



# POLICY BRIEF

ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

## การติดตามประเมินผลและบูรณาการระบบบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ศยามล เจริญรัตน์

### ๑. มุ่งเป้าผู้เสพยาเสพติดใหม่ เพื่อนำเข้าสู่ระบบบำบัดเร็วที่สุด

- บูรณาการยุทธศาสตร์นำผู้เสพยาเสพติดใหม่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู

### ๒. มุ่งเป้าผู้อยู่ในระบบบำบัด เพื่อให้หลุดออกจากวงจรยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพยั่งยืน

- ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติดในระบอบบำบัด วัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติดในระบอบบำบัด ฟื้นฟู แก้ไขปัญหาตามระดับของคุณภาพชีวิต และส่งเสริมการยุติความเกี่ยวข้องกับยาเสพติด
- เมื่อผู้เสพยา ผู้ใช้ และผู้ติด เข้าสู่ระบบบำบัด
- เมื่อสิ้นสุดกระบวนการ เพื่อเปรียบเทียบและประเมินว่าสามารถยุติการเกี่ยวข้องกับยาเสพติดได้ หรือต้องเข้าสู่กระบวนการส่งต่อแบบใด
- กลไกแก้ไขปัญหาการใช้ยาเสพติดในระบอบบำบัดฟื้นฟู ศึกษาความเหมาะสม และประเมินติดตามรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูในรูปแบบต่างๆ ที่มีอยู่ เพื่อเลือกกระบวนที่เหมาะสม
- กลไกส่งต่อความต้องการในการบรรเทาผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ศึกษาและประเมินผลระบบการส่งต่อตามความต้องการของผู้เสพยาเสพติด และนำเสนอผลต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### ๓. มาตรการติดตามผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟู

- บูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ผนวกแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้เสพยาเข้าสู่ระบบรายงานและติดตามผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟู

## ๑. บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตก่อให้เกิดผลกระทบเชิงกว้างและลึก ไม่เพียงส่งผลต่อระดับปัจเจกทั้งผู้เสพและคนรอบข้างแต่ยังส่งผลต่อสังคมภาพรวมทั้งในด้านปัญหาสังคมและกระทบต่อโครงสร้างเศรษฐกิจ

ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาด้านผู้ค้าที่รุนแรง (BCC news, 2022) ผ่านช่องทางหลากหลายมากขึ้น (ป.ส., ๒๕๖๕) ประกอบกับปัญหาจำนวนผู้เสพเดิมที่ยังเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญ ผนวกกับจำนวนผู้เสพหน้าใหม่ที่สมทบเพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลา (ป.ป.ส., ๒๕๖๕) กลายเป็นภาระกระตุ้นการพัฒนาภาพรวม และถือเป็นความท้าทายในการก้าวข้ามปัญหาที่เรื้อรังต่อเนื่องยาวนาน

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้เสพยาเสพติดแบบทวีคูณไม่เพียงฉายภาพของปัญหาเชิงโครงสร้างแต่ยังเกี่ยวพันแนบแน่นกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติด งานวิจัยหลายชิ้นยืนยันถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลงเมื่อเกี่ยวข้องกับยาเสพติด (Ma, et.al, 2022; Assari, and Jafari, 2010; Pasareanu, et.al, 2015) อย่างไรก็ตาม กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูที่ใช้ทรัพยากรจำนวนมากถูกมองว่าเป็นของราคาแพงไม่จำเป็น ดูเหมือนการลงทุนที่ไม่มีกำไรและไม่คุ้มค่า เพราะใช้ระยะเวลายาวนานและต้องออกแบบเฉพาะ แต่งานวิจัยหลายชิ้นพบว่า การเข้ารับการบำบัดรักษาสำหรับผู้เสพยาเสพติดช่วยให้ผู้เสพกลับคืนสู่สังคมได้ และเป็นประโยชน์ในระยะยาว (Tai and Volkow, 2013; Ball and Ross, 1991)

ข้อค้นพบหลักจากงานวิจัยภายใต้ “โครงการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติด เพื่อติดตามผลกระทบเชิงนโยบายผ่านปัจจัยสังคมกำหนดการใช้ยาเสพติด” ยืนยันว่าการเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูยังคงมีความสำคัญ และสามารถใช้อุปกรณ์วัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติดเป็นกลไกติดตามประเมินผลได้

งานวิจัยนี้สำรวจระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาที่เคยและไม่เคยเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูด้วยการเก็บตัวอย่างเชิงปริมาณ ๔๐๖ ตัวอย่าง จากพื้นที่ ๔ ภูมิภาค ตามสูตรคำนวณของคอคแรน (1977) และการสัมภาษณ์กรณีศึกษาผู้เสพยาเสพติด ๕๐ คน (Morse, 2000; Daworkin, 2012) ร่วมกับการสนทนากลุ่มอีก ๒ ครั้ง

ในขณะเดียวกันก็ได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้เสพยาเสพติดของประเทศไทย เพื่อเป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตผู้เสพและนำไปสู่แนวทางการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพให้ดีขึ้น ด้วยการทบทวนแบบวัดในไทยและต่างประเทศเรื่องคุณภาพชีวิตรวม ๑๑ ชิ้น และรับฟังความคิดเห็นจากการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ ทดสอบความเที่ยงตรงด้วยค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) จากผู้เชี่ยวชาญสามท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) โดยคำนวณทางสถิติจากประชากร pre-test จำนวน ๔๐ ตัวอย่างรอบแรก และทดสอบกับประชากรอีก ๔๐๖ ตัวอย่าง การทดสอบความตรงทางโครงสร้าง ด้วยการวิเคราะห์

องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis: EFA) และองค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA) ที่กลุ่มตัวอย่าง ๔๐๖ ตัวอย่าง ซึ่งมากกว่า ๒๐ หน่วยต่อ๑ พารามิเตอร์ (ข้อคำถาม) ตามแนวคิดของ Hair et al. (2006) โดยวิเคราะห์สกัดองค์ประกอบโดยวิธี Principal component analysis ตั้งค่า Eigenvalues ไว้ที่ ๑.๐ ขึ้นไป และคัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) มากกว่า ๐.๕ เข้าไปอยู่ในแต่ละองค์ประกอบ และใช้การหมุนปัจจัย (Factor rotation) ด้วยวิธีหมุนแกนแบบ มุมฉากแบบ Varimax เข้ามาช่วย

## ๒. ยาเสพติดและคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติด

### ๒.๑ การใช้ยาเสพติด และสาเหตุการใช้ยาเสพติด

ข้อมูลจากการสำรวจพบว่า *ยาบ้า* ยังเป็นยาหลักของผู้เสพ โดยอายุแรกใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ ๑๐ ปีขึ้นไป และประมาณ ๙๖ คนจาก ๔๐๖ คน เริ่มใช้ยาเสพติดเมื่ออายุไม่เกิน ๒๐ ปี อีก ๗๕ คนใช้ยาเสพติด มาแล้วสิบปี และพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ๙๖ คนใช้ยามาไม่เกินสองปี สอดคล้องกับข้อมูลคุณภาพที่ระบุว่า การเริ่มใช้ยาเสพติดมีฐานอายุที่ต่ำกว่าเมื่อก่อน สาเหตุ

การใช้ยาเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล นั่นคือ เป็นความสนุก-สังสรรค์-อยากลอง และปัจจัยแวดล้อมภายนอกคนรอบข้าง (ครอบครัว เพื่อน) การงาน และสภาพแวดล้อมที่มียาเสพติดอยู่รอบตัว

ดังนั้น การยุติความเกี่ยวข้องกับยาเสพติดจึงประกอบด้วย (หนึ่ง) การแก้ปัญหาผ่านตัวบุคคล คือการห้ามตัวเอง และการเพิ่มทักษะชีวิตที่สำคัญ อาทิ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการปฏิเสธ และ (สอง) การแก้ไขสิ่งแวดล้อมภายนอก คือ การเปลี่ยนสภาพแวดล้อมและหรือการสร้างปัจจัยเชิงบวกเพิ่ม

### ๒.๒ คุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติด

ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ ๖๓.๑) รองลงมาคืออยู่ในกลุ่มระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ ๓๐.๑) และมีกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีน้อยที่สุด (ร้อยละ ๖.๗)

ส่วนข้อมูลคุณภาพชีวิต ประเด็นเพิ่มเติมว่าในช่วงชีวิตของผู้เสพยาเสพติดมีระดับคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ที่เผชิญ แต่แทบทุกครั้งที่คุณภาพชีวิตลดลงมักมียาเสพติดเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ

ตาราง ๑ ผลคุณภาพชีวิตในระดับต่างๆ ในทุกหมวดของผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

หมวด (n=๔๐๖)	จำนวนผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่างๆ (คน)		
	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
ด้านร่างกาย	๓๙	๒๔๙	๑๑๘
ด้านจิตใจ	๔๓	๒๔๒	๑๒๑
ด้านศักยภาพ	๒๘	๒๐๓	๑๗๕
ด้านความสัมพันธ์	๗๐	๒๐๘	๑๒๘
ด้านสิ่งแวดล้อมเศรษฐกิจและการใช้ชีวิต	๕๑	๒๗๓	๘๒
คุณภาพชีวิตภาพรวม	๗๖	๓๑๗	๑๓๓
รวมทุกหมวด	๒๗ (๖.๗)	๒๕๖ (๖๓.๑)	๑๒๓ (๓๐.๑)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบพบว่าผู้เสพยาเสพติดจากทั้งสองกลุ่มมีค่าระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๔๐๖ คน ผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อยู่ในกลุ่มที่เคยผ่านระบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ ๔.๙ ส่วนกลุ่มที่ไม่เคยผ่าน

ตาราง ๒ ร้อยละของการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตทุกหมวดของกลุ่มตัวอย่างที่เคยและไม่เข้าระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟู

หมวด (n=๔๐๖)	ร้อยละของผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่างๆ					
	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี	
	เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย
ด้านร่างกาย	๘.๔	๑๖.๗	๖๒.๗	๕๓.๓	๒๘.๙	๓๐.๐
ด้านจิตใจ	๑๔.๒	๑๘.๓	๘๑.๒	๕๐.๐	๔.๖	๓๑.๗
ด้านศักยภาพ	๔.๙	๑๘.๓	๕๑.๒	๔๓.๔	๔๔.๐	๓๘.๓
ด้านความสัมพันธ์	๑๕.๓	๒๘.๓	๕๒.๖	๔๓.๔	๓๒.๑	๒๘.๓
ด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและการใช้ชีวิต	๑๑.๐	๒๑.๗	๖๖.๗	๗๐.๐	๒๒.๓	๘.๓
คุณภาพชีวิตภาพรวม	๑๗.๓	๒๖.๗	๗๙.๕	๗๐.๐	๓.๒	๓.๓
รวมทุกหมวด	๔.๙	๑๖.๗	๖๓.๙	๕๘.๓	๓๑.๒	๒๕.๐

ระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟู ร้อยละ ๑๖.๗ ระดับคุณภาพชีวิตปานกลางนั้นมีกลุ่มที่เคยผ่านระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ร้อยละ ๖๓.๙ และกลุ่มที่ไม่เคยผ่านระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ร้อยละ ๕๘.๓ และระดับคุณภาพชีวิตที่ดี นั้น มีกลุ่มที่เคยผ่านระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ร้อยละ ๓๑.๒ และกลุ่มที่ไม่เคยผ่านระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ร้อยละ ๒๕.๐ จะเห็นได้ว่าโดยรวมแล้วผู้ที่เคยผ่านระบบบำบัดรักษาฟื้นฟูมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยผ่านระบบเลย

ปัจจัยสังคมที่กำหนดการใช้ยาเสพติดแบ่งปัจจัยออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ คือ (หนึ่ง) ปัจจัยระดับบุคคล เป็นเรื่องสุขภาพกายและใจเป็นหลัก สาเหตุคือความต้องการที่จะทดลอง หรือไม่สามารถปฏิเสธคำเชิญชวนให้ใช้ การเข้าสู่การรักษาและฟื้นฟูแบบประณีตตามลักษณะเฉพาะของแต่ละกรณีถือว่ามีความสำคัญและจำเป็นมาก (สอง) ปัจจัยแวดล้อม ๔ มิติ ประกอบด้วย วิถีชีวิตและพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ผู้เสพยาเสพติดเกี่ยวข้องกับการการใช้ยา เช่น การเที่ยวกลางคืน มีคนรู้จักใช้ยาเสพติด การลดพฤติกรรมดังกล่าวจะสนับสนุนการไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เครือข่ายและชุมชนเป็นปัจจัยแวดล้อมภายนอกกว่าด้วยความสัมพันธ์กับคนอื่น จึงต้องทำงานร่วมกับชุมชนในการเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้เสพยาเสพติด เพื่อให้โอกาสในการเริ่มต้นชีวิตใหม่ เช่นเดียวกับ การใช้ชีวิตและสภาพการทำงาน ซึ่งนำไปสู่การใช้ยาเสพติด ต้องปรับสภาพแวดล้อมในการทำงาน ส่วนปัจจัยโครงสร้างทางสังคมที่เกี่ยวข้องคือความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและความยากจน ซึ่งอาจแก้ไขด้วยการสร้างความมั่นคงทางอาชีพและรายได้

### ๓. แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้เสพยาเสพติดประเทศไทย

ประกอบด้วยคำถาม ๕ ด้าน รวม ๑๗ ข้อ ได้แก่ ด้านร่างกาย ๓ คำถาม ด้านจิตใจ ๓ คำถาม ด้านศักยภาพ ๒ คำถาม ด้านความสัมพันธ์ ๓ คำถาม ด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและการใช้ชีวิต ๕ คำถาม และคำถามรวม ๑ คำถาม

ผลการทดสอบทางสถิติยืนยันว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้เสพยาเสพติด**นี้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่มีความเที่ยงตรงสูง** นั่นคือ พบว่าค่า IOC อยู่ในระดับดีทุกข้อ และมีคะแนน Cronbach's alpha coefficient ของข้อคำถามทั้งหมดของแบบในการทดสอบสองครั้งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ประกอบด้วยค่าคะแนนของ pre-test (๔๐ ตัวอย่าง) ที่ ๐.๙๓ และ ผลของกลุ่มตัวอย่าง ๔๐๖ ที่ระดับ ๐.๙๒ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ เพราะสูงกว่า ๐.๗๐ (Hair et al., 2019) ซึ่งยืนยันกับการทดสอบแบบวัดด้านคุณภาพชีวิตอื่นๆ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ตั้งแต่ ๐.๗ ขึ้นไป เช่น WHOQOL ๐.๘๓ (WHO, 1988) งาน The EUROHIS-QOL 8-Item Index: Comparative Psychometric Properties to Its Parent WHOQOL-BREF มีค่า ที่ ๐.๗๘ (Rocha et al., 2012) หรืองานหาค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของ Reliability and validity of the European Portuguese version of the quality of life index EUROHIS-QOL-8 in HIV-infected patients มีค่าที่ ๐.๘๕ (Pereira and Canavarro, 2015)

นอกจากนี้ ผลการทดสอบความตรงทางโครงสร้างยังพบว่า มีค่า Communalities ( $h^2$ ) ระหว่าง ๐.๓๕๐ - ๐.๖๙๑ และ ในแต่ละข้อมีค่าน้ำหนักของข้อคำถามระหว่าง ๐.๕๒๑ - ๐.๗๘๑ มีค่า Bartlett's อยู่ ที่ ๓๓๔๑.๖๒๙ และ p value ที่ ๐.๐๐๐ ซึ่งต่ำกว่า ๐.๐๐๑ แปลว่าตัวแปร(ข้อคำถาม)มีความสัมพันธ์กัน และค่า KMO อยู่ที่ ๐.๙๓๙ หมายถึงข้อคำถามที่ใช้ในการทดสอบ มีความเหมาะสม และเมื่อวิเคราะห์ด้วยองค์ประกอบเชิงยืนยัน ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป AMOS โดยพิจารณาจากค่าที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย  $\chi^2$  /df, GFI, CFI, TLI, SRMR และ RMSEA จะพบว่ามีค่าจากการคำนวณดังนี้  $\chi^2 = ๔๗๐.๔๓$ ,  $P < ๐.๐๐๑$  (ไม่มีนัยยะสำคัญ),  $df = ๑๑๙$ ,  $\chi^2 /df = ๓.๙๕$ ,  $GFI = ๐.๘๗๕$ ,  $CFI = ๐.๘๙๒$ ,  $TLI = ๐.๘๗๗$ ,  $SRMR = ๐.๐๕๐๖$ ,  $RMSEA = ๐.๐๘๕$ , และมีค่า  $\beta$  อยู่ระหว่าง ๐.๒๒๘ - ๐.๗๘๕ ในครั้งแรก และเมื่อทำการปรับโมเดลในครั้งที่สองในการลดค่าถามที่มีค่าน้ำหนักน้อยกว่า ๐.๕ และคำนวณเป็นการทดสอบครั้งที่ ๒ พบว่า  $\chi^2 = ๓๗๗.๑๖๘$ ,  $P < ๐.๐๐๑$  (ไม่มีนัยยะสำคัญ),  $df = ๑๑๙$ ,  $\chi^2 /df = ๔.๑๙๑$ ,  $GFI = ๐.๘๘๓$ ,  $CFI = ๐.๙๐๘$ ,  $TLI = ๐.๘๙๓$ ,  $SRMR = ๐.๐๔๗๔$ ,  $RMSEA = ๐.๐๘๙$ , และมีค่า  $\beta$  อยู่ระหว่าง ๐.๖๑ - ๐.๗๙ ซึ่งมีค่าความเหมาะสมมากขึ้น

ทั้งนี้ การแปลค่าแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้เสพยาเสพติด มีคะแนน ตั้งแต่ ๑๗ - ๘๕ คะแนน และแบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็นสามช่วงคือ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง ๑๗ - ๓๙ คะแนน คุณภาพชีวิตปานกลาง มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง ๔๐ - ๖๑ คะแนน และคุณภาพชีวิตดี มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง ๖๒ - ๘๕ คะแนน

#### ๔. ข้อเสนอการพัฒนากลไกติดตามและประเมินผลคุณภาพชีวิตผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูเยียวยา

### ๑. มุ่งเป้าผู้เสพหน้าใหม่ เพื่อนำเข้าสู่ระบบบำบัดเร็วที่สุด

- กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงยุติธรรม และกระทรวงมหาดไทย บูรณาการยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง โดยให้สำนักงาน ปปส และศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เป็นเจ้าภาพในการดำเนินการและติดตาม

### ๒. มุ่งเป้าผู้อยู่ในระบบบำบัด เพื่อหลุดออกจากวงจรยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพยั่งยืน ป.ป.ส.

ประสานการดำเนินการระหว่างหน่วยงานเพื่อ

- ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้เสพในระบบบำบัด วัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพในระบบบำบัดฟื้นฟู และแก้ไขปัญหาตามระดับของคุณภาพชีวิต และส่งเสริมการยุติความเกี่ยวข้องกับยาเสพติด
  - ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะผู้บริหารจัดการระบบ บสต. วัดระดับคุณภาพชีวิตเมื่อผู้เสพ ผู้ใช้และผู้ติดเข้าสู่ระบบบำบัด
  - สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และ กรมคุมประพฤติ กรมราชทัณฑ์ และ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม ในฐานะผู้ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟู ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ กระทรวงยุติธรรมเป็นผู้วัดระดับคุณภาพชีวิตเมื่อสิ้นสุดกระบวนการเพื่อเปรียบเทียบและประเมินก่อนออกจากระบบว่าสามารถยุติการเกี่ยวข้องกับยาเสพติดได้หรือไม่ ถ้ายังมีความต้องการใดให้สร้างกระบวนการส่งต่อ
- พัฒนากลไกการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาเสพติดในระบบบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสม ด้วยการให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ ป.ป.ส. ศึกษาความเหมาะสม และประเมินติดตามรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูในรูปแบบต่างๆ ที่มีอยู่ในระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
- พัฒนากลไกส่งต่อความต้องการในการบรรเทาผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดยุติการเกี่ยวข้องกับยาเสพติดในที่สุด ให้สำนักงาน ปปส. มีหน้าที่ศึกษาและประเมินผลระบบการส่งต่อตามความต้องการของผู้เสพยาเสพติด และนำเสนอผลต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปปรับปรุงกลไกการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### ๓. ระบบติดตามผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟู

- พัฒนากลไกการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะการผนวกแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้เสพเข้าสู่ระบบรายงานและติดตามผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟู เพื่อให้เกิดการใช้งานระหว่างหน่วยงาน โดยให้ สำนักงาน ปปส และศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เป็นเจ้าภาพในการดำเนินการและติดตาม ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

## ๕. สรุป

กระบวนการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน จะช่วยลดทั้งจำนวนผู้เสพยาเสพติดที่มีอยู่เดิม และจำนวนผู้เสพยาเสพติดหน้าใหม่ ลดค่าใช้จ่ายทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมจากประชากรผู้ติดยาเสพติด แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้เสพยาเสพติดประเทศไทย ในฐานะเครื่องมือหนึ่งของกลไกติดตามประเมินผลผู้เสพยาเสพติดในระบบการบำบัดรักษา นอกเหนือจากจะช่วยออกแบบระบบบำบัดรักษาเชิงประจักษ์สอดคล้องกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมของผู้เสพยาเสพติดแล้ว ยังนำไปสู่การบูรณาการระบบบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดที่กระจายอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นองค์รวม

### อ้างอิง

- Assari, S., Jafari, M. (2010). Quality of Life and Drug Abuse. In: Preedy, V.R., Watson, R.R. (eds) Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures. Springer, New York, NY. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0\\_214](https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_214)
- Cochran, W. G. (1977). Sampling techniques (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Dworkin, S.L. (2012). Sample Size Policy for Qualitative Studies Using In-Depth Interviews. Arch Sex Behav 41, 1319–1320. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0016-6>
- Ma, Z., Liu, Y., Wan, C. et al. (2022). Health-related quality of life and influencing factors in drug addicts based on the scale QLICD-DA: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes 20, 109. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02012-x>
- Morse, J. M. (2000). Determining sample size. Qualitative Health Research, 10, 3–5.
- Tai B, Volkow ND. (2013). Treatment for substance use disorder: opportunities and challenges under the affordable care act. Soc Work Public Health. 28(3-4):165-74. doi: 10.1080/19371918.2013.758975. PMID: 23731411; PMCID: PMC4827339.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2565). รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ.

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ที่สนับสนุนการดำเนินงานผ่าน “โครงการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติด เพื่อติดตามผลกระทบเชิงนโยบายผ่านปัจจัยสังคมกำหนดการใช้ยาเสพติด”