

การออกจากการรักษาก่อนสิ้นสุดการบำบัดของผู้ใช้สารเสพติดที่เป็นแรงงานย้ายถิ่น และที่ไม่ได้อาศัยอยู่ถาวรในพื้นที่

Substance Use Treatment Dropout among Migrant and Non-Permanent Resident Workers

พิมพ์ลภัส บัวครั้น¹ และ พุทธวรรณ ชูเชิด²

Pimlaphat Buakhruen¹ and Puthawan Choocherd²

¹โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี, ²คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Bang Bua Thong Hospital, Nonthaburi, Thailand, ²Faculty of Nursing, Saint Louis College, Thailand

Corresponding Author, Email: ²puthawan@slc.ac.th

Retrieved: July 14, 2025; Revised: August 30, 2025; Accepted: August 31, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การออกจากระบวนการบำบัดก่อนสิ้นสุดโปรแกรมและความต้องการเฉพาะของผู้ใช้สารเสพติดที่เป็นแรงงานย้ายถิ่นและที่ไม่ได้อาศัยอยู่ถาวรในพื้นที่ในอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี เลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 10 คน เป็นผู้เสพหรือผู้ติดสารเสพติดที่มีการ Dropout ระหว่างเข้ารับการบำบัดแบบเมทริกซ์โปรแกรมที่คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การสัมภาษณ์เชิงลึก และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยผู้ใหญ่ มีประวัติเข้ารับการบำบัด 3-5 ครั้ง และการ Dropout เกิดขึ้นในระยะกลางหรือระยะท้ายของการบำบัด สาเหตุของการออกจากการรักษาประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การถูกเลิกจ้างงานก่อนกำหนดหรือการย้ายสถานที่ทำงานตามการจ้างงาน 2) การตัดสินใจย้ายกลับภูมิลำเนาด้วยปัจจัยทางด้านครอบครัว 3) อัตราค่าใช้จ่ายและค่าเสียโอกาสในการมาเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล 4) การไม่สามารถจัดการเวลาในการมาเข้ารับการบำบัด 5) การกลับไปเสพซ้ำ และ 6) การถูกจับด้วยคดีอื่น ด้านความต้องการเฉพาะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การเข้ารับการบำบัดแบบไม่ต้องมาพบ ต่อหน้าหรือแบบออนไลน์ 2) การลดจำนวนครั้งของการบำบัดลง 3) ปรับเปลี่ยนเวลานัดหมายให้ยืดหยุ่นตามช่วงเวลาทำงาน และ 4) เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการบำบัด ข้อเสนอแนะจากผู้วิจัยคือ ควรให้การดูแลตามความต้องการเฉพาะบุคคล ให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการออกแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับตนเองแต่ยังคงไว้ซึ่งการบำบัดที่เป็นมาตรฐานตามแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

คำสำคัญ: การออกจากการรักษาก่อนสิ้นสุดการบำบัด; การบำบัดสารเสพติด; แรงงานย้ายถิ่น; โปรแกรมเมทริกซ์; การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก

Abstract

This qualitative study aimed to explore the circumstances surrounding treatment dropout before completion of the program and the specific needs of substance users who are migrant workers and non-permanent residents in Bang Bua Thong District, Nonthaburi Province, Thailand. A purposive sampling method was used to select ten participants who were substance users or

individuals with substance use disorders and had dropped out during their participation in the Matrix Program outpatient treatment model at the Fah Sai Clinic, Bang Bua Thong Hospital. Data was collected through semi-structured and in-depth interviews and analyzed using content analysis. The study found that most participants were adult males with a history of three to five treatment episodes, and treatment dropout most frequently occurred in the middle or late stages of the program. The reasons for treatment dropout were categorized into six key factors: (1) early job termination or relocation due to employment changes, (2) voluntary return to their hometown due to family-related issues, (3) financial costs and opportunity loss associated with receiving hospital-based services, (4) inability to manage time for treatment attendance, (5) relapse into substance use, and (6) arrest due to unrelated legal cases. The specific needs of the participants consisted of four aspects: (1) receiving treatment without face-to-face contact or via online formats, (2) reducing the number of treatment sessions, (3) adjusting appointment times to be flexible according to work schedules, and (4) providing opportunities for family involvement in the treatment process. The researcher recommends a tailor-made care approach, enabling clients to participate in designing a treatment plan that meets their individual needs while adhering to standard protocols for substance use treatment and rehabilitation.

Keywords: Dropout; Substance Use Treatment; Migrant Workers; Matrix Program; Outpatient Treatment

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทยยังคงมีแนวโน้มรุนแรงและส่งผลกระทบต่อเนื่องในหลายมิติ ขณะเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศทำให้จำนวนแรงงานลดลง ส่งผลให้เยาวชนที่หลุดออกจากระบบการศึกษาและขาดทักษะที่จำเป็นกลายเป็นแรงงานที่มีความเปราะบาง โดยเฉพาะในมิติของความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติต่อปัญหาเสพติด นอกจากนี้ ยาเสพติดกลุ่มสารสังเคราะห์ (Amphetamine-Type Stimulants: ATS) โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) ยังมีแนวโน้มการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งในระดับโลก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้และประเทศไทย โดยในกลุ่มแรงงานไทยมีผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนประมาณ 187,156 คน หรือคิดเป็นอัตรา 17.7 ต่อพันประชากร (มานพ คณะโต และคณะ, 2560) ซึ่งแรงงานใน 5 กลุ่มอาชีพหลัก ได้แก่ บันเทิง ขนส่ง ก่อสร้าง เกษตรกรรม และประมง มีอัตราการใช้สารเสพติดสูง โดยใช้เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการทำงานที่หนักและต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น แรงงานในกลุ่มบันเทิงใช้เมทแอมเฟตามีนเพื่อดำเนินฤทธิ์แอลกอฮอล์ ส่วนกลุ่มขนส่งใช้เพื่อเร่งปริมาณงาน ทั้งในพนักงานจัดสินค้า เด็กรถและผู้ขับขี่ กลุ่มก่อสร้างนิยมใช้ในงานกลางคืน กลุ่มเกษตรกรใช้ในทุกขั้นตอนโดยเฉพาะงานจ้างเหมา และกลุ่มประมงใช้ในช่วงเตรียมเรือ ออกเรือ และส่งปลาสู่ตลาด นอกจากนี้ ยังพบการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ เช่น กัญชา กระท่อม เคตามีน และยาคลายเครียด เพื่อวัตถุประสงค์ด้านการผ่อนคลาย เพื่อลดผลกระทบจากปัญหาดังกล่าว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ได้กำหนดแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในสถานประกอบการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561–2580 โดยเน้นแนวคิด "สาธารณสุขนำการแก้ปัญหา" คำนึงถึงสิทธิมนุษยชน สุขภาพ และความปลอดภัยของแรงงาน รวมถึงการบริหารจัดการผู้เสพให้สามารถเข้ารับการรักษาอย่างเหมาะสม มีมาตรฐาน และเปิดโอกาสให้สามารถกลับเข้าสู่ระบบการทำงานได้อย่างเหมาะสม (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2566)

จังหวัดนนทบุรีเป็นหนึ่งในห้าจังหวัดปริมณฑล ตั้งอยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ 20 กิโลเมตร เป็นพื้นที่ที่มีการขยายตัวของเมืองและภาคอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันได้พัฒนาเป็นศูนย์กลางด้านการค้า การลงทุน และที่อยู่อาศัยของประชากรจากทุกภูมิภาคของประเทศ (สำนักงานแรงงานจังหวัดนนทบุรี, 2568) ลักษณะพื้นที่ที่เปลี่ยนแปลงจากชุมชนเกษตรกรรมเป็นเมือง ส่งผลให้มีแรงงานต่างด้าวและประชากรแฝงจำนวนมากเข้ามาอาศัยอยู่ชั่วคราวเพื่อหางานทำ ในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดนนทบุรีมีประชากรทั้งสิ้น 1,308,092 คน ในจำนวนนี้เป็นประชากรแฝงถึง 730,300 คน (สำนักงานสถิติจังหวัดนนทบุรี, 2566) โดยเฉพาะในอำเภอบางบัวทองซึ่งเป็นพื้นที่รวมแหล่งงานขนาดใหญ่ พบว่ากลุ่มแรงงานจำนวนมากไม่ได้อาศัยอยู่ถาวร มักพักอาศัยในบ้านเช่าหรือแคมป์คนงาน และย้ายที่อยู่ตามการจ้างงาน บางรายอาศัยอยู่เพียงไม่กี่เดือน ขณะที่บางรายอยู่เป็นเวลาหลายปี กลุ่มแรงงานชั่วคราวเหล่านี้บางส่วนมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการทำงาน และเมื่อถูกฝ่ายปกครองตรวจพบจะถูกส่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ตามมาตรา 113 และมาตรา 114 ซึ่งเป็นการสมัครใจเข้ารับการบำบัด (สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2567) อย่างไรก็ตาม กลุ่มนี้มักมีข้อจำกัดในการเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากขาดเป้าหมายในชีวิต ขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว และมองว่าการถูกจับหรือต้องโทษเป็นเรื่องธรรมดาที่ไม่ส่งผลกระทบรุนแรง การบำบัดจึงกลายเป็นเพียงกระบวนการที่ต้องทำตามขั้นตอนของกฎหมาย โดยไม่มีแรงจูงใจแท้จริงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ยิ่งไปกว่านั้น ลักษณะชีวิตที่เร่งรีบ มุ่งหาเงินส่งกลับบ้าน และข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ เวลา และโอกาสทางสังคม ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้กลุ่มแรงงานเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงในการกลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้ง จากสถิติในปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 81.5 ของผู้ต้องขังในเรือนจำเป็นผู้กระทำผิดคดียาเสพติด และมีแนวโน้มสูงที่จะกระทำผิดซ้ำหลังพ้นโทษ ซึ่งสะท้อนถึงการแก้ไขปัญหานั้นที่ไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง รวมถึงทัศนคติของสังคมที่ยังไม่เปิดรับผู้ผ่านกระบวนการบำบัดกลับคืนสู่สังคม (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2566)

การออกจากการรักษาก่อนสิ้นสุดการบำบัด หรือการหลุดออกจากกระบวนการบำบัด (Dropout) หมายถึง การที่ผู้รับบริการหยุดการรักษาจนจบโปรแกรม ถือเป็น “การรักษาที่ไม่สำเร็จ” และมักสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Relapse) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสร้างภาระต่อสังคม (Brorson et al., 2013; Lappan et al., 2020) แม้ในประเทศไทยจะยังไม่มีนิยามทางการของคำว่า “Dropout” ในบริบทการบำบัดยาเสพติด แต่ในทางปฏิบัติมักหมายถึงการไม่มาตามนัดหรือละทิ้งการรักษาระหว่างโปรแกรม ข้อมูลจากอัตราคงอยู่ในการรักษา (Retention rate) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอยู่ระหว่าง 50–60% สะท้อนถึง Dropout rate ประมาณ 40–50% โดยสอดคล้องกับอัตราการกลับเข้ารับการบำบัดซ้ำในระดับประเทศ ที่อยู่ระหว่าง 34.95–37.09% ในช่วงปี 2562–2566 (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ซึ่งในบทความนี้ผู้วิจัยจะใช้คำว่า Dropout เมื่อกล่าวถึงการออกจากการรักษาก่อนสิ้นสุดการบำบัด

โปรแกรมบำบัดผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามแนวทางกาย-จิต-สังคมบำบัด (Matrix Program) ซึ่งนำเข้ามาจากประเทศสหรัฐอเมริกา ได้รับการประยุกต์ใช้ในประเทศไทย โดยออกแบบให้ผู้รับบริการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 เดือน รวม 16 ครั้ง มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด และสังคมอย่างยั่งยืน (สยข., 2563) อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานในหลายพื้นที่ รวมถึงประสบการณ์ตรงของผู้วิจัย พบว่า ผู้รับบริการจำนวนมากไม่น้อยหลุดออกจากกระบวนการบำบัดก่อนสิ้นสุดโปรแกรม โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นและผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ถาวรในพื้นที่ ซึ่งเผชิญข้อจำกัดหลายด้าน เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทัศนคติของครอบครัว ความไม่สอดคล้องของตารางบำบัดกับเวลาทำงาน รวมถึงข้อจำกัดด้านการศึกษาและทักษะชีวิต ที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม ส่งผลให้เข้าร่วมไม่ครบตามกำหนด และหลุดจากการบำบัด แม้คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จะให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดมาอย่างต่อเนื่องกว่า 28 ปี และสามารถปรับรูปแบบบริการในช่วงการระบาดของโรคโค



วิด-19 ให้สามารถเข้าถึงผ่านระบบออนไลน์ได้ แต่การศึกษาวิจัยที่ผ่านมายังมุ่งเน้นในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป โดยขาดการศึกษาเชิงลึกในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นและผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ถาวร ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการ Dropout และการกลับมาใช้ซ้ำในระดับสูง ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาสถานการณ์การออกจากการรักษาก่อนสิ้นสุดโปรแกรมและความต้องการเฉพาะของกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นและผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ถาวรในเขตอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี เพื่อนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบบริการที่ยืดหยุ่น เข้าถึงง่าย และเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย เช่น การประยุกต์ใช้ Matrix Program ร่วมกับระบบบำบัดออนไลน์ หรือแนวทางการดูแลเฉพาะราย เพื่อเป็นต้นแบบในการยกระดับบริการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดในกลุ่มเปราะบางอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การออกจากการบำบัดก่อนสิ้นสุดโปรแกรมของผู้ใช้สารเสพติดที่เป็นแรงงานย้ายถิ่นและผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ถาวรในเขตอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อศึกษาความต้องการเฉพาะของผู้ใช้สารเสพติดในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นและผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ถาวรในเขตอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษานี้ คือ แรงงานย้ายถิ่นและผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ถาวรในพื้นที่ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติดประเภทผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดด้วยระบบสมัครใจ (ตามพระราชบัญญัติมาตรา 113 และ 114) ณ คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โดยได้รับการบำบัดตามแนวทางการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ครอบคลุมด้านกาย จิต และสังคมบำบัด (Matrix Program) เป็นระยะเวลา 4 เดือน หรือ 120 วัน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นผู้ที่มีสัญชาติไทยและมีอายุ 20 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่มประชากรข้างต้น โดยพิจารณาคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่

- (1) เคยมีประสบการณ์ออกจากการบำบัดก่อนครบกำหนด (Dropout) อย่างน้อย 1 ครั้งในระหว่างเข้ารับการบำบัด
- (2) มีความสมัครใจและสามารถให้ข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง
- (3) มีโทรศัพท์มือถือและสามารถเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร
- (4) ยินดีเข้าร่วมการสัมภาษณ์จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ การสัมภาษณ์ออนไลน์ 1 ครั้ง การสัมภาษณ์แบบพบหน้า 1 ครั้ง และการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามความถูกต้องของข้อมูลอีก 1 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังกล่าวมีจำนวนทั้งสิ้น 10 คน

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 23/2564 วันที่พิจารณารับรอง 6 สิงหาคม 2564 สิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2565

เครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวคำถามจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกจากการบำบัด เช่น ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ แรงงานย้ายถิ่น บุคลิกภาพ ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ และประวัติการเข้ารับการบำบัด โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ซึ่งออกแบบ

ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของคำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open-ended questions) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ช่วยให้สามารถเก็บข้อมูลเชิงลึกได้ครบถ้วน โดยแบ่งหัวข้อหลักในการสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ประสบการณ์การ Dropout ครอบคลุมหัวข้อย่อย ได้แก่ สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการรับรู้ผลกระทบ และ ความต้องการเฉพาะในการบำบัดรักษา ครอบคลุมหัวข้อย่อย ได้แก่ ความรู้สึก การวางแผนชีวิต สิ่งที่เป็นอุปสรรค ความท้าทาย และแรงจูงใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้เสนอแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของประเด็นคำถามและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด ภายหลังจากให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น จากนั้นจึงทำการทดลองใช้ (Pre-test) กับผู้ใช้สารเสพติดซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ณ คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลบางบัวทอง ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยภาคสนาม (Field Data Collection) ดำเนินการโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว (Data Saturation) เพื่อสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย การเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ช่องทาง ได้แก่

1. การสัมภาษณ์ผ่านวิดีโอคอลทางแอปพลิเคชันไลน์ (Video Call Interview via Line Application) จำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งแรกเมื่อผู้ให้ข้อมูลไม่มาเข้ารับการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการนัดหมายที่โรงพยาบาลหรือทางออนไลน์ตามที่นัดหมาย ซึ่งสะท้อนภาวะ Dropout ระหว่างการบำบัด และครั้งที่สองใช้เพื่อการสอบถามความชัดเจนของข้อมูลเพิ่มเติม

2. การสัมภาษณ์แบบพบกันต่อหน้า (In-person Interview) จำนวน 1 ครั้ง ดำเนินการเมื่อผู้ให้ข้อมูลกลับมาเข้ารับบริการตามนัดหมาย ณ คลินิกฟ้าใสในกระบวนการบำบัด

การสัมภาษณ์ทั้งหมดดำเนินการโดยผู้วิจัยและใช้การจดบันทึก (Field notes) เพื่อใช้ในการถอดความ ภายหลัง ขออนุญาตบันทึกเฉพาะประโยคสำคัญ หรือใช้บันทึกโดยย่อ (Short notes) โดยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้าอย่างเหมาะสมตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยผู้วิจัยดำเนินการสรุปถอดความทันทีหลังสัมภาษณ์ จบ ขณะที่ความจำยังคงสดและตรวจสอบความถูกต้องของข้อความอย่างละเอียด จากนั้นทบทวนประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นรอง (Sub-themes) เพื่อสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลในแต่ละกลุ่ม วิเคราะห์เชิงลึกเพื่อค้นหาความหมายของข้อมูล เปรียบเทียบความเหมือนหรือความแตกต่างระหว่างผู้ให้ข้อมูล และเชื่อมโยงข้อค้นพบกับกรอบแนวคิด ทฤษฎี หรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้สัมภาษณ์ (Member Checking) ผ่านการสอบถามทางโทรศัพท์ และการตรวจสอบร่วมกับทีมวิจัย (Peer Debriefing) (Assarroudi et al., 2018; พรทิพย์ จันทโสภณ, 2560)

ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์การออกจากกระบวนการบำบัดก่อนสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยผู้ใหญ่ มีประวัติเคยเข้ารับการรักษา 3-5 ครั้ง การ Dropout เกิดขึ้นในระยะกลางถึงระยะท้ายของการบำบัด เป็นผู้เสพยาเสพติดประเภทยาบ้าและยาไอซ์ มีระยะเวลาการใช้สารโดยเฉลี่ยนานกว่า 7 ปี สาเหตุของการ Dropout แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1) การถูกเลิกจ้างงานก่อนกำหนดหรือการย้ายสถานที่ทำงาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างตามไซต์งานก่อสร้าง พักอาศัยในบริเวณไซต์งาน และย้ายตามผู้รับเหมางานไปยังจังหวัดต่าง ๆ ทำให้บางครั้งการรักษายังไม่สิ้นสุดแต่ต้องย้ายออกนอกพื้นที่ ทำให้ไม่สามารถเข้ารับการรักษาบำบัดต่อได้

2) การตัดสินใจย้ายกลับภูมิลำเนาด้วยปัจจัยทางครอบครัว กลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่จากบ้านมานานรู้สึกกดดัน เหนงา และคิดถึงบ้าน จึงตัดสินใจลาออกและย้ายกลับก่อนกำหนด ทำให้เกิดการ Dropout ตามมา

3) อัตราค่าใช้จ่ายและค่าเสียโอกาสในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างรายวัน การเข้ารับการรักษาบำบัดต้องลางานทำให้สูญเสียรายได้ นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากค่าเดินทาง และในบางกรณีที่มีภักภญาติหรือครอบครัวยิ่งเพิ่มภาระค่าใช้จ่าย ส่งผลให้บางครั้งตัดสินใจไม่มาตามนัดหมายจนเกิด Dropout

4) ความยากลำบากในการจัดการเวลาเข้ารับการรักษาบำบัด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานเป็นกะ ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนกะได้ หรือบางรายต้องทำงานล่วงเวลาเพื่อเพิ่มรายได้ บางรายถูกส่งไปทำงานต่างประเทศชั่วคราวในระหว่างบำบัด

5) การกลับไปเสพซ้ำ ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดแบบผู้ป่วยนอกมีโอกาสถูกกระตุ้นให้เสพซ้ำได้ง่าย เนื่องจากการอยู่อาศัยกับบุคคลและสภาพแวดล้อมเดิม รวมทั้งการเข้าถึงสารเสพติดได้ง่าย และทัศนคติที่เชื่อว่าสารเสพติดช่วยให้ทำงานได้นานขึ้น ซึ่งส่งผลเพิ่มโอกาสกลับไปเสพซ้ำ

6) การถูกจับกุมในคดีอื่น ๆ กรณีที่ถูกจับกุมจะถูกส่งตัวดำเนินคดี ส่งผลให้การบำบัดสิ้นสุดลงทันที

โดยสรุป การออกจากกระบวนการบำบัดก่อนครบกำหนดเกิดจากปัจจัยหลากหลายด้าน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมทางสังคม และข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและงานทำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการรับการรักษาบำบัดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งความเข้าใจในปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในการออกแบบและพัฒนาการบำบัดรักษาให้ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้สารเสพติดได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการเฉพาะของผู้ใช้สารเสพติดในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นและผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ถาวรในเขตอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี สามารถจำแนกออกเป็น 4 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

1) การเข้ารับการรักษาบำบัดในรูปแบบออนไลน์หรือไม่ต้องมาพบต่อหน้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่า การบำบัดในรูปแบบออนไลน์ช่วยลดภาระในการเดินทางและไม่กระทบต่อการทำงาน โดยสามารถเข้ารับการรักษาบำบัดได้จากที่ทำงานหรือที่พัก ซึ่งช่วยเพิ่มสมาธิและความรู้สึกเป็นส่วนตัวในการเข้ารับบริการ ดังนี้

“...ดีมากเลยครู ผมจะได้ไม่ต้องหยุดงาน” (กลุ่มตัวอย่างที่ 2)

“...ดีจังเลย ไม่ต้องเสียเงินค่าเดินทาง” (กลุ่มตัวอย่างที่ 3)

“...ทำให้มีสมาธิมากขึ้น เพราะได้คุยกับครูโดยตรงผ่านกล้อง ไม่เหมือนเวลาไปโรงพยาบาลที่นั่งรวมกันเป็นกลุ่มใหญ่” (กลุ่มตัวอย่างที่ 1)

2) ความต้องการลดจำนวนครั้งของการบำบัด กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินแล้วพบว่าไม่มีอาการทางจิต เช่น อาการหูแว่ว หรือประสาทหลอน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ที่มีส่วนร่วมในการเตรียมกิจกรรม เช่น การจัดสถานที่ เตรียมอุปกรณ์ ฯลฯ ซึ่งจะได้รับการสะสมคะแนนหรือแต้มตามเกณฑ์ที่กำหนด และสามารถนำแต้มดังกล่าวมาใช้เพื่อลดระยะเวลาการบำบัดจากเดิม 4 เดือน หรือ 120 วัน เหลือประมาณ 3 เดือน ทำให้ตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกพอใจต่อแนวทางดังกล่าว แสดงความต้องการให้มีการพิจารณาลดจำนวนครั้งของการบำบัดลง เนื่องจากช่วยลดภาระทั้งด้านเวลาและค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกันยังเป็นแรงจูงใจให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมบำบัดอย่างจริงจัง ดังนี้

“...ผมทำตามที่คุณครูบอกทุกอย่างเลย ถ้าได้สองแต้มแล้วจะได้จบเร็ว” (กลุ่มตัวอย่างที่ 6)

3) การเปลี่ยนเวลานัดหมายให้ยืดหยุ่นตามช่วงเวลาทำงาน โดยปกติการบำบัดที่โรงพยาบาลจัดเป็น 2 รอบ ได้แก่ รอบเช้าเวลา 08.00 น. และรอบบ่ายเวลา 13.00 น. กลุ่มตัวอย่างบางรายสามารถลางานเพียงครึ่งวัน



เพื่อเข้ารับการบำบัด ขณะที่บางรายจำเป็นต้องลางานทั้งวัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อรายได้และความมั่นคงในการทำงาน อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างเสนอว่า การบำบัดในช่วงเวลาที่ยืดหยุ่นมากขึ้น เช่น ช่วงพักกลางวัน (12.00–13.00 น.) หรือช่วงเย็นหลังเลิกงาน (17.00–20.00 น.) ทางโทรศัพท์หรือในรูปแบบออนไลน์ จะช่วยลดการลางานและเพิ่มความสะดวกในการเข้าร่วมบำบัดอย่างต่อเนื่อง

“...ครุ่นคิดช่วงเที่ยงผมพักพอดี จะได้ไม่ต้องลางานและสะดวกเพราะบำบัดจากที่ทำงานได้” (กลุ่มตัวอย่างที่ 3)

4) การบำบัดในรูปแบบที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วม ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจในสถานะของผู้ใช้สารเสพติดมากขึ้น รู้แนวทางการปฏิบัติตัว และสามารถให้การดูแลสนับสนุนได้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้รับบริการรู้สึกภาคภูมิใจ และเกิดแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง

“...ผมอยากให้ภรรยารู้ว่าผมมาบำบัดจริง” (กลุ่มตัวอย่างที่ 4)

“...เมื่อยผมเดินไปเดินมาก็แอบฟังผมคุยกับครูไปด้วย แล้วก็เหมือนจะเข้าใจผมมากขึ้น” (กลุ่มตัวอย่างที่ 1)

โดยสรุป ความต้องการของผู้ใช้สารเสพติดในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นสะท้อนถึงความจำเป็นในการปรับรูปแบบการบำบัดให้ยืดหยุ่น เข้าถึงง่าย และสอดคล้องกับบริบทชีวิตและการทำงาน ทั้งในด้านเวลา สถานที่ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการเข้ารับการบำบัดและแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดอย่างยั่งยืน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 1 พบว่า หนึ่งในสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การ Dropout คือ ภาระค่าใช้จ่าย และการสูญเสียรายได้จากการลางาน โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานรายวัน ซึ่งการลางานเพื่อเข้ารับการบำบัดหมายถึงการขาดรายได้โดยตรง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของสุวรรณา เชียงขุนทด และคณะ (2565) ที่พบว่า แม้ผู้รับบริการจะมีสิทธิในการรักษาพยาบาล แต่กว่า 29.6% ไม่มาตรวจตามนัดหมายเนื่องจากมีต้นทุนค่าใช้จ่ายทั้งทางตรง เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร และค่าแต่งกาย รวมถึงค่าใช้จ่ายทางอ้อมจากการสูญเสียโอกาสของตนเองและครอบครัว โดยเฉพาะด้านอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 34.69 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ การศึกษาของสุนิสา ยุคะลัง และประสพสุขศรี แสนปาง (2560) ที่พบว่า เวลาที่ใช้ในการรอรับการบริการจากโรงพยาบาลของรัฐ ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือขาดรายได้มากกว่าค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาลที่รัฐบาลสนับสนุน หรือค่าเดินทาง โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับ การเข้ารับการบำบัดที่คลินิกใกล้บ้าน

ด้านประเภทของสารเสพติด พบว่า กลุ่มที่ Dropout ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สารกระตุ้น ได้แก่ ยาบ้าและยาไอซ์ ซึ่งอาจอธิบายได้จากการที่สารเหล่านี้เข้าถึงได้ง่าย ราคาถูก และผู้ใช้บางรายยังมีความเข้าใจผิดว่าสามารถช่วยเพิ่มพลังในการทำงาน อย่างไรก็ตาม เมื่อหยุดใช้ยามักเกิดอาการขาดยา เช่น อ่อนเพลีย ง่วงนอน และหมดแรง จึงกลับไปใช้ซ้ำเพื่อให้ทำงานได้ต่อไป การกลับไปใช้ซ้ำส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยงการเข้ารับการบำบัดเนื่องจากกลัวผลการตรวจปัสสาวะและการถูกเปิดเผยต่อนายจ้างว่าใช้ยาอยู่ ส่งผลให้เกิดการ Dropout ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ Lappan et al. (2020) ที่พบว่าอัตราการ Dropout สูงสุดอยู่ในกลุ่มผู้ใช้สารกระตุ้น เช่น โคเคนและเมทแอมเฟตามีน แต่ขัดแย้งกับ Fleury et al. (2023) ที่รายงานว่าผู้ใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกันมีโอกาส Dropout มากกว่า และไม่สอดคล้องกับ Arya et al. (2016) ที่พบว่าการใช้กัญชามีความสัมพันธ์กับการ Dropout ในผู้ป่วยนอก

ด้านประวัติการเข้ารับการบำบัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ Dropout ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เคยมีประวัติเข้ารับการบำบัดมาแล้วหลายครั้ง จัดอยู่ในกลุ่ม “ผู้ติด” สารเสพติด มีประวัติการเข้ายามาเป็นระยะเวลาานาน มีการเข้าและออกในระบบบำบัดซ้ำ ๆ ทำให้มีช่วงที่ได้หยุดใช้ยาเป็นพัก ๆ แล้วกลับมาเสพใหม่ ในการเข้ารับการบำบัดแต่ละครั้งจึงเกิดการ Dropout นอกจากนี้ในผู้ที่เคยถูกดำเนินคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหลายครั้ง มักมีทัศนคติว่าการถูกจับ



และเข้ารับการรักษาเป็นเรื้อรัง และมีความพึงพอใจกับกระบวนการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องมาก่อน จึงไม่เห็นความสำคัญของการเข้ารับการรักษาอย่างจริงจังเพื่อเลิกใช้สารเสพติดอย่างถาวร ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mancheño et al. (2024) ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีประวัติกลับเข้ารับการรักษาซ้ำหลายครั้งในอดีต มีแนวโน้มที่จะ Dropout สูงขึ้นเช่นกัน และสอดคล้องกับ ตำรังศักดิ์ ยืนยาว และคณะ (2566) ที่ระบุว่า มากกว่าสองในสามของผู้เข้ารับการรักษาในศูนย์บำบัดรักษากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี เป็นผู้ที่ใช้สารเสพติดซ้ำ ก่อให้เกิดอาการและเข้ารับการรักษาซ้ำมาก่อน แต่กลับมาใช้สารเสพติดซ้ำจนนำไปสู่การจับกุมและการบำบัดครั้งใหม่ ซึ่งการบำบัดในกรณีนี้มักเป็นเพียงหนทางหนึ่งในการหลีกเลี่ยงโทษทางกฎหมายมากกว่าความตั้งใจในการเลิกเสพยาอย่างแท้จริง ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Fleury et al. (2023) ซึ่งศึกษาในศูนย์บำบัดยาเสพติด 14 แห่งในประเทศแคนาดา ระหว่างปี 2012–2015 พบว่า ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ด้อยโอกาสทางสังคมและเคย Dropout มาก่อน มีโอกาส Dropout ในปัจจุบันสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Padyab et al. (2015) ที่พบว่า ร้อยละ 59 ของผู้ที่ได้รับคำสั่งให้เข้ารับการรักษาแบบภาคบังคับในประเทศสวีเดน Dropout จากกระบวนการบำบัด และมีแนวโน้มกลับเข้าสู่กระบวนการบำบัดภาคบังคับซ้ำสูงกว่าเดิมถึง 1.67 เท่า ในทำนองเดียวกัน Werb et al. (2016) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากบทความวิชาการ 9 ชิ้น พบว่า การบำบัดในรูปแบบบังคับ เช่น ศูนย์กักกันผู้ติดยาเสพติด การบำบัดผู้ป่วยในระยะสั้น (21 วัน) หรือระยะยาว (6 เดือน) รวมถึงการบำบัดในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยนอก และในเรือนจำ ไม่มีหลักฐานชัดเจนที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่เหนือกว่ารูปแบบสมัครใจ อีกทั้งบางการศึกษาชี้ให้เห็นถึงผลกระทบในทางลบอีกด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล (2562) ที่พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ คือ การบำบัดรักษาแบบสมัครใจ ข้อมูลนี้สะท้อนความจำเป็นในการออกแบบกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ตัดขาดจากบริบทชีวิตจริงของผู้รับบริการ เช่น การใช้ชีวิตตามระยะไกลผ่านโทรศัพท์หรือแพลตฟอร์มออนไลน์ที่เข้าถึงได้ง่าย

ด้านบุคลิกภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายมีลักษณะของการมองตนเองเหนือกว่าผู้อื่น มีความมั่นใจในตนเองสูง และมักใช้การตอรองหรืออ้างเหตุผลเมื่อตนเองไม่ปฏิบัติตามกติกาที่กำหนดร่วมกับผู้บำบัด เช่น “...คนอื่น ๆ เป็นคนละชั้นกัน” (กลุ่มตัวอย่างที่ 5) หรือ “...ผมทำงานหาเงินเองได้และไม่ได้ทำให้ใครเดือดร้อน จะมาหรือไม่มาก็ไม่มีใครว่าผมได้” (กลุ่มตัวอย่างที่ 7) ลักษณะบุคลิกภาพเช่นนี้ อาจเกี่ยวข้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นหัวหน้าครอบครัว และมีอาชีพเป็นช่างฝีมือที่มีรายได้เป็นของตนเอง ซึ่งส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นผู้นำและมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ในบางกรณี กลุ่มตัวอย่างที่ทำงานบริษัทและมีระดับการศึกษาสูงกว่ารายอื่น เมื่อต้องเข้าร่วมการบำบัดร่วมกับผู้ที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน เช่น แรงงานรับจ้างทั่วไป พนักงานรักษาความปลอดภัย หรือผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการอ่าน เขียน หรือมีความบกพร่องทางสติปัญญา มักเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย และรู้สึกว่าตนเองไม่เหมาะสมที่จะอยู่ร่วมในกลุ่มเดียวกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Papamalis et al. (2020) ที่พบว่า ผู้ที่มีความสามารถต่ำในการควบคุมและจัดการอารมณ์หรือแรงกระตุ้น มีแนวโน้ม Dropout มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีลักษณะดังกล่าวเกือบ 3 เท่า (OR = 2.73, Wald = 6.09, P = .014, 95% CI [1.2, 6.0]) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของลักษณะบุคลิกภาพในการปรับตัวต่อการบำบัด และแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินความแตกต่างเฉพาะบุคคลตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของกระบวนการบำบัด เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมบำบัดที่เหมาะสมเฉพาะบุคคล นอกจากนี้ ในกระบวนการบำบัด ผู้วิจัยได้สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างที่มีบุคลิกภาพแบบผู้นำดังกล่าว รับบทบาทเป็นผู้นำกลุ่ม ซึ่งพบว่าให้ผลดี เนื่องจากกรณีที่กลุ่มตัวอย่างได้รับบทบาทเป็นผู้นำ ทำให้ต้องปฏิบัติตามแนวทางการบำบัดอย่างเคร่งครัด และไม่สามารถกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้ เพราะต้องรักษาภาพลักษณ์และศักดิ์ศรีของตนในฐานะ “ตัวแบบ” ให้แก่สมาชิกในกลุ่มบำบัด

นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า Dropout มักเกิดขึ้นในช่วงกลางถึงระยะท้ายของโปรแกรมการรักษา โดยมีปัจจัยเกี่ยวข้องกับบริบทชีวิต เช่น การเลิกจ้าง การย้ายถิ่นฐาน การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ หรือการถูกดำเนินคดีระหว่างบำบัด รวมทั้งบางรายเชื่อว่าตนสามารถเลิกยาได้แล้วจึงไม่จำเป็นต้องบำบัดต่อ ความคิดดังกล่าวสอดคล้องกับลักษณะของระยะฮันนีมูน (Honeymoon Phase) ช่วงสัปดาห์ที่ 2-6 หลังเลิกยา ซึ่งเป็นระยะที่อาการขาดยาลดลง ผู้เลิกยารู้สึกมั่นใจและคิดว่าตนหายแล้ว ทั้งที่การคิดวิเคราะห์ยังบกพร่อง จึงอาจนำไปสู่การทดสอบตนเองด้วยการกลับไปเผชิญสิ่งกระตุ้น เช่น เพื่อนที่เข้ายา สถานที่ค้ายา หรืออุปกรณ์เสพ และสุดท้ายหวนกลับไปเข้ายาอีกครั้ง (สยข., 2563) สถานการณ์ดังกล่าวแตกต่างจากระยะเริ่มต้นของการบำบัด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงจูงใจสูง โดยเฉพาะหลังผ่านกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ทำให้มีความตั้งใจและมารับการบำบัดอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ehliasson et al. (2025) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยในระบบบำบัดแบบผู้ป่วยในในประเทศสวีเดน พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดมีความเสี่ยงสูงที่ Dropout ในช่วงเริ่มต้น โดยร้อยละ 34 ของผู้ป่วยทั้งหมด Dropout และในกลุ่มนี้ ร้อยละ 52 เกิด Dropout ภายใน 30 วันแรก, ร้อยละ 42 ภายในช่วง 30-89 วัน และเพียงร้อยละ 15 เท่านั้นที่เกิดหลัง 90 วัน นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoseinie et al. (2017) ที่รายงานว่า ผู้ใช้สารกระตุ้นมีอัตราการ Dropout ในช่วงสามเดือนแรกสูงถึง 82.4% (SE = 0.03) โดยจากมุมมองของผู้รับบริการ “แรงจูงใจที่ไม่มั่นคง” เป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ไม่เริ่มต้นหรือไม่สามารถรักษาการบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้เข้ารับบริการเชื่อว่าตนหายดีแล้ว ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ระยะเวลาที่เกิดการ Dropout อาจมีความแตกต่างตามลักษณะของระบบบริการ วิธีการบำบัด และบริบทของผู้รับบริการ ซึ่งควรได้รับการพิจารณาในการออกแบบโปรแกรมบำบัดที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละประเภท

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการเข้ารับการบำบัดในรูปแบบออนไลน์หรือไม่ต้องมาพบต่อหน้า เนื่องจากสามารถรับบริการได้ทุกที่ทุกเวลา ลดภาระเวลา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และไม่กระทบต่อการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สำเนา นิลบรรพ์ และคณะ (2568) ที่พบว่าผู้รับการบำบัดจำนวนมากปฏิเสธการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล โดยให้เหตุผลด้านภาระหน้าที่ ความจำเป็นในการเลี้ยงดูครอบครัว และความเชื่อว่าตนสามารถฟื้นตัวได้เองที่บ้าน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Lin et al. (2019) ที่ระบุว่า Telehealth ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดยาเสพติด ลดข้อจำกัดด้านสถานที่และเวลา โดยเฉพาะในบริบทของการเว้นระยะห่างทางสังคมช่วงโควิด-19

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีความต้องการให้มีการลดจำนวนครั้งของการบำบัด และปรับเวลานัดหมายให้ยืดหยุ่นตามเวลาทำงาน เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างรายวัน การต้องกลางานเพื่อมารับการบำบัดส่งผลกระทบต่อรายได้ โดยเฉพาะผู้ที่เข้าสู่ระบบผ่านการบังคับบำบัด หากสามารถอยู่ในระบบจนจบกระบวนการโดยไม่ต้องหยุดงาน จะช่วยลดโอกาสในการถูกดำเนินคดีและส่งเสริมการกลับคืนสู่สังคมอย่างเป็นปกติ สอดคล้องกับ Lappan et al. (2020) ที่พบว่า โปรแกรมบำบัดที่มีจำนวนครั้งมากและใช้เวลานานต่อครั้งสัมพันธ์กับอัตราการ Dropout ที่สูงขึ้น ดังนั้น เพื่อรักษาอัตราการคงอยู่ในกระบวนการบำบัด (Retention rate) การลดจำนวนครั้งของการบำบัดลงและระยะเวลาของการบำบัดลง โดยไม่ลดทอนมาตรฐานของกระบวนการบำบัดตามแนวทางในคู่มือดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) จึงเป็นประเด็นที่ผู้วิจัยพิจารณานำมาใช้ปรับกระบวนการบำบัดในกลุ่มผู้รับบริการที่จัดอยู่ในประเภท “ผู้เสพ” ไม่ใช่ “ผู้ติด” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดให้สอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ

นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัด สอดคล้องกับ Calvo et al. (2018) ที่พบว่า การเข้ารับบริการโดยไม่มีผู้ติดตามเพิ่มความเสี่ยงต่อการออกจากระบบ (OR = 3.13) ขณะที่การได้รับการส่งตัวจากศูนย์ปฐมภูมิกลับช่วยลดความเสี่ยงได้ (OR = 0.28) แสดงถึงความสำคัญของ

ระบบสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวในการคงอยู่ในกระบวนการบำบัด นอกจากนี้ ในด้านสัมพันธภาพกับผู้รับ การบำบัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับความสัมพันธดังกล่าว โดยมักสอบถามก่อนเข้ารับการบำบัดว่า เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลอยู่หรือไม่ และหากได้รับคำยืนยันก็จะเข้าร่วมการบำบัดตามนัดหมาย แม้จะไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lappan et al. (2020) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้ให้บริการกับอัตรา Dropout แต่บริบทวัฒนธรรมไทยอาจส่งผลให้ผู้บำบัดทำหน้าที่เสมือนญาติผู้ใหญ่ ผู้ให้กำลังใจ ซึ่งช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและความรู้สึกผูกพันในกระบวนการบำบัด

องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การบำบัดยาเสพติดในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่เป็นแรงงานย้ายถิ่นและไม่ได้อาศัยอยู่ถาวรในพื้นที่ ควรได้รับการประเมินและดูแลตามแนวทางมาตรฐานเช่นเดียวกับผู้รับการบำบัดทั่วไป แต่จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการดูแลแบบเฉพาะบุคคล (Individualized care) ร่วมกับการออกแบบแนวทางการบำบัดให้เหมาะสมเฉพาะราย (Tailored treatment approach) เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อบริบทชีวิต ความต้องการเฉพาะ และข้อจำกัดของแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการจัดให้มีการบำบัดที่มีความยืดหยุ่น และตอบสนองต่อบริบทของผู้รับบริการ (Flexible and context-responsive treatment) เช่น การบำบัดแบบออนไลน์ การปรับเวลานัดหมาย การลดจำนวนครั้งและระยะเวลาของการเข้ารับบริการโดยไม่ลดทอนมาตรฐาน ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งล้วนเป็นแนวทางที่อาจช่วยลดอัตราการ Dropout ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงนำเสนอองค์ความรู้ใหม่จากผลการศึกษาเป็นฐานข้อมูลสนับสนุนการกำหนดนโยบายและแนวทางการบำบัดรักษาที่มีความยืดหยุ่น สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มแรงงานเคลื่อนที่ อันจะส่งผลให้กระบวนการบำบัดและฟื้นฟูมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นในภาพรวม ดังนี้



ภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการบำบัดตามรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบ กาย จิต สังคมบำบัด (Matrix program) สำหรับผู้ใช้สารเสพติดที่เป็นแรงงานย้ายถิ่นและที่ไม่ได้อาศัยอยู่ถาวรในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) ปรับรูปแบบการบำบัดผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ที่เป็นแรงงานย้ายถิ่นและไม่ได้อาศัยอยู่ถาวรในพื้นที่ให้เป็นแบบออนไลน์ หลังการให้ผู้เข้ารับการบำบัดมาพบแบบต่อหน้าในครั้งแรก และ ปรับ

ระยะเวลาของการบำบัดลงเหลือ 3 เดือนสำหรับกลุ่มที่จัดเป็น “ผู้เสพ” ซึ่งมีการให้ความร่วมมือดีและสุ่มตรวจปัสสาวะไม่พบสารเสพติด ตลอดจนถึงติดตามผลการบำบัดทางออนไลน์หรือทางโทรศัพท์

2) บูรณาการการดูแลเฉพาะบุคคลภายใต้มาตรฐานการบำบัดในกระบวนการของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการ Dropout ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและช่วยเพิ่มอัตราการคงอยู่ในการบำบัดรักษา

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาเชิงลึกถึงปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ หรือระบบนโยบายที่มีผลต่อการ Dropout เช่น การเข้าถึงสิทธิการรักษาของแรงงานย้ายถิ่น

2) ควรศึกษาเปรียบเทียบลักษณะและปัจจัยระหว่างกลุ่มที่ Dropout กับกลุ่มที่สามารถบำบัดจนสำเร็จ เพื่อระบุปัจจัยป้องกัน (Protective factors)

3) ควรขยายพื้นที่ศึกษาไปยังจังหวัดหรือเขตเศรษฐกิจอื่นที่มีแรงงานย้ายถิ่นจำนวนมาก เพื่อเปรียบเทียบสถานการณ์และความต้องการในบริบทที่หลากหลายและควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและหลากหลายมากขึ้น

4) ศึกษาความเป็นไปได้และประสิทธิผลของการบำบัดรูปแบบใหม่ เช่น การบำบัดทางไกล การบำบัดแบบกลุ่มออนไลน์ หรือรูปแบบที่เหมาะสมกับแรงงานย้ายถิ่น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). คู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2568). ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate). สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2568, จาก <https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1456>
- สุวรรณ เชียงขุนทด และคณะ. (2567). ภาระค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 7(2), 172–185.
- สำเนา นิลบรรพ์ และคณะ. (2568). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 10(1), 99–111.
- พรทิพย์ จันทโสภณ. (2560). แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร*, 8(1), 197–206.
- มานพ คณะโต และคณะ (2560). รายงานการศึกษาโครงการจัดทำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาเสพติดของกลุ่มแรงงาน. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม: จรัลสนิทวงศ์.
- ดำรงศักดิ์ ยืนยาว และคณะ. (2566). การเสริมสร้างการตระหนักรู้ในผลของการเสพยาเสพติดด้วย การปรึกษากลุ่มตามแนวคิดเกสตัลท์ของผู้เสพยาเสพติด. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 8(3), 440–451.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ชุดคู่มือประกอบการอบรม Matrix Program. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2568, จาก https://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3464&Itemid=147

- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2566). *นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ. 2566-2570)*. สืบค้นเมื่อ 23 เมษายน 2568, จาก https://www2.oncb.go.th/Home/Pages/ONCB_PLAN/Policyactionplan.aspx
- สำนักงานสถิติจังหวัดนนทบุรี. (2566). *รายงานประชากรกลางปีจังหวัดนนทบุรี*. สืบค้นเมื่อ 17 เมษายน 2568, จาก <https://nonhaburi.nso.go.th>
- kulnaree Hanpatchaiyakul, เนาวรัตน์ เกษมพร, ภาสินี โทอินทร์ และ นวลละออง ทองโคตร. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษายาเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี*, 15(2), 1-12.
- กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล. (2562). ประสิทธิภาพและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3*, 16(1), 23-33.
- Arya, S., et al. (2016). Immediate drop-out rate in adolescent substance abusers: an out-patient chart review from North India. *International journal of adolescent medicine and health*, 29(6), <https://doi.org/10.1515/ijamh-2016-0020>
- Assarroudi, A., et al. (2018). Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *Journal of Research in Nursing*, 23(1), 42-55.
- Brorson, H. H., et al. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical psychology review*, 33(8), 1010-1024.
- Calvo, F., et al. (2018). [Early drop-outs and retentions in substance abuse outpatient clinics: a cross-sectional comparative study of factors that increase or decrease adherence]. *Atencion primaria*, 50(8), 477-485.
- Ehliasson, K., Eriksson, J., & LoMartire, R. (2025). Dropout from substance use disorder treatment at a Swedish private care institution and its associated risk factors. *Substance Use*, 19. <https://doi.org/10.1177/29768357251332827>
- Fleury, M.J., et al. (2023). Predictors of dropout from treatment among patients using specialized addiction treatment centers. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 150, 209062.
- Hoseinie, L., et al. (2017). Drop-out from a drug treatment clinic and associated reasons. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 23(3), 173-181.
- Lappan, S. N., Brown, A. W., & Hendricks, P. S. (2020). Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 115(2), 201-217.
- Lin, L. A., et al. (2019). Telehealth for substance-using populations in the age of COVID-19: Clinical and implementation considerations. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 116, 108145.
- Mancheño, V., et al. (2024). Readmission and dropout in outpatient centers: An analysis of real-world data in patients with dual-diagnosis. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-024-01360-7>



- Padyab, M., Grahn, R., & Lundgren, L. (2015). Drop-out from the Swedish addiction compulsory care system. *Evaluation and program planning, 49*, 178–184.
- Papamalis, F. E. (2020). Examining the relationship of personality functioning and treatment completion in substance misuse treatment. *Substance Abuse: Research and Treatment, 14*. <https://doi.org/10.1177/1178221820951777>
- Werb, D., et al. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *The International journal on drug policy, 28*, 1–9.
-