทนต่ออาการขาดยาและความทรมานทางร่างกายได้ ดังนั้นจึงต้องเสพฝิ่นหรือใช้ยาเสพติดอื่นร่วมด้วยเพื่อบรรเทาอาการทรมาน ต่อเมื่อสามารถปรับขนาดยาที่เหมาะสมได้แล้วอาการขาดยาจะค่อยๆ หายและลดน้อยลงตามลำดับจนหมดไปเองตามธรรมชาติ โอกาสที่ผู้ป่วยจะเลิกเสพฝิ่นด้วยตนเองจะมีได้มากกว่าการใช้วิธีการบังคับให้เลิก ดังนั้นทีมงานบำบัดรักษาจึงต้องมีการติดตามผลการบำบัดและปรับขนาดยาที่เพียงพอกับผู้ป่วยแต่ละคนแล้วยังต้องให้การดูแลและช่วยเหลือทางสุขภาพด้วยวิธีการอื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้ป่วยมารับยาเมทาโดนอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผลการศึกษาจึงพบว่าผู้ป่วยทุกคน (คิดเป็นร้อยละ 100) ยังคงมารับบริการอย่างต่อเนื่องที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในแต่ละอำเภอ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการบำบัดรักษาด้วยการใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาวที่อธิบายว่าการช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดปรับตัวเองให้ลดการใช้ยาเสพติดลง และธารงสถานภาพการไม่กลับไปเสพซ้ำให้นานขึ้นจะช่วยเพิ่มโอกาสของการเลิกเสพฝิ่นมีได้มากขึ้น (อังกูร ภัทรกร และคณะ, 2558) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการใช้ฝิ่นร่วมกับสารอื่นสามารถหยุดเสพได้มากกว่าการใช้ฝิ่นอย่างเดียว (โสภา นิมนวลและคณะ, 2546)

4. คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.65) และคุณภาพชีวิตรายด้านก็อยู่ในระดับมากเช่นกัน (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68–3.83) (ตารางที่ 8) ซึ่งอธิบายได้ว่าก่อนการเข้ารับบริการบำบัดรักษาที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ผู้เสพติดฝิ่นส่วนใหญ่มีการใช้หรือเสพยาฝิ่นเป็นประจำ ทั้งนี้เพราะวิถีชีวิตของชาวเขาหรือชนเผ่ามีความสัมพันธ์กับฝิ่นในหลายรูปแบบ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข วัฒนธรรมและประเพณีมายาวนาน ซึ่งการเสพยาฝิ่นต้องใช้ระยะเวลาในการเสพยาและต้องใช้ในปริมาณมากจึงจะสามารถทำให้เกิดการเสพติดได้ รวมทั้งราคาไม่แพง และสามารถเพาะปลูกเพื่อนำผลผลิตมาเสพได้ด้วย ดังนั้นจึงพบว่าการแพร่ระบาดของยาเสพติดประเภทฝิ่นจึงค่อนข้างจำกัดเฉพาะในกลุ่มชาวเขาที่มีอายุหรือกลุ่มผู้เจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นที่ศึกษา โดยพบว่า ผู้เสพติดฝิ่นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72.03) มีเชื้อชาติเป็นมูเซอ/ลาหู่ และกะเหรี่ยง (ร้อยละ 63.01) และมีอายุเฉลี่ย 46.88 ปี อายุมากที่สุด 81 ปี และอายุน้อยสุด 17 ปี (ตารางที่ 7) ซึ่งฤทธิ์ของฝิ่นจะมีผลระงับประสาท ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดน้อยลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม กล้ามเนื้อคลายตัว เกิดอาการง่วงนอน และหลับได้ หากใช้เป็นระยะเวลายาวนานมักมีผลให้ความจำเสื่อม ส่วนลักษณะทางกายภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน คือ ร่างกายซูบผอมลงเนื่องจากขาดสารอาหาร มีโปรตีนต่ำ ขาดภูมิต้านทานโรคจึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย การตรวจสภาพทางจิตใจของผู้เสพติดฝิ่นนานๆ พบว่ามักจะไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อม ขาดแรงจูงใจในการดำรงชีวิต (ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดแม่ฮ่องสอน, 2550) แต่เมื่อสมัครใจเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ผู้เสพติดฝิ่นจะได้รับการดูแลสุขภาพครอบคลุม 10 ชุดบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทีมงานบำบัดรักษาตามแนวความคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (ตารางที่ 5) ซึ่งเป็นหลักการของการให้ความช่วยเหลือผู้เสพติดฝิ่นเพื่อลดอันตรายหรือภาวะเสี่ยงอันตรายที่มาจากการเสพยาฝิ่นในขณะที่ผู้เสพติดฝิ่นยังไม่สามารถหยุดเสพยาฝิ่นได้ ซึ่งการดูแลสุขภาพช่วยเหลือดังกล่าวครอบคลุมการกินยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (MMT) ด้วย ทั้งนี้เพื่อช่วยระงับหรือบรรเทาอาการขาดยาที่ทรมาณร่างกายให้ลดน้อยลงแล้วยังเป็นการป้องกันอาการแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายด้วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการขาดยาลดน้อยลงการให้ยาระงับอาการก็จะลดขนาดลงตามไปด้วย จนกระทั่งถึงระยะอาการขาดยาหายไปก็ไม่จำเป็นต้องใช้ยาทดแทน

อีกต่อไป ซึ่งในขณะเดียวกันก็มีการดูแลรักษาโรคร่วมต่างๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งมีการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยด้วยหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือเป็นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) นอกจากนั้นแล้วเมื่อพิจารณาถึงระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นมารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดพบว่า โดยเฉลี่ยมีระยะเวลาานาน 21.42 เดือน (ตารางที่ 7) ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวย่อมนานพอที่จะมีผลให้สุขภาพร่างกายของผู้เสพติดฝิ่นมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นหลังการเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจึงมีผลให้ผู้เสพติดฝิ่นประเมินว่าคุณภาพชีวิตของตนเองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างรายอำเภอ พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในแต่ละอำเภอมียุทธภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.48-4.07) ยกเว้นอำเภอเวียงแหงพบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.26) (ตารางที่ 9) อธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากลักษณะการให้บริการบำบัดตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของอำเภอเวียงแหงแตกต่างจากอำเภออื่น เพราะศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของอำเภอเวียงแหงตั้งอยู่ในโรงพยาบาลเวียงแหงซึ่งมีลักษณะเป็นการให้บริการเชิงรับ กล่าวคือผู้เสพติดฝิ่นต้องเดินทางมารับบริการบำบัดรักษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลเวียงแหง ซึ่งอาจมีผลให้ผู้เสพติดฝิ่นส่วนหนึ่งไม่สะดวกในการเดินทางเพราะเส้นทางทุรกันดารแล้ว ยังต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไกลจากบ้านมารับยาเมทาโดนที่โรงพยาบาล ขณะที่อำเภออื่นๆ ตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านของผู้เสพติดฝิ่นซึ่งมีลักษณะเป็นการให้บริการสุขภาพแบบเชิงรุก เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้เสพติดฝิ่นไม่ต้องเดินทางไกลมารับบริการที่โรงพยาบาลอำเภอ ดังนั้นอาจมีผลให้ผู้เสพติดฝิ่นอำเภอเวียงแหงประเมินว่าคุณภาพชีวิตหลังการเข้ารับบริการบำบัดรักษายังคงอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาค่าคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นรายด้านแล้วพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกในชีวิต ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม และด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68-3.83) (ตารางที่ 8) และผลการศึกษา

คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นในแต่ละข้อย่อยของด้านความผาสุกในชีวิต ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม และด้านร่างกาย พบว่า คุณภาพชีวิตในทุกรายการของด้านความผาสุกในชีวิต ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม และด้านร่างกายต่างก็อยู่ในระดับมากด้วย (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.43-4.15) (ตารางที่ 10-13) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่จัดตั้งขึ้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละอำเภอนั้น มุ่งเน้นการจัดกิจกรรมและให้บริการที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้เสพติดฝิ่นโดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นให้ดีขึ้น ซึ่งบริการทางสุขภาพที่จัดให้เน้นให้การบริการตามความต้องการและที่จำเป็นของผู้เสพติดฝิ่นครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ หรือครอบคลุมแบบองค์รวม (Holistic needs) นั้นเอง ประกอบด้วยกิจกรรมการบริการ 10 ชุดบริการ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เสพติดฝิ่นเห็นความสำคัญของตนเอง เกิดเจตคติที่ดีว่าตนเองมีคุณค่าต่อสังคม ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพให้กับผู้เสพติดฝิ่นสามารถดูแลตนเอง และป้องกันโรคที่อาจเกิดจากการเสพติดหรือยาเสพติด เช่น การติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อตับอักเสบไวรัส รวมทั้งให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพของรัฐตามสิทธิพึงมีพึงได้ของตนเอง รวมทั้งเป็นแหล่งพบปะกันเพื่อทำกิจกรรมสร้างสรรค์ ฝึกทักษะการเข้าสังคม ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่อาจมีผลกระทบต่อผู้อื่น โดยได้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม ประการสำคัญคือได้รับการตรวจสุขภาพตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งการให้บริการของทีมงานบำบัดรักษาของแต่ละอำเภอดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้เสพติดฝิ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกๆ ด้านจนกว่าจะสามารถลด ละ เลิกการเสพติดได้ ดังนั้นผลการศึกษาจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นจึงประเมินคุณภาพชีวิตตนเองหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้งรายด้าน และรายข้ออยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินข้อรายการที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ *“พอใจกับบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด”* ซึ่งมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.15)

สำหรับผลการศึกษาคคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านอาชีพ และรายได้โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.21) และเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายข้อแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่เกือบทุกข้อรายการต่างก็อยู่ใน

ระดับปานกลางเช่นกัน (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.95–3.35) ซึ่งทุกรายการล้วนเกี่ยวข้องกับเรื่องอาชีพและการทำมาหากินเพื่อให้ได้เงินทองมาใช้จ่ายเลี้ยงตนเอง และครอบครัว อาทิ เช่น “พอใจกับงาน/อาชีพที่ทำอยู่” “กังวลและมีปัญหาในเรื่องเงินทอง” “มีอาชีพ/มีรายได้ที่มั่นคง” “มีรายได้เพียงพอเลี้ยงดูครอบครัว” โดยเฉพาะรายการที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ “มีเงินเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน” (ค่าเฉลี่ย=2.95) (ตารางที่ 14) ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นที่ พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม/ปลูกพืชชนิดเป็นร้อยละ 59.29 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 74.34 (ตารางที่ 7) จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและมีอาชีพไม่มั่นคงแล้วยังเสพติดฝิ่นอีก ย่อมส่งผลเสียทั้งตนเองและครอบครัวตามมา สอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชรินทร์ สิริสุนทร (2531) ที่พบว่า ผู้เสพติดฝิ่นมักมีผลเสียตามมาทางด้านเศรษฐกิจ คือ ทำให้ทั้งตัวเองและครอบครัวต้องมีสภาพชีวิตความเป็นอยู่อย่างยากลำบาก อดอยากหิวโหย เนื่องจากต้องนำรายได้ส่วนหนึ่งไปเป็นค่าใช้จ่ายในการแสวงหาฝิ่นมาเสพ ส่วนผลทางสังคมตามมาคือ การถูกตีฉันทินทา วิพากษ์วิจารณ์จากหมู่ญาติพี่น้อง และไม่เป็นที่ยอมรับนับถือในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่

นอกจากนั้นแล้วเมื่อพิจารณาลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพติดฝิ่นพบว่า ผู้เสพติดฝิ่นได้เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมานานระยะเวลาโดยเฉลี่ย 21.42 เดือน และส่วนใหญ่เลิกเสพฝิ่นกินยาเมทาโดนเพียงอย่างเดียวคิดเป็นร้อยละ 54.87 (ตารางที่ 7) ซึ่งการเลิกเสพฝิ่นและการได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดการให้บริการครอบคลุมกิจกรรม 10 ชุดบริการ ส่งผลให้สุขภาพของผู้เสพติดฝิ่นมีความสมบูรณ์แข็งแรงขึ้น โดยเฉพาะฤทธิ์ของฝิ่นที่มีต่อระบบประสาทส่วนกลางและระบบการเผาผลาญของร่างกายทำให้ผู้เสพติดฝิ่นทำงานลดน้อยลง ประสิทธิภาพในการทำงานไม่ดี ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม กล้ามเนื้อคลายตัว ร่างกายเกิดภาวะอ่อนแรง มักมีอาการง่วงนอน ซึมหรือนอนหลับเกือบตลอดเวลา นอกจากนั้นแล้วฝิ่นยังทำให้ร่างกายลดการใช้ออกซิเจนลง เนื่องจากผู้ฝิ่นจะมีอริยาบถลดลง รวมทั้งการทำงานของกล้ามเนื้อลดน้อยลงด้วย ทำให้ผู้เสพติดฝิ่นมักทำงานได้ไม่ทนหรือได้ไม่นานและไม่สามารถทำงานหนักได้ (ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดแม่ฮ่องสอน, 2547) แต่เมื่อผู้เสพติดฝิ่นหยุดเสพฝิ่นมาเป็นระยะเวลาหนึ่งฤทธิ์ของฝิ่นที่มีต่อร่างกายจะค่อยๆ ลดน้อยลงจนกระทั่งหมดไปในช่วงเวลาที่ร่างกายจะค่อยๆ ปรับฟื้นเข้าสู่สภาพดีขึ้นเป็นลำดับ ส่งผลให้ระบบความคิดความจำ

และสติของผู้เสพติดฝิ่นกลับคืนสู่สภาวะปกติเหมือนคนปกติ ทำให้ผู้เสพติดฝิ่นมีความต้องการที่จะทำมาหากินมีรายได้เพียงพอสำหรับการใช้จ่ายในสิ่งจำเป็นพื้นฐานต่อการดำรงชีวิตทั้งตนเองและสามารถเลี้ยงดูครอบครัวได้ ไม่เป็นหนี้สินเกินกำลังที่ตนเองจะสามารถรับผิดชอบได้ ซึ่งบุคคลมีสถานะทางเศรษฐกิจการเงินและรายได้ที่มั่นคง มีหน้าที่การงานที่มั่นคงและตนเองรักชอบ มีเงินหรือรายได้พอเพียงกับการดำรงชีวิตของครอบครัวย่อมมีผลให้บุคคลนั้นรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะกฎของธรรมชาติ คือ มีการเกิด มีแก่ มีเจ็บ และมีการตายจากไป จึงทำให้มนุษย์เกิดความต้องการด้านต่างๆ ที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อมุ่งความสำเร็จให้แก่ตนเองต่อไป (ชัยยะ วิหคเทียร 2534; อำนาจ ไกรสงคราม, 2538; Berghorn et al.,1981) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ (Maslow's hierarchy of needs theory) หรือปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งกล่าวโดยรวมได้ว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีพื้นฐานมาจากความต้องการของตนเองโดยเบื้องต้นลำดับไว้เป็น 5 ระดับ เมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการในขั้นต้นแล้ว ก็จะมีผลปรารถนาในขั้นสูงขึ้นไปตามลำดับ แต่ถ้าความต้องการนั้นยังไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดความเครียด และนำไปสู่แรงกระตุ้นให้เกิดแรงขับเคลื่อนหาวิธีการ หรือแสดงพฤติกรรมที่นำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ต้องการเพื่อลดความตึงเครียดจนกว่าจะได้รับการตอบสนองความพึงพอใจนั้น ดังนั้นผลการศึกษาจึงพบว่า ผู้เสพติดฝิ่นประเมินคุณภาพชีวิตด้านอาชีพ และรายได้ของตนเองส่วนใหญ่เกือบทุกข้อรายการอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น เพราะเริ่มมีความต้องการในขั้นที่สูงขึ้นไปคือมีอาชีพ และรายได้ที่มั่นคง สามารถเลี้ยงดูครอบครัวตนเองได้ตามปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ทั่วไป

5. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามข้อมูลเพศ อายุ อาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่เข้ารับบริการในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามเพศ พบว่าผู้เสพติดฝิ่นที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยผู้เสพติดฝิ่นเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง (ค่าเฉลี่ย=3.69) (ตารางที่ 15) สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินทิพย์ โคนันเทียบ (2554) ทั้งนี้ผู้เสพติดฝิ่นเพศชายจะเป็นผู้นำครอบครัว หลังจากเลิกเสพฝิ่นได้

สำเร็จจะกลับมาประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัว ได้รับการยกย่องและนำไปเป็นแบบอย่าง (role model) แก่ผู้เสพติดฝิ่นคนอื่นๆ ตลอดจนได้รับการคัดเลือกเข้ามาทำงานในชุมชน และทำงานร่วมกับทีมงานบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นของพื้นที่ในการช่วยค้นหาคัดกรอง ดูแลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเสพติดฝิ่นคนอื่นๆ ทำให้เขารู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับจากบุคคลในสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนเพศหญิงถึงแม้จะเลิกเสพฝิ่นได้แต่ยังคงทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน เลี้ยงดูบุตร ดังนั้นเพศชายจึงประเมินว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามอายุ พบว่าผู้เสพติดฝิ่นที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินทิพย์ โคนสันเทียะ (2554) แต่ตรงข้ามกับอภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, พิษสุตา เดชบุญ, กฤติเดช มิ่งไม้, ศศิวิมล โพธิ์ภักตร์, สานุรักษ์ โพธิ์หา และสุชานรี พานิชเจริญ (2560) ในการศึกษาที่ผู้เสพติดฝิ่นมีอายุอยู่ในช่วงของวัยผู้ใหญ่และสูงอายุ มีลักษณะพื้นฐานที่เหมือนกัน คือ เป็นชนเผ่า ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม รายได้ไม่เกิน 6,000 บาท พฤติกรรมการเสพฝิ่นในปัจจุบันคือเลิกเสพฝิ่นและกินยาเมทาโดนอย่างเดียว และอาศัยอยู่ในชุมชนนี้มาตลอด ซึ่งผ่านประสบการณ์ชีวิตและมีความคิดที่คล้ายคลึงกัน จึงประเมินคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามอาชีพ พบว่า ผู้เสพติดฝิ่นที่ไม่มีอาชีพจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้เสพติดฝิ่นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพอื่นๆ โดยผู้เสพติดฝิ่นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมจะมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตมากที่สุดรองลงมาเป็นผู้เสพติดฝิ่นที่ประกอบอาชีพอื่นๆ และผู้เสพติดฝิ่นที่ไม่มีอาชีพมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย=3.68, 3.66 และ 3.40 ตามลำดับ) (ตารางที่ 18) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของอิศวร ดวงจินดา (2558) อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, พิษสุตา เดชบุญ, กฤติเดช มิ่งไม้, ศศิวิมล โพธิ์ภักตร์, สานุรักษ์ โพธิ์หา และสุชานรี พานิชเจริญ (2560) แต่ตรงข้ามกับศิรินทิพย์ โคนสันเทียะ (2554) ทั้งนี้ผู้เสพติดฝิ่นส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยการปลูกพืช ทำไร่ ซึ่งในขณะที่ยังอยู่ในภาวะการติดฝิ่น จะหมกมุ่นกับการเสพยา ไม่สนใจในการประกอบอาชีพ แต่เมื่อ

เลิกเสพผืนก็สามารถกลับมาทำงานหรือประกอบอาชีพ ดูแลเอาใจใส่ทำให้มีผลผลิตมาก นำไปขายมีรายได้เข้ามาใช้จ่ายในครอบครัวอย่างเพียงพอ ส่วนผู้เสพผืนที่ยังไม่มีอาชีพจึงไม่มีรายได้ หรือประกอบอาชีพอื่นๆ อาจจะมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย จึงประเมินว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้เสพผืนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เสพผืนภายหลังจากเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามรายได้ พบว่า โดยผู้เสพผืนที่ไม่มีรายได้มีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้เสพผืนที่มีรายได้ไม่เกิน 6,000 บาท และผู้เสพผืนที่มีรายได้ระหว่าง 6,001-12,000 บาท โดยผู้เสพผืนที่มีรายได้ระหว่าง 6,001-12,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตมากที่สุด รองลงมาเป็น รายได้มากกว่า 12,000 บาทขึ้นไป และผู้เสพผืนที่รายได้ไม่เกิน 6,000 บาท ส่วนผู้เสพผืนที่ไม่มีรายได้ มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย=3.75, 3.70, 3.66 และ 3.45 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของภาวัต วรเศรษฐภัทร (2550) ศิรินทิพย์ โคนสันเทียะ (2554) และอิศวรร ดวงจินดา (2558) ซึ่งรายได้เป็นสิ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ ผู้ที่มีรายได้มากก็จะสามารถจัดหาทั้งสิ่งของที่เป็นของชีวิต และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ดังนั้นผู้เสพผืนที่มีรายได้มากจึงประเมินว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เสพผืนภายหลังจากเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอ จำแนกตามระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยผู้เสพผืนที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมากกว่า 2 ปีมีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้เสพผืนที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี และผู้เสพผืนที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 1-2 ปี โดยผู้เสพผืนที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมากกว่า 2 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตมากที่สุดรองลงมาเป็น ผู้เสพผืนที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 1-2 ปี ส่วนผู้เสพผืนที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย=3.74, 3.65 และ 3.59 ตามลำดับ) (ตารางที่ 22) ทั้งนี้ผู้เสพผืนที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจะ

ได้รับการรักษาด้วยการกินยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (MMT) เมื่อได้รับการปรับขนาดของยาเมทาโดนจนกระทั่งมีปริมาณที่เพียงพอ จึงไม่มีอาการขาดยา ผู้เสพติดฝิ่นจึงเลิกเสพฝิ่นและกินเมทาโดนอย่างเดียวยังร้อยละ 54.87 อีกทั้งช่วงเวลาที่อยู่ในระบบการบำบัดเป็นระยะเวลาที่นานพอที่สุขภาพร่างกายของผู้เสพติดฝิ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และสามารถประกอบอาชีพ มีรายได้เพิ่มพูนขึ้น ดังนั้นผู้เสพติดฝิ่นที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมากกว่า 2 ปีจึงประเมินว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้เสพติดฝิ่นที่มีระยะเวลาที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 1-2 ปีและน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผู้เสพติดฝิ่นคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาร้อยละ 89 ทีมงานบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นควรหาแนวทาง/วิธีการ หรือสร้างแรงจูงใจผู้เสพติดฝิ่นให้คงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาให้มากขึ้น กรณีที่ผู้เสพติดฝิ่นย้ายที่อยู่อาศัยหรือไปทำงาน ควรทำความเข้าใจและชี้แจงให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทีมงานบำบัดเพื่อประสานการส่งต่อไปรับการบำบัดในพื้นที่นั้นๆ เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้เสพติดฝิ่นไม่กลับไปเสพซ้ำ และสามารถติดตามผู้เสพติดฝิ่นได้
2. ผู้เสพติดฝิ่นยังคงใช้เมทาโดนร่วมกับการเสพฝิ่นหรือยาเสพติดชนิดอื่นๆ โดยเฉพาะยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย เช่น กัญชา ยาบ้า ถึงร้อยละ 73 ทีมงานบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นควรให้ความรู้เพื่อให้ผู้เสพติดฝิ่นมีความเข้าใจและตระหนักถึงผลเสียหรือผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาเสพติดหลายชนิด หรือผลเสียจากการเสพกัญชา ยาบ้าที่ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตเวช โดยให้เห็นกรณีตัวอย่างที่เกิดขึ้นจริง
3. กิจกรรมการบริการสุขภาพ 10 ชุดบริการ ในชุดบริการที่ 4 การแจกถุงยางอนามัย และชุดบริการที่ 6 การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังมีการดำเนินการเพียงร้อยละ 40.48 และ 36.79 ทีมงานบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นควรดำเนินการให้ครอบคลุม เพื่อให้ผู้เสพติดฝิ่นมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัย ช่วยคุมกำเนิดและป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้อาจจะขอรับการจัดสรรถุงยางอนามัยจากกรมควบคุมโรค

4. ผู้เสพติดฝิ่นมีคุณภาพชีวิตด้านอาชีพและรายได้อยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการส่งเสริมอาชีพให้กับผู้เสพติดฝิ่น โดยเฉพาะผู้เสพติดฝิ่นที่ยังไม่มีอาชีพ หรือกลุ่มที่ประกอบอาชีพที่มีรายได้ต่ำ ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย โดยเป็นอาชีพที่เหมาะสมกับความถนัดหรือความสามารถของผู้เสพติดฝิ่น เพื่อให้มีรายได้ที่เพียงพอ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

5. ผู้เสพติดฝิ่นเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมผู้เสพติดฝิ่นเพศหญิงให้มีอาชีพที่เหมาะสมกับความถนัดหรือความสามารถ และจัดหาตลาดเพื่อรองรับสินค้าหัตถกรรมที่ผู้เสพติดฝิ่นเพศหญิงผลิตขึ้น ตลอดจนการนำผู้เสพติดฝิ่นเพศหญิงให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนหรือของทีมงานบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่น เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ส่งผลให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติดฝิ่นแต่ละคนเป็นระยะทุก 6-12 เดือน เพื่อนำมาหาแนวทางมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นให้ดีขึ้น

2. ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติดฝิ่นในรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพโดยให้ผู้สัมภาษณ์ที่เป็นชนเผ่า เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกที่เป็นประโยชน์และตรงตามความต้องการในการนำมาจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นให้ดียิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/test/whoqol>
- เกสร สมพฤกษ์. (2534). *พฤติกรรมการใช้ยาและสารเสพติดของชาวบ้านหัวน้าดัง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่: ความคิดเห็นของครอบครัวผู้ติดยาและเฮโรอีนที่มีต่อการป้องกันและการบำบัดรักษา*. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คเชนทร์ เรือนทอง, วัชรพงศ์ พุ่มชื่น, กฤตยารัฐ ปารมีและวิเชียร ปินตาวงศ์. (2555). *สภาวะฝิ่นและ การสร้างการมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนากระบวนการชุมชนเพื่อแก้ปัญหา ยาเสพติด*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิภูมิพลังชุมชนไทย.
- คณะกรรมการอำนวยการโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน พื้นที่เชียงดาว. (2560) ใน “สถานการณ์ปัญหาการลักลอบปลูกฝิ่นและผลการดำเนินงานยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนากระบวนการชุมชนเพื่อแก้ปัญหา ยาเสพติด” เรื่อง *สถานการณ์ปัญหาการลักลอบปลูกฝิ่นประจำปี 2559/60 ในพื้นที่โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนระดับอำเภอ*. (ข้อมูลอย่างไม่เป็นทางการ ณ วันที่ 28 เมษายน 2560 จบห้วงการสำรวจ). เอกสารประกอบการประชุมครั้งที่ 2/2560 ในวันพุธที่ 17 พฤษภาคม 2560 ณ ห้องประชุม ที่ว่าการอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่.
- คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. (2555). *สถานภาพการใช้สารเสพติด พ.ศ. 2554 การสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

- จิตรลดา อารีย์สันติชัย, อุษณีย์ พึ่งปานและอภิรักษ์ อร่ามรัตน์. (2556). “สถานการณ์ฝุ่น พ.ศ. 2545-2554” ใน*สังเคราะห์สถานการณ์สารเสพติด พ.ศ. 2545-2555*, หน้า 83-97. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- ชัยยะ วิหกเทียร. (2534). *รายงานการวิจัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท: ศึกษาเฉพาะกรณีตำบลโยธะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา*. ภาคนิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ณัฐฐา บัวหลวง. (2551). *คุณภาพชีวิตในการทำงาน*. เอกสารประกอบการฝึกอบรมออนไลน์ สำนักงาน ก.พ. (เอกสารอัดสำเนา)
- ธนิต จิรนนท์ธวัช. (2553). Quality of life for quality dialysis. ใน ธนิต จิรนนท์ธวัช, สิริภา ช่างศิริกุลชัย, ธันนดา ตระการวนิช, และวสันต์ สุเมธกุล (บรรณาธิการ). *Quality dialysis in the year 2010* (หน้า 291-300). กรุงเทพมหานคร : เท็กซ์ แอน เจอร์นัล พับลิเคชั่นจำกัด
- นคัมยภรณ์ ชูชาติ , รัตนา วิเชียรศิริ ปรีดา อารยาวิชานนท์ และ ณัฐเศรษฐ์ มนินนากร. (2558). “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากอุบัติเหตุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย” *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ*. 25(1): หน้า 15-21.
- ปิยะวัฒน์ ตริวิทยา. (2559). “กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต” *วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่*. 49 (2): หน้า 171 – 181.
- นริสรา พึ่งโพธิ์สถ และ ฐาศุภร์ จันประเสริฐ. (2555). *รายงานการวิจัยการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พัชรินทร์ สิริสุนทร. (2531). *พฤติกรรมการรักษาและเยียวยาตนเองด้วยฝืนของชาวม้งที่เจ็บป่วย: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนม้งแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เพียงดาว จุลบาท. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ภาวัต วรธสุภัทร. (2550). *คุณภาพชีวิตตำรวจจราจรชั้นประทวนในเขตกองบังคับการตำรวจนครบาล 5*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสังคมวิทยามหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มุกิตา วรรณชาติ และคณะ. (2558). “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี” *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. ฉบับพิเศษ 2558: หน้า 18-29.
- วงศ์ทิพารัตน์ มัณยานนท์, อรอนงค์ กลีบขจรเลิศ, และธนนรงค์ รัตนโชติพานิช.(2553). การทดสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไต (KDQOL-SF) ฉบับภาษาไทย. *วารสารเภสัชกรรมไทย*. 2 (1); หน้า 15-23.
- วาทีณี บัวชุม. ใน <http://www.royalprojectthailand.com.>, 23 January 2012.
- วีรวัด อุครานันท์. (2558). *สรุปบททวนวรรณกรรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดฝิ่นของโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน*. โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน. (เอกสารอัดสำเนา)
- วิไล ชินเวชกิจวานิชย์ นุชนาฏ หวนนากลาง และอรอุมา ชองรัมย์. (2551). *โครงการสำรวจคุณภาพชีวิตของบุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2551*. ศูนย์ศึกษาและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพและสาธารณสุข: สังคมผู้สูงอายุ. วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแม่ฮ่องสอน. (2547). *คู่มือบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่สูงระยะบำบัดด้วยยา*. เชียงใหม่: ดารารัตน์การพิมพ์.
- ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแม่ฮ่องสอน. (2550). *แนวทางการบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นขั้นบำบัดด้วยยา*. กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)
- ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด. (2558). *คำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 1/2557 เรื่องแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด*. คำสั่งลงวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2556. (เอกสารอัดสำเนา)

- ศรีเมือง พลึงฤทธิ์. (2547). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ด. (ประชากรศาสตร์). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิรินทิพย์ โคนสันเทียะ. (2554). “คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปี เมืองยาง อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา” *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*. 7 (1); หน้า 32-42.
- สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์. (2553). *แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด แบบรอบด้านของประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์. (2555). *หลักสูตรอบรมวิทยากรหลัก: การเสริมสร้างพลังทางบวกต่อการให้บริการผู้ใช้ยาและสารเสพติดด้วยวิธีชีวิต*. สำนักลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติดสถาบันธัญญารักษ์. (เอกสารอัดสำเนา)
- สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์. (2556). *ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือ*. สำนักลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด สถาบันธัญญารักษ์. (เอกสารอัดสำเนา).
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, กรมการแพทย์. (2558). *การพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ : กรณีศึกษาโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน*. สำนักป้องกันและลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด. ปทุมธานี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง. (2553). *แผนแม่บทโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะเวลา 4 ปี (พ.ศ. 2553-2556)*. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง. (2553). *โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2553-2556)*. สืบค้นจาก https://web2012.hrdi.or.th/about_us/page/address วันที่ 19 เมษายน 2559
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, สำนักวิจัย. (2553). *คุณภาพชีวิตของคนไทย ปี 2553*. กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย. ปพพ. (เอกสารอัดสำเนา)

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2555). *สถิติผู้เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาฝิ่นปี 2545-2554*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

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

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง. (2558). *การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อบูรณาการแผนปฏิบัติการ โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557*. ระหว่างวันที่ 6-7 มีนาคม 2558 ณ ห้องประชุมนานาชาติ โรงแรมเชียงใหม่แกรนด์วิว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. (เอกสารอัดสำเนา)

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง. (2559). “สถานการณ์ปัญหาการลักลอบปลูกฝิ่นของประเทศไทย ประจำปี 2558/2559” ใน เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน ครั้งที่ 1/2559 วันพฤหัสบดีที่ 12 พฤษภาคม 2559 ณ ห้องประชุมชิดชัย วรรณสถิตย์ สำนักงาน ป.ป.ส. (เอกสารอัดสำเนา)

สง่า สงครามภักดี. (2555). “คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด” *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 9 (1): หน้า 38-46.

สมพร ชินโนรส และ ชุตินา ดีปัญญา. (2556). “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด” *วารสารเกื้อการุณย์* 20 (1): หน้า 38-49.

สลินดา แวสูงเนินและธัญญรัตน์ ขจิตพาล. (2544). *การรับรู้ต่อการบำบัดรักษาของผู้ป่วยชาวเขาที่เสพติดฝิ่น*. โรงพยาบาลธัญญารักษ์และศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดแม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)

สุวดี อานวงษ์วิวัฒน์. (2544). *คุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) : ศึกษาเฉพาะกรณี พนักงานสินเชื่อฝ่ายสินเชื่อสาขากลาง*. ภาคนิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. รายงานการศึกษาวิจัย. (เอกสารอัดสำเนา)
- โสภา นิ่มนวล และคณะ. (2546). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหยุดเสพติดยาเสพติดในชาวไทยภูเขาผู้ผ่านการบำบัดรักษาที่ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดยาเสพติดแม่ฮ่องสอน*. ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดยาเสพติดแม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- โสภางค์ พรพิบูลย์. (2553). *แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กชาวเขาวัดทุ่งเหียง ตำบลหมอนนาง อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี* วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทรัพยากรเพื่อความมั่นคง (พนัสนิคม) คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, พิชสุดา เดชบุญ, กฤติเดช มิ่งไม้, ศศิวิมล โพธิ์ภักดิ์, สานุรักษ์ โพธิ์หา และสุขานรี พานิชเจริญ. (2560). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น วารสารราชพฤกษ์ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2560) 16-26*
- อำนาจ ไกรสงคราม. (2538). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของชาวชนบท: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอปรามบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์*. ภาคนิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อิศวร ดวงจินดา. (2558). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 24(6): หน้า 1118-1126.
- เอกมาศ วงศ์ไพรินทร์ และ พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2557). “การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานที่นับถือศาสนาอิสลาม ในจังหวัดสตูล ประเทศไทย”. *รายงานการประชุมวิชาการของบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. วันที่ 20 – 22 สิงหาคม 2557.
- Danquah, F. V., Wasserman, J., Meininger, J., & Bergstrom, N. (2010). Quality of life measures for patients on hemodialysis: A review of psychometric properties. *Nephron Nurs J*, 37(3), pp. 255-69.

- Ferrans และ Ferrell. (1990). อ้างถึงใน <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2342979>
- Meeberg, GA. (1993). Quality of life: A concept analysis. (Abstract). *Journal of Advanced Nursing*. 18 (1); pp. 32
- Philips.co.th/plus. (2554). เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. retrieve from <http://www2.yourhealthandwellbeing.asia/thailand/health-and-wellbeing-in-thailand/>
- The WHO group, (1994). The Development of The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument. In J. Orley, and W.Kuyken (eds.) *Quality of Life Assessment: International Perspectives* (pp.41-75), New York: Springer-Verlag.
- The WHO. (1996). *WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, field trial version*, WHO, Geneva.
- WHO. (2004). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – Bref. Retrieve from http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/
- Yu, H.D., & Petrini, M.A. (2010). The HRQOL of Chinese patients undergoing hemodialysis. *Journal Clinical Nurses*, 19 (5-6); pp. 658-65.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual & measures issues. *J Advance Nurse*, 17(7), 795- 800. Retrieved March 10, 2012, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.13652648.1992.tb02000.x/abstract>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแบบสอบถามคุณภาพชีวิตรายข้อ

ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับ
การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอำเภอเชียงดาว จังหวัด
เชียงใหม่ จำแนกรายข้อ

รายการ	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านร่างกาย			
ไม่อ่อนเพลียและมีแรงมากพอในการทำงาน	4.28	0.64	มากที่สุด
ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน	3.57	0.81	มาก
ต้องการใส่เสื้อผ้าที่สะอาด	3.52	0.92	มาก
เอาใจใส่ความสะอาดของร่างกาย	3.47	0.81	มาก
สนใจแต่งกาย และการหวีผมก่อนออกจากบ้าน	3.19	0.87	ปานกลาง
แข็งแรงและมีพลังกำลังดีขึ้น	3.14	0.91	ปานกลาง
อยากอาหารและรับประทานอาหารได้มากขึ้น	3.14	0.72	ปานกลาง
ด้านจิตใจและอารมณ์			
อาการหงุดหงิด วิตกกังวล เคร่งเครียดลดลง	4.42	0.81	มากที่สุด
อาการหลงๆ ลืมๆ มีน้อยลงกว่าแต่ก่อน	3.85	0.85	มาก
ภาคภูมิใจในตนเอง	3.57	0.59	มาก
จดจำสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น	3.28	0.78	ปานกลาง
นอนหลับได้เต็มอิ่มขึ้น	3.28	0.78	ปานกลาง
มีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อผู้อื่น	3.23	0.83	ปานกลาง
สดชื่นและแจ่มใสขึ้น	3.14	0.85	ปานกลาง
ด้านสังคม			
กล้าเข้ากลุ่มหรือพูดคุยกับเพื่อนๆ เมื่อมารับบริการ ที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	4.66	0.65	มากที่สุด
เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนมากขึ้น เช่น การประชุม การกินวอ การทำบุญ	4.23	0.76	มากที่สุด
กล้าพูดคุย สนทนาและทักทายกับเพื่อนบ้าน	3.90	0.43	มาก
มีเพื่อนหรือบุคคลที่สามารถไว้วางใจได้	3.76	0.43	มาก
มั่นใจในตนเองมากขึ้น	3.57	0.67	มาก
สนใจผู้คนรอบข้างมากกว่าเดิม	3.52	0.74	มาก
คนในชุมชนเห็นอกเห็นใจและเข้าใจ	3.52	0.51	มาก

รายการ	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านอาชีพและรายได้			
ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยรายได้จากครอบครัว	3.85	0.96	มาก
กังวลและมีปัญหาในเรื่องเงินทอง	3.19	0.87	ปานกลาง
พอใจกับงาน/อาชีพที่ทำอยู่	2.57	0.92	น้อย
มีอาชีพ/มีรายได้ที่มั่นคง	2.28	0.71	น้อย
มีรายได้เพียงพอเลี้ยงดูครอบครัว	2.19	0.74	น้อย
มีเงินเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	2.09	0.88	น้อย
ด้านความผาสุกในชีวิต			
พอใจกับบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากศูนย์ลดอันตรายฯ	4.33	0.73	มากที่สุด
ไม่กังวลในเรื่องต้องเลิกเสพยา	4.33	0.85	มากที่สุด
เข้ากับคนอื่นๆ ในครอบครัวได้ดีขึ้น	3.90	0.70	มาก
รู้สึกปลอดภัยและไม่กลัวถูกจับ	3.76	0.70	มาก
คนในชุมชนให้ความสนใจและเอาใจใส่ช่วยเหลือ	3.47	0.67	มาก
พอใจกับชีวิตของตนเองมากขึ้น	3.19	0.81	ปานกลาง
สามารถพึ่งพาตัวเองได้มากขึ้น	2.95	0.86	ปานกลาง

ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกรายข้อ

รายการ	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านร่างกาย			
ต้องการใส่เสื้อผ้าที่สะอาด	3.76	0.67	มาก
ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน	3.70	0.91	มาก
เอาใจใส่ความสะอาดของร่างกาย	3.66	0.84	มาก
สนใจแต่งกาย และการหวีผมก่อนออกจากบ้าน	3.50	0.62	มาก
อยากอาหารและรับประทานอาหารได้มากขึ้น	3.50	0.82	มาก
ไม่อ่อนเพลียและมีแรงมากพอในการทำงาน	3.13	1.04	ปานกลาง
แข็งแรงและมีพลังกำลังดีขึ้น	3.10	1.06	ปานกลาง
ด้านสังคม			
เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนมากขึ้น เช่น การประชุม การกินวอ การทำบุญ	3.53	0.77	มาก
กล้าพูดคุย สนทนาและทักทายกับเพื่อนบ้าน	3.50	0.90	มาก
สนใจผู้คนรอบข้างมากกว่าเดิม	3.40	0.72	ปานกลาง
มั่นใจในตนเองมากขึ้น	3.26	0.69	ปานกลาง
คนในชุมชนเห็นอกเห็นใจและเข้าใจ	3.26	0.69	ปานกลาง
มีเพื่อนหรือบุคคลที่สามารถไว้วางใจได้	3.13	0.81	ปานกลาง
ด้านจิตใจและอารมณ์			
มีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อผู้อื่น	3.56	0.67	มาก
ภาคภูมิใจในตนเอง	3.50	0.68	มาก
นอนหลับได้เต็มอิ่มขึ้น	3.33	0.95	ปานกลาง
อาการหลงๆ ลืมๆ มีน้อยลงกว่าแต่ก่อน	3.13	1.00	ปานกลาง
สดชื่นและแจ่มใสขึ้น	3.10	0.75	ปานกลาง
หงุดหงิด วิตกกังวล เคร่งเครียดลดลง	3.00	0.98	ปานกลาง
จดจำสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น	3.00	0.90	ปานกลาง

รายการ	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านอาชีพและรายได้			
ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยรายได้จากครอบครัว	3.46	0.68	มาก
พอใจกับงาน/อาชีพที่ทำอยู่	3.23	0.93	ปานกลาง
กังวลและมีปัญหาในเรื่องเงินทอง	3.13	1.05	ปานกลาง
มีอาชีพ/มีรายได้ที่มั่นคง	2.70	0.91	ปานกลาง
มีเงินเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	2.46	0.86	น้อย
มีรายได้เพียงพอเลี้ยงดูครอบครัว	2.37	0.97	น้อย
ด้านความผาสุกในชีวิต			
พอใจกับบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากศูนย์ลดอันตรายฯ	3.93	0.69	มาก
ไม่กังวลในเรื่องต้องเลิกเสพยา	3.76	1.27	มาก
เข้ากับคนอื่นๆ ในครอบครัวได้ดีขึ้น	3.63	0.76	มาก
คนในชุมชนให้ความสนใจและเอาใจใส่ช่วยเหลือ	3.43	0.62	มาก
พอใจกับชีวิตของตนเองมากขึ้น	3.33	0.92	ปานกลาง
รู้สึกปลอดภัยและไม่กลัวถูกจับ	3.26	1.28	ปานกลาง
สามารถพึ่งพาตัวเองได้มากขึ้น	3.20	0.92	ปานกลาง

ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกรายข้อ

รายการ	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านร่างกาย			
ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น	4.44	0.57	มากที่สุด
เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน			
อยากอาหารและรับประทานอาหารได้มากขึ้น	4.32	0.61	มากที่สุด
เอาใจใส่ความสะอาดของร่างกาย	4.14	0.55	มาก
แข็งแรงและมีพลังกำลังดีขึ้น	4.12	0.54	มาก
ไม่อ่อนเพลียและมีแรงมากพอในการทำงาน	4.10	0.78	มาก
ต้องการใส่เสื้อผ้าที่สะอาด	4.07	0.60	มาก
สนใจการแต่งกาย และการหวีผมก่อนออกจากบ้าน	3.94	0.56	มาก
ด้านจิตใจและอารมณ์			
สดชื่นและแจ่มใสขึ้น	4.38	0.56	มากที่สุด
มีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อผู้อื่น	4.31	0.50	มากที่สุด
นอนหลับได้เต็มอิ่มขึ้น	4.14	0.59	มาก
ภาคภูมิใจในตนเอง	4.10	0.59	มาก
หงุดหงิด วิตกกังวล เคร่งเครียดลดลง	4.01	0.65	มาก
อาการหลงๆ ลืมๆ มีน้อยลงกว่าแต่ก่อน	3.81	0.51	มาก
จดจำสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น	3.49	0.69	มาก
ด้านสังคม			
กล้าเข้ากลุ่มหรือพูดคุยกับเพื่อนๆ เมื่อมารับบริการที่			
ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	4.68	0.72	มากที่สุด
กล้าพูดคุย สนทนาและทักทายกับเพื่อนบ้าน	4.41	0.59	มากที่สุด
มั่นใจในตนเองมากขึ้น	4.29	0.53	มากที่สุด
สนใจผู้คนรอบข้างมากกว่าเดิม	4.14	0.52	มาก
คนในชุมชนหันออกเห็นใจและเข้าใจ	3.92	0.50	มาก
มีเพื่อนหรือบุคคลที่สามารถไว้วางใจได้	3.72	0.55	มาก

รายการ	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านอาชีพและรายได้			
ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยรายได้จากครอบครัว	4.27	1.07	มากที่สุด
พอใจกับงาน/อาชีพที่ทำอยู่	3.47	0.76	มาก
มีเงินเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	3.40	0.74	ปานกลาง
มีรายได้เพียงพอเลี้ยงดูครอบครัว	3.23	0.85	ปานกลาง
มีอาชีพ/มีรายได้ที่มั่นคง	3.16	0.76	ปานกลาง
กังวลและมีปัญหาในเรื่องเงินทอง	2.96	0.61	ปานกลาง
ด้านความผาสุกในชีวิต			
พอใจกับบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากศูนย์ลดอันตรายฯ	4.80	0.40	มากที่สุด
รู้สึกปลอดภัยและไม่กลัวถูกจับ	4.61	0.49	มากที่สุด
สามารถพึ่งพาตัวเองได้มากขึ้น	4.38	0.59	มากที่สุด
ไม่กังวลในเรื่องต้องเลิกเสพยา	4.34	0.86	มากที่สุด
พอใจกับชีวิตของตนเองมากขึ้น	4.32	0.54	มากที่สุด
เข้ากับคนอื่นๆ ในครอบครัวได้ดีขึ้น	4.12	0.43	มาก
คนในชุมชนให้ความสนใจและเอาใจใส่ช่วยเหลือ	4.01	0.52	มาก

ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกรายข้อ

รายการ	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านร่างกาย			
อยากอาหารและรับประทานอาหารได้มากขึ้น	3.82	0.71	มาก
ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน	3.69	0.78	มาก
แข็งแรงและมีพลังกำลังดีขึ้น	3.60	0.75	มาก
เอาใจใส่ความสะอาดของร่างกาย	3.47	0.78	มาก
มีแรงมากพอในการทำงาน	3.41	0.93	มาก
ต้องการใส่เสื้อผ้าที่สะอาด	3.37	0.82	ปานกลาง
สนใจแต่งกาย และการหวีผมก่อนออกจากบ้าน	3.30	0.93	ปานกลาง
ด้านจิตใจและอารมณ์			
อาการหลงๆ ลืมๆ มีน้อยกว่าแต่ก่อน	4.20	0.93	มาก
หงุดหงิด วิตกกังวล เคร่งเครียดลดลง	4.06	1.03	มาก
นอนหลับได้เต็มอิ่มขึ้น	3.70	0.78	มาก
สดชื่นและแจ่มใสขึ้น	3.68	0.75	มาก
ภาคภูมิใจในตนเอง	3.54	0.68	มาก
รู้สึกมีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อผู้อื่น	3.53	0.71	มาก
จดจำสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น	3.50	0.85	มาก
ด้านสังคม			
กล้าพูดคุย สนทนาและทักทายกับเพื่อนบ้าน	3.72	0.83	มาก
เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนมากขึ้น เช่น การประชุม การกินวอ การทำบุญ	3.71	0.84	มาก
กล้าเข้ากลุ่มหรือพูดคุยกับเพื่อนๆ เมื่อมารับบริการที่ ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	3.70	1.30	มาก
สนใจผู้คนรอบข้างมากกว่าเดิม	3.56	0.78	มาก

รายการ	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
รู้สึกมั่นใจในตนเองมากขึ้น	3.56	0.71	มาก
คนในชุมชนเห็นอกเห็นใจและเข้าใจท่าน	3.44	0.68	มาก
มีเพื่อนหรือบุคคลที่สามารถไว้วางใจได้	3.13	0.84	ปานกลาง
ด้านอาชีพและรายได้			
ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยรายได้จากครอบครัว	3.50	0.97	มาก
พอใจกับงาน/อาชีพที่ทำอยู่	3.29	0.87	ปานกลาง
ทำงานมีอาชีพ/มีรายได้ที่มั่นคง	3.06	0.82	ปานกลาง
กังวลและมีปัญหาในเรื่องเงินทอง	3.06	0.92	ปานกลาง
มีรายได้เพียงพอเลี้ยงดูครอบครัว	3.02	0.86	ปานกลาง
มีเงินเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	2.81	0.89	ปานกลาง
ด้านความผาสุกในชีวิต			
พอใจกับบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากศูนย์ฯ	3.92	0.74	มาก
เข้ากับคนอื่นๆ ในครอบครัวได้ดีขึ้น	3.81	0.76	มาก
ไม่กังวลในเรื่องต้องเลิกเสพยา	3.68	1.09	มาก
พึ่งพาตัวเองได้มากขึ้น	3.65	0.72	มาก
รู้สึกปลอดภัยและไม่กลัวถูกจับ	3.63	1.29	มาก
พอใจกับชีวิตของตนเองมากขึ้น	3.62	0.73	มาก
คนในชุมชนให้ความสนใจและเอาใจใส่ช่วยเหลือ	3.57	0.71	มาก

ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกรายข้อ

รายการ	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านร่างกาย			
มีแรงมากพอในการทำงาน	3.89	0.91	มาก
อยากอาหารและรับประทานอาหารได้มากขึ้น	3.75	0.64	มาก
ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน	3.73	0.68	มาก
ต้องการใส่เสื้อผ้าที่สะอาด	3.68	0.60	มาก
สนใจการแต่งกาย และการหวีผมก่อนออกจากบ้าน	3.67	0.67	มาก
แข็งแรงและมีพลังกำลังดีขึ้น	3.66	0.71	มาก
เอาใจใส่ความสะอาดของร่างกาย	3.65	0.63	มาก
ด้านจิตใจและอารมณ์			
อาการหลงๆ ลืมๆ มีน้อยลงกว่าแต่ก่อน	4.10	0.83	มาก
อาการหงุดหงิด วิตกกังวล เคร่งเครียดลดลง	4.07	0.88	มาก
นอนหลับได้เต็มอิ่มขึ้น	3.87	0.68	มาก
สดชื่นและแจ่มใสขึ้น	3.82	0.65	มาก
มีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อผู้อื่น	3.71	0.64	มาก
ภาคภูมิใจในตนเอง	3.62	0.61	มาก
จดจำสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น	3.52	0.68	มาก
ด้านสังคม			
กล้าเข้ากลุ่มหรือพูดคุยกับเพื่อนๆ เมื่อมารับบริการ ที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	4.45	0.90	มากที่สุด
กล้าพูดคุย สนทนาและทักทายกับเพื่อนบ้าน	3.79	0.66	มาก
เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนมากขึ้น เช่น การประชุม การกินวอ การทำบุญ	3.78	0.82	มาก
มีเพื่อนหรือบุคคลที่สามารถไว้วางใจได้	3.67	0.59	มาก
สนใจผู้คนรอบข้างมากกว่าเดิม	3.65	0.57	มาก

รายการ	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	SD	ระดับ
คนในชุมชนเห็นอกเห็นใจและเข้าใจ	3.65	0.58	มาก
มั่นใจในตนเองมากขึ้น	3.64	0.62	มาก
ด้านอาชีพและรายได้			
ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยรายได้จากครอบครัว	3.71	1.07	มาก
กังวลและมีปัญหาในเรื่องเงินทอง	3.60	0.92	มาก
พอใจกับงาน/อาชีพที่ทำอยู่	3.32	0.85	ปานกลาง
มีรายได้เพียงพอเลี้ยงดูครอบครัว	3.19	0.88	ปานกลาง
มีเงินเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	3.18	0.79	ปานกลาง
มีอาชีพ/มีรายได้ที่มั่นคง	3.17	0.90	ปานกลาง
ด้านความผาสุกในชีวิต			
พอใจกับบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากศูนย์ลดอันตรายฯ	4.20	0.65	มาก
ไม่กังวลในเรื่องต้องเลิกเสพยา	4.20	0.91	มาก
คนในชุมชนให้ความสนใจและเอาใจใส่ช่วยเหลือ	3.95	0.56	มาก
พึ่งพาตัวเองได้มากขึ้น	3.67	0.66	มาก
เข้ากับคนอื่นๆในครอบครัวได้ดีขึ้น	3.67	0.75	มาก
พอใจกับชีวิตของตนเองมากขึ้น	3.57	0.66	มาก
รู้สึกปลอดภัยและไม่กลัวถูกจับ	3.53	1.31	มาก

ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก จำแนกรายข้อ

รายการ	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านร่างกาย			
ต้องการใส่เสื้อผ้าที่สะอาด	3.92	0.61	มาก
แข็งแรงและมีพลังกำลังดีขึ้น	3.84	0.60	มาก
เอาใจใส่ความสะอาดของร่างกาย	3.84	0.62	มาก
อยากอาหารและรับประทานอาหารได้มากขึ้น	3.83	0.75	มาก
ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน	3.76	0.66	มาก
สนใจการแต่งกายและการหิ้วผมก่อนออกจากบ้าน	3.73	0.70	มาก
มีแรงมากพอในการทำงาน	3.59	1.05	มาก
ด้านจิตใจและอารมณ์			
อาการหงุดหงิด วิตกกังวล เคร่งเครียดลดลง	4.08	1.06	มาก
สดชื่นและแจ่มใสขึ้น	3.91	0.69	มาก
ภาคภูมิใจในตนเอง	3.86	0.59	มาก
นอนหลับได้เต็มอิ่มขึ้น	3.80	1.17	มาก
มีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อผู้อื่น	3.79	0.64	มาก
อาการหลงๆ ลืมๆ มีน้อยลงกว่าแต่ก่อน	3.61	1.14	มาก
จดจำสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น	3.56	0.78	มาก
ด้านสังคม			
กล้าเข้ากลุ่มหรือการพูดคุยกับเพื่อนๆ เมื่อมารับบริการ ที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	4.09	1.32	มาก
มั่นใจในตนเองมากขึ้น	3.81	0.58	มาก
คนในชุมชนเห็นอกเห็นใจและเข้าใจท่าน	3.81	0.67	มาก
เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนมากขึ้น เช่น การประชุม การกินวอ การทำบุญ	3.80	0.64	มาก

รายการ	คุณภาพชีวิต		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
กล้าพูดคุย สนทนาและทักทายกับเพื่อนบ้าน	3.78	0.80	มาก
สนใจผู้คนรอบข้างมากกว่าเดิม	3.72	0.66	มาก
มีเพื่อนหรือบุคคลที่สามารถไว้วางใจได้	3.63	0.61	มาก
ด้านอาชีพและรายได้			
พอใจกับงาน/อาชีพที่ทำอยู่	3.71	0.77	มาก
ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยรายได้จากครอบครัว	3.43	1.14	มาก
กังวลและมีปัญหาในเรื่องเงินทอง	3.40	0.96	ปานกลาง
มีรายได้เพียงพอเลี้ยงดูครอบครัว	3.15	0.97	ปานกลาง
มีอาชีพ/มีรายได้ที่มั่นคง	3.06	1.02	ปานกลาง
มีเงินเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	3.02	1.00	ปานกลาง
ด้านความผาสุกในชีวิต			
พอใจกับบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากศูนย์ลดอันตรายฯ	4.27	0.61	มากที่สุด
คนในชุมชนให้ความสนใจและเอาใจใส่ช่วยเหลือ	4.11	0.63	มาก
เข้ากับคนอื่นๆในครอบครัวได้ดีขึ้น	3.96	0.52	มาก
ไม่กังวลในเรื่องต้องเลิกเสพยา	3.95	1.47	มาก
พึ่งพาตัวเองได้มากขึ้น	3.89	0.67	มาก
พอใจกับชีวิตของตนเองมากขึ้น	3.77	0.62	มาก
รู้สึกปลอดภัยและไม่กลัวถูกจับ	3.74	1.45	มาก

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล

อำเภอ จังหวัด

1. อัตราการรับบริการของผู้ป่วยเสพติดฝิ่น

จำนวนผู้รับบริการ	จำนวน (คน)
1. ผู้ป่วยเสพติดฝิ่นที่เข้ารับบริการทั้งหมด	
2. จำนวนผู้ป่วยเสพติดฝิ่นรายเก่า	
3. จำนวนผู้ป่วยเสพติดฝิ่นรายใหม่	

2. การให้บริการทางสุขภาพกับผู้ป่วยเสพติดฝิ่น

กิจกรรมการบริการสุขภาพ 10 ชุดบริการ	จำนวน
1. การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเองรวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด	
2. การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว	
3. การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด	
4. การแจกถุงยางอนามัย	
5. การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจและส่งต่อรับบริการการดูแลรักษา	
6. การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	
7. การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาโรคไวรัสโรค	
8. กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน	
9. การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด	
10. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติดรวมถึงกิจกรรมกลับไปสู่สังคม และการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ	

3. การติดตามผู้ป่วยเสพติดฝิ่น

รายการ	จำนวน (คน)
1. จำหน่ายออกจากระบบการบำบัดรักษา	
- เสียชีวิต
- ย้ายไปอยู่ที่อื่น
- ถูกจับเข้าเรือนจำ ติดคุก
- เสพฝิ่นซ้ำ
2. ผู้ที่ยังคงอยู่ในระบบบำบัดรักษา
3. ผู้ที่ยังคงรับการบำบัดรักษาต่อเนื่อง
4. ผู้ที่ใช้เมทาโดนอย่างเดียว (หยุดเสพฝิ่น)
5. ผู้ที่ใช้เมทาโดนร่วมกับสารเสพติดอื่น (ฝิ่น ยาบ้า กัญชา)
6. ผู้ที่สามารถหยุดเสพฝิ่นและหยุดกินเมทาโดน

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้เสพติดฝิ่น

เรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดตามโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน”

คำชี้แจง กรุณาเติมคำหรือข้อความลงในช่องว่างและใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง

2. อายุ ปี (เกิน 6 เดือนให้ปัดเป็น 1 ปี)

3. เชื้อชาติ 1) กะเหรี่ยง 2) มูเซอ/ลาหู่
 3) เย้า 4) ม้ง
 5) จีนยูนนาน 6) อีเก้อ
 7) ลีซอ/ลีซู 8) ไทยใหญ่
 9) อื่นๆ(ระบุ).....

4. อาศัยอยู่ที่ 1) อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่
 2) อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่
 3) อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่
 4) อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
 5) อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่
 6) อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก

5. อาชีพ 1)ว่างงาน/ยังไม่มีอาชีพ
 2) เกษตรกรรม/ปลูกพืช
 3) รับจ้างทั่วไป
 4) ค้าขาย/ เจ้าของกิจการ
 5) เลี้ยงสัตว์
 6 อื่นๆ (ระบุ).....

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
- 1) ไม่มีรายได้
- 2) 1 – 3,000 บาท
- 3) 3,001 – 6,000 บาท
- 4) 6,001 – 9,000 บาท
- 5) 9,001- 12,000 บาท
- 6) มากกว่า 12,000 บาทขึ้นไป
7. เข้ารับบริการทางสุขภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมานาน.....ปี
.....เดือน
8. ขณะนี้ท่านเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อฝิ่นมาเสพประมาณวันละเท่าใด
- 1) ไม่ซื้อ/ไม่ใช้ฝิ่น
- 2) 1-100 บาท
- 3) 101 – 200 บาท
- 4) 201 – 300 บาท
- 5) มากกว่า 300 บาทขึ้นไป
9. จากข้อที่ 8 เป็นค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นหรือลดน้อยลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมารับ
บริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายฯ
- 1) เท่าเดิม 2) ลดน้อยลง
- 3) เพิ่มมากขึ้น
10. ขณะนี้ท่านเสพฝิ่นในแบบใด
- 1) เสพฝิ่นร่วมกับกินเมทาโดน
- 2) เสพยาเสพติดอื่นๆร่วมกับกินเมทาโดน
- 3) เลิกเสพฝิ่นกินเมทาโดนอย่างเดียว
- 4) เลิกเสพฝิ่นและเลิกกินเมทาโดน
- 5) อื่นๆ (ระบุ).....

2. ข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้เสพติดฝิ่น

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างของแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่าน หลังจากเข้ารับบริการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพด้านยาเสพติดที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

- ไม่เลย หมายความว่า ข้อความนั้นไม่เป็นความจริงหรือไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
- เล็กน้อย หมายความว่า ข้อความนั้นเป็นความจริงหรือตรงกับความรู้สึกของท่านในระดับเล็กน้อย
- ปานกลาง หมายความว่า ข้อความนั้นเป็นความจริงหรือตรงกับความรู้สึกของท่านในระดับปานกลาง
- มาก หมายความว่า ข้อความนั้นเป็นความจริงหรือตรงกับความรู้สึกของท่านในระดับมาก
- มากที่สุด หมายความว่า ข้อความนั้นเป็นความจริงหรือตรงกับความรู้สึกของท่านในระดับมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง/ความรู้สึกของท่าน				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านร่างกาย					
1. ท่านแข็งแรงและมีพลังกำลังดีขึ้น					
2. ท่านเอาใจใส่ความสะอาดของร่างกาย					
3. ท่านต้องการใส่เสื้อผ้าที่สะอาด					
4. ท่านสนใจในการแต่งกาย และการหวีผมก่อนออกจากบ้าน					
5. ท่านช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน					

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง/ความรู้สึกของท่าน				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
6. ท่านอยากอาหารและรับประทานอาหารได้มากขึ้น					
7. ท่านรู้สึกอ่อนเพลียและไม่มีแรงมากพอในการทำงาน					
ด้านจิตใจและอารมณ์					
8. ท่านรู้สึกนอนหลับได้เต็มอิ่มขึ้น					
9. ท่านรู้สึกสดชื่นและแจ่มใสขึ้น					
10. ท่านรู้สึกมีอาการหงุดหงิด วิตกกังวล เคร่งเครียด					
11. ท่านจดจำสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น					
12. ท่านรู้สึกมีอาการหลงๆ ลืมๆ					
13. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง					
14. ท่านคิดว่าตัวเองมีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อผู้อื่น					
ด้านสังคม					
15. ท่านกล้าพูดคุย สนทนาและทักทายกับเพื่อนบ้าน					
16. ท่านรู้สึกมั่นใจในตนเองมากขึ้น					
17. ท่านสนใจผู้คนรอบข้างมากกว่าเดิม					
18. ท่านรู้สึกว่าคนในชุมชนเห็นอกเห็นใจและเข้าใจท่าน					
19. ท่านมีเพื่อนหรือบุคคลที่สามารถไว้วางใจได้					
20. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนมากขึ้น เช่น การประชุม การกินวอ การทำบุญ					

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง/ความรู้สึกของท่าน				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
21. ท่านรู้สึกกลัวในการเข้ากลุ่มหรือการพูดคุยกับเพื่อนๆ เมื่อมารับบริการที่ศูนย์ลดอันตรายฯ					
ด้านอาชีพและรายได้					
22. ท่านรู้สึกพอใจกับงาน/อาชีพที่ทำอยู่					
23. ท่านทำงานมีอาชีพ/มีรายได้ที่มั่นคง					
24. ท่านทำงานมีรายได้เพียงพอเลี้ยงดูครอบครัว					
25. ท่านมีเงินเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน					
26. ท่านยังต้องพึ่งพาอาศัยรายได้จากครอบครัว					
27. ท่านรู้สึกกังวลและมีปัญหาในเรื่องเงินทอง					
ด้านความผาสุกในชีวิต					
28. ท่านรู้สึกพอใจกับชีวิตของตนเองมากขึ้น					
29. ท่านรู้สึกว่าสามารถพึ่งพาตัวเองได้มากขึ้น					
30. ท่านรู้สึกว่าเข้ากับคนอื่นๆ ในครอบครัวได้ดีขึ้น					
31. ท่านพอใจกับบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากศูนย์ฯ					
32. ท่านรู้สึกว่าตนเองโชคดีที่มีคนในชุมชนให้ความสนใจและเอาใจใส่ช่วยเหลือ					
33. ท่านรู้สึกปลอดภัยและไม่กลัวถูกจับ					
34. ท่านรู้สึกกังวลในเรื่องการต้องเลิกเสพยา					

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ค

รายชื่อที่ปรึกษาโครงการ และรายชื่อนักวิจัยภาคสนาม

รายชื่อที่ปรึกษาโครงการ

- | | | |
|---------------------|------------------|--|
| 1. นายแพทย์สรายุทธ์ | บุญชัยพานิชวัฒนา | ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| 2. ผศ.ดร.สุชาดา | รัชชกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร |
| 3. นายแพทย์ชัยรัชต์ | ก้องเปสลาพันธ์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 4. นายแพทย์จิระพงศ์ | อุทัยศิลป์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ระมาด |
| 5. นางนภัสสรณ์ | รังสิเวโรจน์ | รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ |

รายชื่อผู้วิจัยภาคสนาม

พื้นที่	ผู้ประสาน		ผู้เก็บข้อมูลภาคสนาม	
จังหวัดเชียงใหม่				
อำเภอไชยปราการ	น.ส.ขวัญชนก	เตจ๊ะฟอง	เกสัชกรภานุ	ใจกุล
	น.ส.เกสรี่	ธนูสนธิ์	น.ส.นภาพร นางมันทนา	มีหน้อย งามรูป
อำเภอแม่แตง	นายบัญญัติ	ทองทศ	พ.ญ.พอใจ	มหาเทพ
	นางเสาวลักษณ์	ใจฟอง	นายกิตติภัทร นายวรเกียรติ	อ่างบุญตา ไชยมงคล
อำเภอเชียงดาว	นายบัญญัติ	ทองทศ	นางเปรมจิต	พานพบ
			น.ส.ณัฐวดี	อารีหนู
อำเภอเวียงแหง	น.ส.ขวัญชนก	เตจ๊ะฟอง	น.ส.จุฬาลักษณ์	วิชума
	น.ส.อมรรัตน์	ชัยนนถิ์	น.ส.โสภา	เทพายน
อำเภออมก๋อย	นางมณฑิรา	เมธา	นายชุมพร	เอกปิยพนธ์
	นางเยาวเรศ	ทองใส		
จังหวัดตาก				
อำเภอแม่ระมาด	นางศลิษา	สรวิชัย	นางบุญรัตน์	ไหมโมง
			นายชัยพร	จินะการ

พิมพ์ที่ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พ.ศ. 2562

ถนนพญาไท ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร 0-2218-3549-50 โทรสาร 0-2218-3551

