

การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
ภายใต้โครงการ CBTx ตำบลดิ่งจี้ อำเภอดำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
Development of Stakeholder Network Participation Model for Drug
Rehabilitation under CBTx Project in Dinjee Sub-district, Kham Muang
District, Kalasin Province.

พูลศิลป์ แสงบุตร

Poonsin Saengbut

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาล

(Received: April 7, 2025; Accepted: July 17, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายใต้โครงการ CBTx ตำบลดิ่งจี้ (2) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ (3) ประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น การวิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3 วงรอบ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ตำรวจ ครู และผู้นำศาสนา เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินการมีส่วนร่วม แนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบประเมินผลการดำเนินงาน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง (2.95 ± 0.70) โดยด้านการติดตามและประเมินผลมีคะแนนต่ำสุด (2.48 ± 0.81) การวิจัยได้พัฒนารูปแบบ DINJEE Model ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันแบบวงจรต่อเนื่อง ได้แก่ Direction (ทิศทางร่วม) Integration (บูรณาการ) Network Committee (คณะกรรมการเครือข่าย) Joint Activities (กิจกรรมร่วม) Empowerment (เสริมพลัง) และ Evaluation & Exchange (ประเมินและแลกเปลี่ยน) หลังการใช้รูปแบบ DINJEE Model พบการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .001$) โดยคะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็น 4.18 ± 0.54 การเข้าร่วมประชุมเพิ่มขึ้น 43.8% การติดตามผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 38.2% อัตราการกลับไปเสพซ้ำลดลง 53.1% และเกิดนวัตกรรม "ระบบพี่เลี้ยงชุมชน" ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก (4.28 ± 0.62) รูปแบบ DINJEE Model มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและสามารถแก้ไขปัญหาหลักในการดำเนินงาน CBTx ดังนั้นควรปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น บูรณาการเข้ากับนโยบาย CBTx ระดับชาติ และศึกษาประสิทธิผลในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย, การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยชุมชน, DINJEE Model



Abstract

This study aimed to: (1) examine the current situation of stakeholder network participation in drug rehabilitation under the CBTx project in Dinji Sub-district; (2) develop a stakeholder network participation model; and (3) evaluate the effectiveness of the developed model. The research employed a participatory action research methodology, conducted over three cycles, with a sample of 50 participants comprising healthcare personnel, community leaders, village health volunteers, staff from local administrative organizations, police officers, teachers, and religious leaders. The research instruments included semi-structured interviews, participation assessment questionnaires, focus group discussion guidelines, and operational performance evaluation forms. Data analysis employed descriptive statistics and paired t-tests for quantitative data, as well as content analysis for qualitative data.

The research findings revealed that stakeholder network participation before development was at a moderate level (2.95 ± 0.70), with monitoring and evaluation having the lowest scores (2.48 ± 0.81). The study developed the DINJEE Model, consisting of six interconnected components in a continuous cycle: Direction (shared direction), Integration (integration), Network Committee (network committee), Joint Activities (joint activities), Empowerment (empowerment), and Evaluation & Exchange (evaluation and exchange). After implementing the DINJEE Model, statistically significant improvements were observed in all aspects ($p < .001$), with overall participation scores increasing to 4.18 ± 0.54 . Meeting attendance increased by 43.8%, patient follow-up increased by 38.2%, relapse rates decreased by 53.1%, and a "community mentoring system" innovation emerged. Stakeholder networks expressed high satisfaction with the model (4.28 ± 0.62). The DINJEE Model proved effective in enhancing stakeholder network participation and addressing key challenges in CBTx implementation. Recommendations include adapting the model to local contexts, integrating it with national CBTx policies, and conducting long-term effectiveness studies.

Keywords : stakeholder network participation, community-based drug rehabilitation, DINJEE Model

บทนำ

ปัญหาหายาเสพติดเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อสุขภาพประชาชนและความมั่นคงของประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทย พ.ศ. 2566 พบผู้เข้ารับการรักษาหายาเสพติดทั่วประเทศ 164,294 ราย โดยร้อยละ 86.7 เป็นผู้เสพยาใหม่ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2566) สะท้อนการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องและความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ รัฐบาลไทยได้ปรับเปลี่ยนกระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยหลักการ "ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย" โดยเน้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการทางการแพทย์และสาธารณสุขแทนกระบวนการยุติธรรมทางอาญา สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ที่เน้นการพัฒนาคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) เป็นนวัตกรรมสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้เป็นกลยุทธ์หลักตั้งแต่ปี 2565 CBTx เป็นแนวทางที่ใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟู และติดตาม (UNODC, 2020) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) ได้เน้นย้ำว่า CBTx เป็นรูปแบบการบำบัดรักษาที่มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน และการบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพกับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการสุขภาพปฐมภูมิที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

การเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

แม้ว่า CBTx จะมีศักยภาพในการเสริมสร้างระบบสุขภาพปฐมภูมิ แต่การดำเนินงานในพื้นที่ยังประสบปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ยังไม่เป็นระบบ ขาดความต่อเนื่อง และไม่มีรูปแบบการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของวิชฌุ โคตรวิธา และคณะ (2567) และนิภาวรรณ ตติยันทพร (2565) ที่พบว่า การดำเนินงานต้องการการพัฒนาเครือข่ายการดูแลและกลไกการประสานงานที่เป็นระบบและต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการดำเนินงาน CBTx ตามแนวคิดของ Cohen และ Uphoff (1980) ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพต้องครอบคลุม 4 ขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล ซึ่งต้องมีกลไกการทำงานที่เป็นระบบและการพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสม

ตำบลดิ่งจี่ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นพื้นที่ที่มีปัญหาหายาเสพติดค่อนข้างสูง โดยมีผู้เข้ารับการรักษา 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.34 ของผู้เข้ารับการรักษาทั้งอำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง, 2566) ตำบลดิ่งจี่ได้เริ่มดำเนินการโครงการ CBTx ในปี 2567 โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และบูรณาการความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การประเมินสถานการณ์เบื้องต้นพบปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ (1) การขาดกลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาคีเครือข่าย (2) บทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคีไม่ชัดเจน (3) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและทรัพยากรไม่เป็นระบบ และ (4) ขาดการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้การดำเนินงาน CBTx



ไม่สามารถบรรลุประสิทธิภาพสูงสุดในการเสริมสร้างระบบสุขภาพปฐมภูมิและการดูแลผู้ติดยาเสพติดอย่างยั่งยืน

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้การแก้ไขปัญหาเป็นไปอย่างเป็นระบบและครอบคลุม การวิจัยครั้งนี้จำเป็นต้อง (1) ศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในปัจจุบันอย่างละเอียดเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (2) ออกแบบและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และ (3) ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทั้งในด้านกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อยืนยันความเป็นไปได้ในการนำไปขยายผลและพัฒนาเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณสุขชุมชนในพื้นที่อื่น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายใต้โครงการ CBTx ตำบลดิ่งจี่ ในด้านการวางแผน การดำเนินงาน การประสานงาน และการติดตามประเมินผล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นในด้านกระบวนการและผลลัพธ์ การดำเนินงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ดำเนินการ 3 วนรอบ ระยะเวลา 6 เดือน (มกราคม-มิถุนายน 2567) โดยแต่ละวนรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (2000)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายใต้โครงการ CBTx ในตำบลดิ่งจี่

กลุ่มตัวอย่าง ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 50 คน ประกอบด้วย

1. บุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดิ่งจี่ จำนวน 5 คน
 2. ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน 11 คน
 3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน (หมู่บ้านละ 2 คน)
 4. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลดิ่งจี่ จำนวน 3 คน
 5. เจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 2 คน
 6. ครู/บุคลากรทางการศึกษา จำนวน 5 คน
 7. ผู้นำศาสนา จำนวน 2 คน
- เกณฑ์การคัดเลือก เป็นผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน CBTx ในตำบลดิ่งจี่ มีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับศึกษาสถานการณ์ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 5 ด้าน (1) ข้อมูลทั่วไป (2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดนโยบาย (3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (4) การประสานงานและแลกเปลี่ยนทรัพยากร (5) การติดตามและประเมินผล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เฉลี่ย 0.89

2. แบบประเมินการมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย การวางแผน (10 ข้อ) การดำเนินกิจกรรม (12 ข้อ) การประสานงาน (8 ข้อ) และการติดตามประเมินผล (7 ข้อ) ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = 0.87

3. แนวทางการสนทนากลุ่ม ครอบคลุม 5 ประเด็น: สถานการณ์ปัญหา ยาเสพติด การดำเนินงาน CBTx ปัญหาและอุปสรรค แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วม และการประเมินผลหลังการพัฒนา

4. แบบประเมินผล การดำเนินงาน ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วม (8 ข้อ) ประสิทธิภาพการประสานงาน (6 ข้อ) ความเข้าใจบทบาท (5 ข้อ) และการนำไปใช้ประโยชน์ (5 ข้อ) มีค่าความเชื่อมั่น = 0.91

5. แบบติดตามผลการดูแลผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ประวัติการใช้สารเสพติด การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดฟื้นฟู การติดตามเยี่ยมบ้าน และการประเมินคุณภาพชีวิต

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

วงรอบที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวางแผนพัฒนา

1. การวางแผน ประสานงานหน่วยงาน ศึกษาสถานการณ์ จัดประชุมภาคีเครือข่าย วิเคราะห์ SWOT และวางแผนพัฒนา

2. การปฏิบัติ อบรมให้ความรู้ CBTx จัดตั้งคณะทำงาน จัดทำแนวทางประสานงาน พัฒนาทักษะ

3. การสังเกต สังเกตการมีส่วนร่วม ประเมินความรู้ ติดตามการนำไปใช้ บันทึกปัญหา

4. การสะท้อนผล ประชุมสะท้อนผล วิเคราะห์ ปัจจัยสำเร็จ กำหนดแนวทางพัฒนา

วงรอบที่ 2 การพัฒนาระบบและกลไกการทำงาน

1. การวางแผน ทบทวนผลวงรอบที่ 1 วางแผนพัฒนาระบบ กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา

2. การปฏิบัติ พัฒนากลไกคณะกรรมการพัฒนาระบบคัดกรอง-ส่งต่อ-ติดตาม จัดทำแนวทางปฏิบัติ พัฒนาศักยภาพภาคี พัฒนาระบบสารสนเทศ

3. การสังเกต ติดตามการปฏิบัติตามบทบาท ประเมินประสิทธิภาพระบบ สังเกตปฏิสัมพันธ์ บันทึกปัญหา

4. การสะท้อนผล ประชุมสะท้อนผล วิเคราะห์ ประสิทธิภาพ กำหนดแนวทางพัฒนาต่อ

วงรอบที่ 3 การพัฒนากิจกรรมและความยั่งยืน

1. การวางแผน ทบทวนผลวงรอบที่ 2 วางแผนกิจกรรมต่อเนื่อง วางแผนความยั่งยืน

2. การปฏิบัติ ขยายผลสู่พื้นที่อื่น พัฒนานวัตกรรมชุมชน สร้างกลไกประเมินผล จัดทำคู่มือ

3. การสังเกต ติดตามผลการขยาย ประเมินนวัตกรรม สังเกตความยั่งยืน บันทึกบทเรียน

4. การสะท้อนผล ถอดบทเรียน ประเมินผลรวม กำหนดแนวทางต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ แบบประเมินการมีส่วนร่วม แบบประเมินผลการดำเนินงาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ: สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และ Paired t-test เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนา ($\alpha = .05$)
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ: การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จัดหมวดหมู่ข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษา และสร้างข้อสรุปเชิงอุปนัย

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 221/2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 50 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 32 คน (ร้อยละ 64.0) และเพศชาย 18 คน (ร้อยละ 36.0) มีช่วงอายุ 41-50 ปี มากที่สุด 22 คน (ร้อยละ 44.0) รองลงมาคือช่วงอายุ 30-40 ปี และ 51-60 ปี

อย่างละ 14 คน (ร้อยละ 28.0) โดยมีอายุเฉลี่ย 45.2 ปี (SD = 8.7) ด้านระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 24 คน (ร้อยละ 48.0) รองลงมาคือระดับปริญญาตรี 16 คน (ร้อยละ 32.0) ระดับประถมศึกษา 6 คน (ร้อยละ 12.0) และสูงกว่าปริญญาตรี 4 คน (ร้อยละ 8.0) เมื่อจำแนกตามประเภทภาคีเครือข่าย พบว่า กลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดคืออาสาสมัครสาธารณสุข 22 คน (ร้อยละ 44.0) รองลงมาคือผู้นำชุมชน 11 คน (ร้อยละ 22.0) บุคลากรสาธารณสุขและครู/บุคลากรการศึกษา อย่างละ 5 คน (ร้อยละ 10.0) เจ้าหน้าที่ อบต. 3 คน (ร้อยละ 6.0) และเจ้าหน้าที่ตำรวจและผู้นำศาสนา อย่างละ 2 คน (ร้อยละ 4.0) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานในชุมชนเฉลี่ย 8.4 ปี (SD = 5.2)

สถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนการพัฒนา

ผลการศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายใต้โครงการ CBTx ตำบลดิ่งจี่ ก่อนการพัฒนา พบว่า การมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.95 ± 0.70) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการดำเนินกิจกรรมมีคะแนนสูงสุด (3.42 ± 0.58) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือด้านการวางแผนและกำหนดนโยบาย (3.24 ± 0.67) อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ขณะที่ด้านการประสานงานและแลกเปลี่ยนทรัพยากร (2.65 ± 0.72) และด้านการติดตามและประเมินผล (2.48 ± 0.81) อยู่ในระดับน้อย โดยด้านการติดตามและประเมินผลมีคะแนนต่ำสุด

ตารางที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนการพัฒนา (n=50)

ด้านการมีส่วนร่วม	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
การวางแผนและกำหนดนโยบาย	3.24	0.67	ปานกลาง
การดำเนินกิจกรรม	3.42	0.58	ปานกลาง
การประสานงานและแลกเปลี่ยนทรัพยากร	2.65	0.72	น้อย
การติดตามและประเมินผล	2.48	0.81	น้อย
รวม	2.95	0.70	ปานกลาง

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า แม้ตำบลคินจี่จะมีความร่วมมือพื้นฐานที่ดีระหว่างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสาธารณสุขทั่วไป โดยมีการประชุมประจำและการทำโครงการร่วมกันมาก่อน แต่การดูแลผู้ติดยาเสพติดภายใต้โครงการ CBTx ต้องการความต่อเนื่องและการประสานงานที่เข้มข้นกว่างานสาธารณสุขปกติ จึงจำเป็นต้องพัฒนากลไกการทำงานที่เป็นระบบและวัดผลได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการวัดประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันก่อนการวิจัย จึงใช้การประเมินสถานการณ์เริ่มต้นเป็นจุดอ้างอิงในการพัฒนา

การวิเคราะห์ปัญหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มพบประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการที่ขาดกลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาคีเครือข่าย บทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคียังไม่ชัดเจน การแลกเปลี่ยนข้อมูลและทรัพยากรยังไม่เป็นระบบ และขาดแผนการดำเนินงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ด้านการดำเนินงานพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายยังจำกัดอยู่เฉพาะบางกิจกรรม ขาดการบูรณาการงานระหว่างหน่วยงาน การติดตามและประเมินผลยังไม่เป็นระบบและการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายยังไม่ครอบคลุมด้านผลลัพธ์ พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดบางส่วนยังขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนทางสังคมและอาชีพยังไม่ครอบคลุม และขาดการประเมินผลลัพธ์การ

ดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ส่วนด้านความยั่งยืนพบว่าขาดกลไกการขับเคลื่อนงานที่ต่อเนื่อง มีการพึ่งพาบุคลากรหลักมากเกินไป และขาดการสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมระยะยาว

อย่างไรก็ตาม มีภาคีเครือข่ายบางส่วนแสดงความกังวลและความเห็นที่แตกต่าง โดยเฉพาะด้านภาระงานที่อาจเพิ่มขึ้นจากการมีระบบใหม่ ในขณะที่มีงานประจำอยู่แล้วเยอะ ด้านความยั่งยืนของการสนับสนุนที่กังวลว่าเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลงอาจกลับไปเป็นแบบเดิม และด้านความเป็นส่วนตัวของข้อมูลที่ต้องระวังในการแชร์ข้อมูลผู้ป่วย เนื่องจากบางครอบครัวอาจไม่ยอมให้คนอื่นทราบ ประเด็นเหล่านี้ได้รับการนำไปพิจารณาในการออกแบบรูปแบบ DINJEE Model ให้เหมาะสมกับความต้องการและข้อจำกัดของทุกฝ่าย

การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 วงรอบ การวิจัยได้พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ชื่อ "DINJEE Model" ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันแบบวงจรต่อเนื่อง โดย Direction และ Integration เป็นรากฐาน, Network Committee เป็นกลไกขับเคลื่อน, Joint Activities เป็นการปฏิบัติ, Empowerment เป็นการพัฒนาศักยภาพ และ Evaluation & Exchange เป็นการปรับปรุงต่อเนื่อง รายละเอียดแต่ละองค์ประกอบมีดังนี้

องค์ประกอบที่ 1: Direction (ทิศทางร่วม) เน้นการกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วม การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ และการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ CBTx แบบมีส่วนร่วม กิจกรรมหลัก ได้แก่ การระดมความคิดเห็น การจัดทำแผนปฏิบัติการ และการกำหนด MOU ระหว่างหน่วยงาน ทิศทางที่ชัดเจนนี้ นำไปสู่การบูรณาการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบที่ 2: Integration (บูรณาการ) มุ่งเน้นการบูรณาการทรัพยากร ครอบคลุมคน เงิน วัสดุ อุปกรณ์ และข้อมูล รวมทั้งการประสานแผนงานระหว่างหน่วยงาน กิจกรรมหลัก ได้แก่ การจัดทำฐานข้อมูลทรัพยากรร่วม การประสานแผนงานประจำปี และการจัดสรรงบประมาณร่วม การบูรณาการที่เป็นระบบต้องมีกลไกบริหารจัดการที่เข้มแข็ง

องค์ประกอบที่ 3: Network Committee (คณะกรรมการเครือข่าย) เป็นกลไกขับเคลื่อนผ่านการจัดตั้งคณะกรรมการ CBTx ที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วน การกำหนดโครงสร้างและบทบาทที่ชัดเจน และการประชุมประจำเดือน กิจกรรมหลัก ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการ การประชุมประจำ และการรายงานผลคณะกรรมการที่มีประสิทธิภาพจะขับเคลื่อนให้เกิดกิจกรรมร่วมที่เป็นรูปธรรม

องค์ประกอบที่ 4: Joint Activities (กิจกรรมร่วม) เป็นการแปลงแผนสู่การปฏิบัติ ผ่านกิจกรรมที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน การค้นหาและคัดกรองแบบบูรณาการ การบำบัดฟื้นฟูและพัฒนาอาชีพ และการติดตามแบบทีมสหวิชาชีพ กิจกรรมหลัก ได้แก่ การสำรวจชุมชน การจัดกลุ่มบำบัด การฝึกอาชีพ และการเยี่ยมบ้าน กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยภาคีที่มีศักยภาพ

องค์ประกอบที่ 5: Empowerment (เสริมพลัง) มุ่งพัฒนาศักยภาพภาคีตามบทบาท สร้างความ

เชื่อมั่นและแรงจูงใจ และส่งเสริมการเรียนรู้ กิจกรรมหลัก ได้แก่ การอบรมพัฒนาศักยภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสร้างแรงจูงใจ ภาคีที่ได้รับการเสริมพลัง ต้องมีระบบประเมินเพื่อการปรับปรุง

องค์ประกอบที่ 6: Evaluation & Exchange (ประเมินและแลกเปลี่ยน) เป็นกลไกการเรียนรู้และปรับปรุงต่อเนื่อง ผ่านการติดตามประเมินผล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการปรับปรุงการดำเนินงาน กิจกรรมหลัก ได้แก่ การประเมินรายไตรมาส การถอดบทเรียน และการปรับปรุงแผนงาน ผลการประเมินนำกลับไปสู่การปรับปรุงทิศทางในรอบใหม่ ทำให้เป็นระบบที่พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

DINJEE Model จึงเป็นระบบองค์รวมที่องค์ประกอบทั้ง 6 ทำงานร่วมกันในลักษณะของวงจรการพัฒนาต่อเนื่อง โดยที่ Direction และ Integration สร้างรากฐานที่เข้มแข็งและทิศทางที่ชัดเจน Network Committee ทำหน้าที่เป็นกลไกการบริหารจัดการและการขับเคลื่อน Joint Activities แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมของความร่วมมือ Empowerment สร้างความยั่งยืนผ่านการพัฒนาศักยภาพ และ Evaluation & Exchange รับประกันการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ความเชื่อมโยงแบบวงจรนี้ทำให้รูปแบบมีประสิทธิภาพสูง สามารถปรับตัวตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงได้ และสอดคล้องกับหลักการ Participatory Action Research ที่เน้นการเรียนรู้และการปรับปรุงผ่านการปฏิบัติจริง

ผลการประเมินการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น

หลังการใช้รูปแบบ DINJEE Model การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .001$) โดยด้านการประสานงานและแลกเปลี่ยนทรัพยากรมีการปรับปรุงสูงสุด จากระดับ



น้อย (2.65±0.72) เป็นระดับมาก (4.12±0.48) คิดเป็นการเพิ่มขึ้น 1.47 คะแนน (95% CI: 1.28-1.66) รองลงมาคือด้านการติดตามและประเมินผลที่เพิ่มขึ้น 1.46 คะแนน (95% CI: 1.25-1.67) ด้านการวางแผน และกำหนดนโยบายเพิ่มขึ้น 1.12 คะแนน (95% CI:

0.94-1.30) และด้านการดำเนินกิจกรรมเพิ่มขึ้น 0.86 คะแนน (95% CI: 0.69-1.03) คะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (2.95±0.70) เป็นระดับมาก (4.18±0.54) คิดเป็นการปรับปรุง 1.23 คะแนน (95% CI: 1.06-1.40) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนและหลังการพัฒนา (n=50)

ด้านการมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	การเปลี่ยนแปลง	95% CI	t	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean ± S.D.			
การวางแผนและกำหนดนโยบาย	3.24 (0.67)	4.36 (0.52)	+1.12 ± 0.63	0.94-1.30	12.45	<.001*
การดำเนินกิจกรรม	3.42 (0.58)	4.28 (0.61)	+0.86 ± 0.61	0.69-1.03	9.87	<.001*
การประสานงานและแลกเปลี่ยนทรัพยากร	2.65 (0.72)	4.12 (0.48)	+1.47 ± 0.68	1.28-1.66	15.23	<.001*
การติดตามและประเมินผล	2.48 (0.81)	3.94 (0.56)	+1.46 ± 0.75	1.25-1.67	13.67	<.001*
รวม	2.95 (0.70)	4.18 (0.54)	+1.23 ± 0.59	1.06-1.40	14.56	<.001*

ผลการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ DINJEE Model พบการเพิ่มขึ้นในทุกตัวชี้วัด โดยการเข้าร่วมประชุมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 64.0 (32/50) เป็น ร้อยละ 92.0 (46/50) คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 43.8 การติดตามผู้ป่วยยาเสพติดเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 68.0 (32/47) เป็น ร้อยละ 94.0 (44/47) คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 38.2 การประสานงานผ่านระบบสื่อสารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 2.4±1.2 ครั้งต่อเดือน เป็น 15.6±3.8 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 550.0 จำนวน

กิจกรรมร่วมเพิ่มขึ้นจาก 1.8±0.9 กิจกรรมต่อเดือน เป็น 4.2±1.1 กิจกรรมต่อเดือน คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 133.3 ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นจาก 3.12±0.68 เป็น 4.28±0.52 คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 37.2 จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้าระบบการดูแลเพิ่มขึ้นจาก 32 คน เป็น 47 คน คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 46.9 และอัตราการกลับไปเสพซ้ำลดลงจาก ร้อยละ 32.0 (8/25) เป็น ร้อยละ 15.0 (6/40) คิดเป็นการลดลง ร้อยละ 53.1 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวชี้วัด	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	การเปลี่ยนแปลง (%)	หมายเหตุ
การเข้าร่วมประชุมของภาคีเครือข่าย (%)	64.0 (32/50)	92.0 (46/50)	+43.8	*ข้อมูลจาก 6 ครั้งการประชุม
การติดตามผู้ป่วยยาเสพติด (%)	68.0 (32/47)	94.0 (44/47)	+38.2	*ติดตาม 3 เดือน, dropout 3 คน
การประสานงานผ่านระบบสื่อสาร (ครั้ง/เดือน)	2.4 ± 1.2	15.6 ± 3.8	+550.0	*ข้อมูลจากกลุ่มไลน์และโทรศัพท์
จำนวนกิจกรรมร่วม (กิจกรรม/เดือน)	1.8 ± 0.9	4.2 ± 1.1	+133.3	*ไม่รวมการประชุมประจำ
ความพึงพอใจของภาคีเครือข่าย (คะแนน/5)	3.12 ± 0.68	4.28 ± 0.52	+37.2	*n=50, paired t-test
จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้าระบบการดูแล (คน)	32	47	+46.9	*ข้อมูลสะสม 6 เดือน
อัตราการกลับไปเสพยา (%)	32.0 (8/25)	15.0 (6/40)	-53.1	*ติดตาม 6 เดือน, lost to follow-up 7 คน

ความพึงพอใจต่อรูปแบบ DINJEE Model

ผลการประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อรูปแบบ DINJEE Model พบว่า ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจในระดับมากทุกประเด็น โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 4.28 ± 0.62 เมื่อพิจารณารายประเด็น พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมมีคะแนนสูงสุด (4.38 ± 0.52) รองลงมาคือการนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน (4.35 ± 0.55) ความเหมาะสมของรูปแบบการมีส่วนร่วม (4.32 ± 0.58) ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ (4.28 ± 0.62) และความเป็นไปได้ในการขยายผล (4.26 ± 0.61) ประสิทธิภาพของการประสานงาน (4.24 ± 0.65) และความต่อเนื่องของการดำเนินงาน (4.22 ± 0.68) ตามลำดับ ประเด็นที่มีคะแนนต่ำสุดคือการได้รับการพัฒนาศักยภาพ (4.18 ± 0.72) ซึ่งมีค่า

เบี่ยงเบนมาตรฐานสูงที่สุด บ่งชี้ว่าอาจมีความแตกต่างของความเห็นในกลุ่มภาคีเครือข่ายในประเด็นนี้

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

จากการวิเคราะห์เนื้อหา พบประเด็นสำคัญ 4 หมวดหมู่หลัก ดังนี้

หมวดหมู่ที่ 1 กลไกการทำงาน ภาคีเครือข่ายให้ความเห็นว่าการมีคณะกรรมการ CBTx ที่มีบทบาทชัดเจนช่วยให้การทำงานเป็นระบบมากขึ้น "ตอนนี้เรามีคณะกรรมการ CBTx ที่ทุกคนรู้หน้าที่ชัดเจน มีการประชุมประจำเดือน มีการติดตามงานกันเป็นระบบ ไม่เหมือนเมื่อก่อนที่งานกระจัดกระจาย" (ผู้นำชุมชน)

หมวดหมู่ที่ 2 ความร่วมมือ การทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ มีพัฒนาการที่ดีขึ้น "การทำงานร่วมกันดีขึ้นมาก ทุกหน่วยงานช่วยกันตาม



บทบาท ไม่ใช่ปล่อยให้สาธารณสุขทำคนเดียว" (บุคลากรสาธารณสุข)

หมวดหมู่ที่ 3 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย คุณภาพการดูแลผู้ติดยาเสพติดและทัศนคติของชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงในทางบวก"ผู้ป่วยได้รับการดูแลดีขึ้น มีคนติดตาม มีกิจกรรมให้เข้าร่วม ชุมชนก็เริ่มมองผู้เสพเป็นผู้ป่วยมากขึ้น" (อาสาสมัครสาธารณสุข)

หมวดหมู่ที่ 4 นวัตกรรมชุมชน การเกิดขึ้นของระบบที่เลี้ยงชุมชนเป็นนวัตกรรมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

อภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ผลการศึกษาศถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนการพัฒนาพบว่า การมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.95 ± 0.70) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการติดตามและประเมินผลมีคะแนนต่ำสุด (2.48 ± 0.81) และด้านการประสานงานและแลกเปลี่ยนทรัพยากรอยู่ในระดับน้อย (2.65 ± 0.72) ผลการศึกษานี้สะท้อนปัญหาหลักที่พบในการดำเนินงาน CBTx คือ การขาดกลไกการทำงานร่วมกันที่เป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานิการวรรณ ตตินันท์พร (2565) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติดในอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ยังต้องการการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ติดยาเสพติดในระดับครอบครัวและชุมชนให้เข้มแข็งมากขึ้น รวมถึงการส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

การค้นพบที่สำคัญคือ แม้ว่าด้านการดำเนินกิจกรรมจะมีคะแนนสูงสุด (3.42 ± 0.58) แต่ยังคงอยู่ใน

ระดับปานกลาง สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่าภาคีเครือข่ายมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน แต่ขาดการเชื่อมโยงและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิชญ์ โคตรวิชา และคณะ (2567) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกควบคู่กับความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน เพื่อให้เกิดกลไกการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ

การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

การพัฒนาารูปแบบ DINJEE Model ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันแบบวงจรต่อเนื่อง เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการวิจัยครั้งนี้ รูปแบบดังกล่าวได้รับการพัฒนาผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3 วงรอบ ซึ่งสอดคล้องแนวคิดของ Hayashi และคณะ (2012) ที่เน้นว่า การวิจัยแบบมีส่วนร่วมมีได้เป็นเพียงกลยุทธ์ในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น แต่ยังเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมศักยภาพของประชากรกลุ่มนี้อย่างเป็นทางการ

องค์ประกอบของ DINJEE Model มีความเชื่อมโยงกับแนวคิดจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายเรื่อง โดย Direction และ Integration สอดคล้องกับการศึกษาของอณัญญา ขุนศรี และคณะ (2564) ที่เน้นการสร้าง ความเข้าใจและการบูรณาการทรัพยากร Network Committee สะท้อนแนวคิดของ Lazarus และคณะ (2014) ที่เน้นการจัดตั้งคณะกรรมการที่ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาคส่วน Joint Activities สอดคล้องกับการศึกษาของปรัชญา นีคำเหลือ และคณะ (2566) ที่เน้นกิจกรรมร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ Empowerment สะท้อนแนวคิดของประพัทธ์ ธรรมวงศา (2567) ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพภาคี และ Evaluation & Exchange สอดคล้องกับการศึกษาของ

เยาวชน ชาววิเศษ (2568) ที่เน้นความต่อเนื่องของการติดตามประเมินผล

ความแตกต่างที่สำคัญของ DINJEE Model คือ การเชื่อมโยงองค์ประกอบทั้ง 6 แบบวงจรต่อเนื่อง ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยอื่นที่มักเน้นองค์ประกอบแยกจากกัน การออกแบบแบบวงจรนี้ทำให้รูปแบบมีความยืดหยุ่นและสามารถปรับตัวตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ Participatory Action Research ที่เน้นการเรียนรู้และการปรับปรุงผ่านการปฏิบัติจริง

รูปแบบ DINJEE Model ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอนของ Cohen และ Uphoff (1980) อย่างเป็นระบบ โดย Direction และ Network Committee สะท้อนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ Joint Activities และ Integration แสดงการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน Empowerment เป็นการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ Evaluation & Exchange เป็นการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ความแตกต่างจากงานวิจัยอื่นคือการบูรณาการ 4 ขั้นตอนให้เกิดขึ้นพร้อมกันในรูปแบบวงจรต่อเนื่อง และการสร้างกลไกป้อนกลับที่ทำให้ระบบพัฒนาตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ Participatory Action Research ที่เน้นการเรียนรู้และปรับปรุงผ่านการปฏิบัติจริง

การประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น

ผลการประเมินผลการใช้รูปแบบ DINJEE Model แสดงให้เห็นการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .001$) โดยคะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.95 ± 0.70 เป็น 4.18 ± 0.54 คิดเป็นการปรับปรุง 1.23 คะแนน (95% CI: 1.06-1.40) ผลลัพธ์นี้มีความโดดเด่นเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นๆ ในสาขาเดียวกัน

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Kaewkham และคณะ (2019) ที่เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรม FAST กับ PMK พบว่า DINJEE Model ให้ผลการปรับปรุงที่ครอบคลุมมากกว่า โดยเฉพาะด้านการประสานงานและแลกเปลี่ยนทรัพยากรที่เพิ่มขึ้น 1.47 คะแนน ซึ่งเป็นการปรับปรุงสูงสุด สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถแก้ไขปัญหาหลักที่พบในการดำเนินงาน CBTx ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ด้านการติดตามผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจาก 68.0% เป็น 94.0% และการลดลงของอัตราการกลับไปเสพยาจาก 32.0% เป็น 15.0% สอดคล้องกับการศึกษาของนริศ คมจิตร (2567) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเสริมแรงจิตใจและสร้างความต่อเนื่องในกระบวนการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม อัตราการกลับไปเสพยาที่ลดลงถึง 53.1% ในการศึกษาชิ้นนี้เป็นผลลัพธ์ที่ดีเยี่ยมเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาส่วนใหญ่ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการบูรณาการองค์ประกอบต่างๆ ในรูปแบบ DINJEE Model ที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ

ข้อจำกัดและความท้าทายในการปฏิบัติ

การดำเนินงาน 3 วงรอบพบความท้าทายสำคัญ ได้แก่ การจัดเวลาประชุมของภาคีที่มีภาระงานหนาแน่น การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่มีวัฒนธรรมองค์กรแตกต่าง และความกังวลเรื่องความยั่งยืนหลังสิ้นสุดโครงการ ความสำเร็จของการวิจัยได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเอื้ออำนวยหลายประการ เช่น ผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง การมีประสบการณ์ทำงานร่วมกันมาก่อน และการสนับสนุนจากระดับอำเภอ ซึ่งอาจไม่พบในทุกพื้นที่ นอกจากนี้ ระยะเวลาติดตาม 6 เดือนอาจไม่เพียงพอในการประเมินความยั่งยืนระยะยาว และการไม่



มีกลุ่มควบคุมทำให้ไม่สามารถแยกแยะผลกระทบจากปัจจัยอื่นได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยและข้อจำกัดที่พบ ผู้วิจัยเสนอข้อเสนอแนะ 3 ประการ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ในพื้นที่อื่น

ควรมีการปรับรูปแบบ DINJEE Model ให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น โดยเฉพาะการกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายและการจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับศักยภาพของแต่ละพื้นที่ ควรเริ่มต้นจากการสร้างความเข้าใจและการยอมรับจากผู้นำชุมชนก่อนขยายไปสู่ภาคีเครือข่ายอื่น พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและอบรมภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับนโยบาย

ควรบูรณาการรูปแบบ DINJEE Model เข้ากับนโยบาย CBTx ระดับชาติ โดยกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการดำเนินงาน จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาภาคีเครือข่ายในระดับตำบล และพัฒนาระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงาน CBTx ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นตัวชี้วัดหลัก

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ DINJEE Model ในระยะยาวและเปรียบเทียบกับวิธีการดำเนินงาน CBTx แบบดั้งเดิมอย่างเป็นระบบ รวมถึงการศึกษาต้นทุนและประโยชน์ทางเศรษฐกิจ และการทดสอบการประยุกต์ใช้ในบริบทพื้นที่และกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ขยายผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อ้างอิง

- นิภาวรรณ ตติยนันทพร. (2565). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติดอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 16(2), 581-596.
- นริศ คมจิตร. (2567). ผลการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลหัวโทน อำเภอ สุวรรณภูมิ. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(6), 355-365.
- ปรัชญา นีคำเหลือ และพงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์ (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วมอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, 2(3), 115-129.
- ประพัทธ์ ธรรมวงศา. (2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 6(1), e268174-e268174.

วิชาญ โคตรวิชา, เกรียงไกร บุญประจง, จันทร์เพ็ญ สีชมภู, และสนุก สิงห์มาตร. (2567). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังยาเสพติด กรณีศึกษา: บ้านกุดเสถียร ตำบลสร้างมิ่ง อำเภอลือเมฆา จังหวัดยโสธร. *วารสารวิชาการรัตนบัณฑิต*, 6(1), 292-305.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2566). *รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทย พ.ศ. 2566*. สำนักงาน ป.ป.ส.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำรง. (2566). *รายงานสถานการณ์ยาเสพติดอำเภอดำรง ประจำปี 2566*. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำรง.

อณัญญา ขุนศรี, พรสุข หนุ่นรัตน์จิตต์, และพรศักดิ์ หนุ่นรัตนทร์. (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 8. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(11), 82-98.

เยาวภา ขาววิเศษ. (2568). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์ และสุขภาพ*, 10(2), 833-842.

Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). *Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity*. *World Development*, 8(3), 213-235.

Hayashi, K., Fairbairn, N., Suwannawong, P., Kaplan, K., Wood, E., & Kerr, T. (2012). Collective empowerment while creating knowledge: A description of a community-based participatory research project with drug users in Bangkok, Thailand. *Journal of Addictive Diseases*, 31(3), 502-510. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.644110>

Kaewkham, N., Leelahanaj, T., Yingwiwattanapong, J., & Rattanasumawong, W. (2019). The effectiveness of military hospital-based drug treatment program (PMK) when compared with the traditional community-based drug treatment program (FAST). *BMC Health Services Research*, 19(656). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4479-1>

Kemmis, S., & McTaggart, R. (2000). Participatory action research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 567-605). Sage Publications.

Lazarus, L., Shaw, A., LeBlanc, S., Martin, E., Marshall, Z., Weersink, K., Benoit, C., Oleson, M., Lalonde, C., & Hwang, S. W. (2014). Establishing a community-based participatory research partnership among people who use drugs in Ottawa: The PROUD cohort study. *Harm Reduction Journal*, 11(26), 1-9.

<https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-26>

UNODC. (2020). *Community-based treatment and care for drug use disorders*. United Nations Office on Drugs and Crime.

WHO. (2019). *Community-based treatment and rehabilitation for drug use disorders*. World Health Organization.