การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่ตำบลดงมูลอำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

The Development of a Community Participatory Treatment Model for Substance Abuse in Dong Mun Subdistrict, Nong Kung Si District, Kalasin Province.

(Received: January 26,2026 ; Revised: February 6,2026 ; Accepted: February 8,2026)

เสาวนีย์ บุตรวงศ์[1]
Saowanee Butwong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดของตำบลดงมูล อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) ประเมินรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ร่วมกับระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัด 30 คน ครอบครัว ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า มีอัตราการเลิกใช้สารเสพติดได้สำเร็จร้อยละ 73.3 ที่ 6 เดือน อัตราการกลับไปเสพซ้ำร้อยละ 26.7 ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลย้อนหลังของการบำบัดรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนคุณภาพชีวิต ภูมิคุ้มกันทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จ ได้แก่ ระดับภูมิคุ้มกันทางจิตใจ (OR=3.45) การมีอาชีพและรายได้ (OR=3.12) การสนับสนุนจากครอบครัว (OR=2.98) การสนับสนุนจากชุมชน (OR=2.76) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม (OR=2.54) ความเหมาะสมของรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.71) ความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก (Mean=4.01) และผู้เข้ารับการบำบัดมีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean=4.47)

คำสำคัญ: การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, BI-HEART Model

ABSTRACT

This research aimed to 1) analyze the problems of substance abuse treatment in Dong Mun Sub-district, Nong Kung Si District, Kalasin Province, 2) develop a community-based treatment model for substance abusers, and 3) evaluate the community-based treatment model for substance abusers. This study employed Research and Development methodology using Participatory Action Research (PAR) combined with Mixed Methods Research. The sample consisted of 30 substance abusers receiving treatment, families, community leaders, public health officers, and village health volunteers. The research was conducted from January to December 2025. Research instruments included questionnaires, interview guides, observation forms, and recording forms. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The evaluation of the BI-HEART Model demonstrated a 73.3% success rate in substance cessation at 6 months, with a relapse rate of 26.7%, significantly lower than historical data from conventional treatment approaches. Quality of life, psychological resilience, and social support scores increased significantly ($p<0.001$). Factors associated with treatment

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

success included psychological resilience level (OR=3.45), employment and income (OR=3.12), family support (OR=2.98), community support (OR=2.76), and participation in group activities (OR=2.54). The model's appropriateness was rated at the highest level (Mean=4.71), feasibility at a high level (Mean=4.01), and participant satisfaction at a high level (Mean=4.47).

Keywords: Substance Abuse Treatment, Community Participation, Participatory Action Research, BI-HEART Model

บทนำ

ปัจจุบันปัญหายาเสพติดในประเทศไทยเพิ่มทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศทุกด้าน จากข้อมูลในปีพ.ศ. 2566 พบว่ามีการจับกุมคดียาเสพติดมากกว่า 250,000 คดี เพิ่มขึ้นจากปี 2565 ร้อยละ 15.3 โดยยาบ้าและเมทแอมเฟตามีนยังคงเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด รองลงมาคือกัญชา และไอซ์ (สำนักงาน ป.ป.ส., 2566) ในขณะเดียวกันสถานการณ์การแพร่ระบาดได้ขยายวงกว้างจากพื้นที่เมืองสู่ชนบท โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด[1]

ผลกระทบด้านสุขภาพจากการใช้ยาเสพติดมีความรุนแรงและซับซ้อน การใช้ยาบ้าและเมทแอมเฟตามีนเป็นระยะเวลานานส่งผลให้เกิดภาวะโรคจิตเภท ความผิดปกติทางอารมณ์ และความบกพร่องด้านการรู้คิด[2]นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพร่วม เช่น โรคตับอักเสบ เอชไอวี/เอดส์ และวัณโรค จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน[3]ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2566 มีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดเกินขนาดมากกว่า 300 ราย และมีผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกว่า 15,000 ราย ด้านผลกระทบทางเศรษฐกิจ การศึกษาของธนาคารแห่งประเทศไทย[4] พบว่าปัญหายาเสพติดสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่ากว่า 170,000 ล้านบาทต่อปี ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการป้องกันและปราบปราม การบำบัดรักษา การสูญเสียผลิตภาพแรงงาน และความเสียหายต่อทรัพย์สิน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทุนมนุษย์ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่ต้องออกจากการศึกษากลางคัน ขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะและความสามารถ[5]

ผลกระทบทางสังคมปรากฏชัดเจนในรูปแบบของปัญหาอาชญากรรม ความรุนแรงในครอบครัว และการแตกสลายของสถาบันครอบครัว สำนักงานตำรวจแห่งชาติ[6] รายงานว่าร้อยละ 60 ของคดีอาชญากรรมมีความเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ขณะที่กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว[7] พบว่าร้อยละ 40 ของกรณีความรุนแรงในครอบครัวมีสาเหตุมาจากการใช้ยาเสพติด ส่งผลให้เกิดปัญหาเด็กและเยาวชนถูกทอดทิ้ง ขาดการดูแลเอาใจใส่ และมีความเสี่ยงต่อการเข้าสู่วงจรยาเสพติด รัฐบาลไทยได้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้ผู้เสพเป็น "ผู้ป่วย" ที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างเหมาะสม โดยพัฒนาศูนย์บำบัด เช่น "มินิธัญญารักษ์" และส่งเสริมทีม "ชุมชนล้อมรักษ์" เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังการบำบัด พร้อมจัดตั้งกรมสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติดเพื่อปรับปรุงโครงสร้างการรักษาในระดับพื้นที่ ทั้งหมดนี้มีเป้าหมายเพื่อสร้างระบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ลดอัตราการเสพซ้ำ และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ อย่างไรก็ตาม การบำบัดรักษาในชุมชนในรูปแบบเดิมที่เน้นการรักษาในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียวพบข้อจำกัดสำคัญ โดยมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูงถึงร้อยละ 30-40 ในช่วง 1 ปีแรกหลังการบำบัด[8] สาเหตุสำคัญมาจากการขาดระบบติดตามดูแลต่อเนื่อง การขาดการสนับสนุนทางสังคม และการกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมที่เสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยา[9] นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการบำบัดรักษา โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล และการตีตราทางสังคมต่อผู้ใช้ยาเสพติด[10]

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ องค์การอนามัยโลก[11] เสนอว่าการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ใช้ยา และต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การศึกษาในหลายประเทศพบว่าโปรแกรมการบำบัดที่มีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมีอัตราความสำเร็จสูงกว่าการบำบัดแบบดั้งเดิม 2-3 เท่า[12] ในประเทศไทย การศึกษาของ วิชัย รูปขำดี และคณะ[13] พบว่าชุมชนที่มีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำต่ำกว่าพื้นที่ที่ไม่มีการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลไกสำคัญคือการสร้างระบบเฝ้าระวังในชุมชน การให้การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างโอกาสในการประกอบอาชีพ[14]

สถานการณ์ของพื้นที่ตำบลดงมูลเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในระดับรุนแรง จากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูฮังพบว่าในปี 2566 มีผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดจำนวน 45 ราย ประสบผลสำเร็จในการบำบัดเพียงร้อยละ 42 และมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำร้อยละ 35 ภายใน 6 เดือนหลังการบำบัด สำหรับการบำบัดผู้ติดยาเสพติดรูปแบบเดิมโดยภาคีเครือข่ายสุขภาพร่วมกับชุมชนยังไม่ครอบคลุมในระดับชุมชน โดยมีส่วนร่วมจากชุมชนค่อนข้างน้อย อาจเนื่องมาจากขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริงในการร่วมแก้ไขปัญหาทั้งก่อนบำบัด ระหว่างบำบัด และหลังการบำบัด

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการพัฒนารูปแบบการบำบัดยาเสพติดที่หลากหลาย โดยการพัฒนารูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการมีส่วนร่วมของชุมชนจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ส่งเสริมความสามัคคีและการสนับสนุนซึ่งกันและกัน อีกทั้งรูปแบบการบำบัดที่มีการมีส่วนร่วมของชุมชนจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการและบริบทของผู้ใช้สารเสพติดได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะลดอัตราการใช้สารเสพติดและการกลับมาใช้ซ้ำได้ นอกจากนี้การบำบัดรักษาที่มีการสนับสนุนจากชุมชนจะช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดมีโอกาสในการฟื้นฟูที่สูงขึ้น เนื่องจากมีเครือข่ายการสนับสนุนที่เข้มแข็ง และที่สำคัญ การวิจัยในเรื่องนี้จะสามารถสร้างแนวทางการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ในชุมชนอื่นๆ ได้ จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนานโยบายสาธารณสุขและการวางแผนการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดในอนาคต โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง โดยต้องคำนึงถึงองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ใช้ยาเสพติด (2) การพัฒนาระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องโดยชุมชน (3) การสร้างเครือข่ายการทำงานระหว่างสถานบริการสุขภาพและชุมชน และ (4) การพัฒนากลไกการสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ[15]

จากสภาพปัญหาและการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คาดว่าผลที่ได้จะทำให้ได้รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลดงมูล อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่งผลให้สามารถลดอัตราการกลับมาเสพซ้ำของผู้ที่ได้รับการบำบัด ซึ่งจะนำไปสู่การลดปัญหาต่างๆ ตามนโยบายสำคัญของการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เน้นการบูรณาการพัฒนาสถานพยาบาลและระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างมีแบบแผน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้ความสำคัญกับการทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยในสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดของตำบลดงมูล อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลดงมูล อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อประเมินรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลดงมูล อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นกระบวนการหลักในการพัฒนารูปแบบ และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการประเมินผล โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา ใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบท และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดในพื้นที่

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ใช้การมีส่วนร่วม (PAR) ในการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาร่วมกับชุมชน ผ่านกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล (Plan-Act-Observe-Reflect)

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบ ใช้แบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการประเมินประสิทธิผล ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความยั่งยืนของรูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ใช้สารเสพติด พื้นที่ตำบลดงมูล

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเป้าหมายในการทดลองใช้รูปแบบผู้ใช้สารเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด จำนวน 30 คน

เกณฑ์คัดเข้า: อายุ 18-60 ปี, ผู้ใช้สารเสพติดประเภทยาบ้า กัญชา หรือสารระเหย, พักอาศัยในตำบลดงมูล, สมัครใจเข้าร่วมโครงการ, สามารถติดตามได้อย่างน้อย 6 เดือน

เกณฑ์คัดออก: มีโรคประจำตัวที่รุนแรง, มีภาวะจิตเภทรุนแรง, ต้องการการบำบัดด้วยยาทดแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 1: การวิเคราะห์สภาพปัญหา

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) จำนวน 5 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ใช้สารเสพติด แบบสัมภาษณ์สำหรับครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้นำชุมชน แบบสัมภาษณ์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแบบสัมภาษณ์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

2) แบบสังเกต (Observation Form) ได้แก่ แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และแบบสังเกตบริบทชุมชนและสภาพแวดล้อม

3) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) ได้แก่ สำหรับการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ

1) แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Report Form) ได้แก่ บันทึกการประชุมพัฒนารูปแบบและบันทึกกิจกรรม PAR

2) คู่มือการดำเนินงานตามรูปแบบ (Operation Manual) ได้แก่ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คู่มือสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข คู่มือสำหรับผู้นำชุมชน และคู่มือสำหรับครอบครัว

3) แบบบันทึกกิจกรรม (Activity Log)

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบ

เครื่องมือเชิงปริมาณ

1) แบบประเมินสถานะการใช้สารเสพติด ประกอบด้วย ประวัติการใช้สารเสพติด ความถี่และปริมาณการใช้สารเสพติดและผลการตรวจปัสสาวะ (Urine Drug Test)

2) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHO Quality of Life-BREF: WHOQOL-BREF) ประเมิน 4 ด้าน: สุขภาพกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

3) แบบวัดภูมิคุ้มกันทางจิตใจ (Psychological Immunization Scale) ได้แก่ประเมินความสามารถในการปฏิเสธสารเสพติด ความมั่นใจในตนเอง และการมีเป้าหมายในชีวิต

4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire)

5) แบบประเมินความพึงพอใจ

เครื่องมือเชิงคุณภาพ

1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ สัมภาษณ์ผู้เข้ารับการบำบัด สัมภาษณ์ครอบครัวและสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ

2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

3) แบบบันทึกภาคสนาม (Field Notes)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบคำนวณค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) ยอมรับค่าตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป ความเชื่อมั่น (Reliability) ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกัน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ยอมรับค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทดลองใช้เครื่องมือ (Pilot Test) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation): ข้อมูล, วิธีการ, และผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล

1) ขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูฮัง, องค์การบริหารส่วนตำบลดงมูล, ผู้นำชุมชนทั้ง 8 หมู่บ้าน

3) จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัยแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

4) สร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจกับชุมชน (Rapport Building)

ระยะที่ 1 การเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา (เดือนที่ 1-2)

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจเบื้องต้น

- ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ: สถิติผู้ติดสารเสพติด, รายงานการบำบัด, แผนงานที่เกี่ยวข้อง

- สำรวจพื้นที่และบริบทชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Community Mapping)

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บข้อมูลเชิงลึก

- สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สัมภาษณ์รายบุคคลตามกลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 กลุ่ม โดยใช้เวลาสัมภาษณ์คนละ 45-60 นาที บันทึกเสียงด้วยความยินยอม

- การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จัด 3 ครั้ง ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดและครอบครัว (10-12 คน) กลุ่มผู้นำชุมชนและ อสม. (10-12 คน) และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (8-10 คน)

- การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) สังเกตกิจกรรมในชุมชน การทำงานของเครือข่าย และบริบททางสังคมวัฒนธรรม

ขั้นตอนที่ 3 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1

- วิเคราะห์ปัญหาร่วมกันด้วยเทคนิค SWOT Analysis

- ระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุปัญหาและแนวทางแก้ไข

- สร้างความเข้าใจร่วมเกี่ยวกับเป้าหมายการวิจัย

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบ (เดือนที่ 3-9) ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) 3 วงรอบ (3 Cycles)

วงรอบที่ 1 การออกแบบและพัฒนารูปแบบเบื้องต้น (เดือนที่ 3-5)

ขั้น Plan (วางแผน) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 ออกแบบรูปแบบการบำบัดรักษาร่วมกัน กำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ กิจกรรม และแนวทางการดำเนินงาน และแบ่งบทบาทหน้าที่และจัดทำแผนปฏิบัติการ

ขั้น Act (ปฏิบัติ) ทดลองนำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มทดลองเบื้องต้น (Pilot Group) 10 คนบันทึกกิจกรรมและผลการดำเนินงานอย่างละเอียด

ขั้น Observe (สังเกต) สังเกตการมีส่วนร่วมของชุมชน ติดตามผลการดำเนินกิจกรรมและบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

ขั้น Reflect (สะท้อนผล) จัดประชุมสะท้อนผลการทดลองใช้รูปแบบ วิเคราะห์ปัญหาและข้อเสนอแนะและปรับปรุงรูปแบบตามข้อมูลที่ได้รับ

วงรอบที่ 2 การปรับปรุงและทดลองใช้รูปแบบ (เดือนที่ 6-7)

ขั้น Plan (วางแผน) ปรับปรุงรูปแบบตามผลการสะท้อนจากวงรอบที่ 1 และวางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนขึ้น

ขั้น Act (ปฏิบัติ) ทดลองนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้กับกลุ่มใหม่ 15 คนและดำเนินกิจกรรมครบทุกองค์ประกอบของรูปแบบ

ขั้น Observe (สังเกต) สังเกตและบันทึกการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและเก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผลลัพธ์

ขั้น Reflect (สะท้อนผล) จัดประชุมสะท้อนผลและปรับปรุงอีกครั้งและปรับแต่งรายละเอียดการดำเนินงาน

วงรอบที่ 3 การปรับปรุงครั้งสุดท้ายและจัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์ (เดือนที่ 8-9)

ขั้น Plan (วางแผน) ปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์และจัดทำคู่มือการดำเนินงานฉบับสมบูรณ์

ขั้น Act (ปฏิบัติ) นำรูปแบบฉบับสมบูรณ์ไปใช้จริง

ขั้น Observe (สังเกต) สังเกตและประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้

ขั้น Reflect (สะท้อนผล) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3 สรุปผลและยืนยันรูปแบบและจัดทำเอกสารรูปแบบฉบับสมบูรณ์

การบันทึกข้อมูลตลอดระยะที่ 2 บันทึกการประชุม (Meeting Minutes) บันทึกกิจกรรม (Activity Log) บันทึกภาคสนาม (Field Notes) บันทึกภาพและวิดีโอ (ด้วยความยินยอม)และบันทึกการสะท้อนคิดของผู้วิจัย (Reflective Journal)

ระยะที่ 3 การเก็บข้อมูลเพื่อประเมินรูปแบบ (เดือนที่ 10-12)

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

การประเมินก่อนเข้าร่วมโครงการ (Pre-test) ประเมินสถานะการใช้สารเสพติด ประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ประเมินภูมิคุ้มกันทางจิตใจ ประเมินการสนับสนุนทางสังคมและตรวจปัสสาวะ (Urine Drug Test)

การประเมินระหว่างโครงการ (Process Evaluation) ติดตามการเข้าร่วมกิจกรรม (Attendance Rate) บันทึกพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (รายสัปดาห์) และตรวจปัสสาวะแบบสุ่ม (Random Urine Test)

การประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ (Post-test) ประเมินซ้ำตัวชี้วัดเดียวกันกับก่อนเข้าร่วม (เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6) ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ ตรวจปัสสาวะยืนยันและการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ในการวิเคราะห์ ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ค่าความถี่ (Frequency), ค่าร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean), ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ในการเปรียบเทียบก่อนและหลัง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์

การบูรณาการข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานแบบอธิบาย (Explanatory Sequential Design) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้อธิบายผลลัพธ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้อธิบายเหตุผลและกระบวนการที่ทำให้เกิดผลลัพธ์นั้น สังเคราะห์ข้อมูลทั้งสองแบบเพื่อสรุปผลการประเมิน

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลดงมูล อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์" เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ร่วมกับระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลในการวิเคราะห์สภาพปัญหา เป็นเพศชาย 25 คน (ร้อยละ 83.3) เพศหญิง 5 คน (ร้อยละ 16.7) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 18-24 ปี (ร้อยละ 40.0) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 46.7) โสด (ร้อยละ 43.3) และหย่าร้าง/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 10.0) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 76.7) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 53.3) เกษตรกรรม (ร้อยละ 33.3) และอื่นๆ (ร้อยละ 13.4)

สถานการณ์การใช้สารเสพติดในพื้นที่ตำบลดงมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า สถานการณ์การใช้สารเสพติดในพื้นที่ตำบลดงมูล มีลักษณะดังนี้

1) ประเภทของสารเสพติดที่มีการแพร่ระบาด 1.1) สารเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด คือ ยาบ้า (ร้อยละ 85.6) รองลงมาเป็น กัญชา (ร้อยละ 10.2) และสารระเหย (ร้อยละ 4.2) 1.2) มีแนวโน้มการใช้ยาบ้าในกลุ่มเยาวชนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงอายุ 18-24 ปี 1.3) พบรูปแบบการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน (Polydrug Use) มากขึ้นโดยเฉพาะยาบ้าร่วมกับกัญชา

2) กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดและพฤติกรรมการใช้ 2.1) กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 18-35 ปี 2.2) พบว่ามีการใช้สารเสพติดในกลุ่มแรงงานรับจ้าง และกลุ่มเกษตรกรเพื่อเพิ่มกำลังในการทำงาน 2.3) ลักษณะการใช้ส่วนใหญ่เป็นการใช้ในกลุ่มเพื่อนและการใช้เพื่อสันทนาการในช่วงเทศกาลหรืองานบุญประเพณี

3) แหล่งที่มาและการเข้าถึงสารเสพติด 3.1) แหล่งจำหน่ายส่วนใหญ่มาจากพื้นที่ใกล้เคียงและมีการซื้อขายผ่านเครือข่ายออนไลน์ 3.2) มีการแพร่ระบาดในพื้นที่ห่างไกลตัวอำเภอและเขตรอยต่อระหว่างตำบล

3.3) ราคายาบ้ามีแนวโน้มลดลง ทำให้เข้าถึงได้ง่ายขึ้น

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดรักษา

1) ผลลัพธ์ด้านการเลิกใช้สารเสพติด พบว่า หลังการบำบัดรักษาตามรูปแบบ BI-HEART Model เป็นระยะเวลา 3 เดือน มีผู้เลิกใช้สารเสพติดได้สำเร็จ (ตรวจไม่พบสารเสพติดในปัสสาวะ) จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 และเมื่อติดตามต่อเนื่องถึง 6 เดือน มีผู้เลิกใช้สารเสพติดได้สำเร็จจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3

2) อัตราการกลับไปเสพซ้ำหลังการบำบัดรักษาตามรูปแบบ BI-HEART Model เปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลัง พบว่า อัตราการกลับไปเสพซ้ำหลังการ

บำบัดรักษาตามรูปแบบ BI-HEART Model ที่ระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 16.7 และ 26.7 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าอัตราการกลับไปเสพซ้ำจากข้อมูลย้อนหลังของการบำบัดรูปแบบเดิมที่มีอัตราการกลับไปเสพซ้ำร้อยละ 28.0 และ 35.0 ที่ระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ

3) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ก่อนและหลังการบำบัดรักษาตามรูปแบบ BI-HEART Modelและ คะแนนภูมิคุ้มกันทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งที่ระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน ($p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการบำบัด

4) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ภูมิคุ้มกันทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกใช้สารเสพติด ($r=0.68$, $p<0.001$) และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r=0.72$, $p<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกใช้สารเสพติด ($r=0.65$, $p<0.001$) ภูมิคุ้มกันทางจิตใจ ($r=0.70$, $p<0.001$) และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r=0.67$, $p<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกใช้สารเสพติด พบว่าปัจจัยทั้ง 5 ด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จในการเลิกใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่มีค่า Odds Ratio สูงสุด คือ ระดับภูมิคุ้มกันทางจิตใจ (OR=3.45) รองลงมาคือ การมีอาชีพและรายได้หลังการบำบัด (OR=3.12) และการสนับสนุนจากครอบครัว (OR=2.98) ตามลำดับ ผู้ติดยาเสพติดที่มีระดับภูมิคุ้มกันทางจิตใจสูง มีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่าผู้ที่มีภูมิคุ้มกันทางจิตใจต่ำ ถึง 3.45 เท่า (95% CI=1.87-6.39, $p<0.001$) ในขณะที่การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความสำเร็จในการฟื้นฟูและกลับเข้าสู่สังคม

ผลการประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้และการยอมรับรูปแบบ

1) ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ BI-HEART Model โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติด 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน 2 คน นักพัฒนาชุมชน 2 คน และตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน พบว่า ความเหมาะสมของรูปแบบ BI-HEART Model ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.71, SD=0.49) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมสูงสุดคือ H: Holistic Treatment และ A: Aftercare & Monitoring (Mean=4.86, SD=0.38) รองลงมาคือ B: Building Community Engagement และ R: Reintegration to Society (Mean=4.71, SD=0.49)

2) ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบ BI-HEART Model ไปใช้ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 35 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน ผู้นำชุมชน 8 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 8 คน ผู้แทนครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด 5 คน และผู้ผ่านการบำบัดที่เลิกได้สำเร็จ 6 คน พบว่า ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบ BI-HEART Model ไปใช้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.01, SD=0.71) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความเป็นไปได้สูงสุดคือ ความเป็นไปได้ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (Mean=4.43, SD=0.61) รองลงมาคือ ความเป็นไปได้ด้านนโยบาย (Mean=4.20, SD=0.63) ส่วนประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความเป็นไปได้ด้านงบประมาณ (Mean=3.54, SD=0.85)

3) ผลการประเมินการยอมรับและความพึงพอใจต่อรูปแบบ ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ BI-HEART Model ของผู้เข้ารับการบำบัดและ

ผู้เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ BI-HEART Model ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.47, SD=0.63) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดคือ การสนับสนุนจากทีมบำบัด (Mean=4.60, SD=0.56) รองลงมาคือ การติดตามดูแลต่อเนื่อง (Mean=4.57, SD=0.57) และกิจกรรมการบำบัดรักษา (Mean=4.53, SD=0.57) ส่วนประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การฟื้นฟูอาชีพและการมีรายได้ (Mean=3.97, SD=0.81) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องต่อรูปแบบ BI-HEART Model (n=30) พบว่า ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ BI-HEART Model ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.43, SD=0.60) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Mean=4.51, SD=0.56) รองลงมาคือ โครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบ (Mean=4.46, SD=0.61) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้สารเสพติด (Mean=4.43, SD=0.65)

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์สภาพปัญหาการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด

สถานการณ์การใช้สารเสพติดในตำบลดงมูล พบว่ายาบ้าเป็นสารเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด (ร้อยละ 85.6) และกลุ่มผู้ใช้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุ 18-35 ปี สอดคล้องกับรายงานของ ป.ป.ส. (2566) และการศึกษาของ Degenhardt et al.[16] ที่พบว่าเมทแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่แพร่หลายในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานชาย ผลการศึกษายังพบแนวโน้มการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน (Polydrug Use) เพิ่มขึ้น

ปัญหาการบำบัดรักษาที่พบใน 6 ด้าน สะท้อนความซับซ้อนที่ต้องการการบูรณาการจากหลายภาคส่วน โดยเฉพาะระบบการบำบัดที่ไม่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน การพบทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชน ได้แก่ ระบบเครือญาติที่เข้มแข็ง วัฒนธรรมฮีตสิบสองคองสิบสี่ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง สอดคล้องกับแนวคิดทุนทางสังคมของ Putnam[17] ที่เน้นความสำคัญของเครือข่ายทางสังคม บรรทัดฐาน และความไว้วางใจ ยังสอดคล้องกับ Laudet & White[18] ที่พบว่าทุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการฟื้นฟูจากการติดสารเสพติด ทุนทางสังคมและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่หลากหลายนี้จึงเป็นจุดแข็งสำคัญในการพัฒนารูปแบบการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนารูปแบบ BI-HEART Model ผ่าน PAR 3 วงรอบ รูปแบบ BI-HEART Model มีองค์ประกอบครอบคลุมทั้งการป้องกัน การบำบัด การฟื้นฟู และการกลับคืนสู่สังคม โดยมีการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแกนหลัก สอดคล้องกับแนวทาง WHO[17] ที่แนะนำการบำบัดแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติและเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรม

ผลลัพธ์ด้านการเลิกใช้สารเสพติด อัตราความสำเร็จร้อยละ 83.3 ที่ 3 เดือนและร้อยละ 73.3 ที่ 6 เดือน สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วไป ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต คะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ Laudet et al.[18] ผลลัพธ์ด้านภูมิคุ้มกันทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม คะแนนภูมิคุ้มกันทางจิตใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ United Nations Office[19] ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ภูมิคุ้มกันทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกใช้สารเสพติด (r=0.68) และคุณภาพชีวิต (r=0.72) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จ ผลนี้ยืนยันความสำคัญของทุกองค์ประกอบในรูปแบบ BI-HEART Model[17]

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยพัฒนารูปแบบ BI-HEART Model ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบผ่าน PAR 3 วงรอบ ผลการประเมินพบอัตราความสำเร็จร้อยละ 73.3 ที่ 6

เดือน อัตราการกลับไปเสพซ้ำร้อยละ 26.7 ปรับปรุงคุณภาพชีวิต ภูมิคุ้มกันทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ ภูมิคุ้มกันทางจิตใจ อาชีพและรายได้ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการยอมรับในระดับมากถึงมากที่สุด รูปแบบ BI-HEART Model จึงเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิผล เหมาะสม และเป็นไปได้ในบริบทชุมชนไทย สามารถเป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่อื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต.(2566). สถิติผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดจำแนกตามกลุ่มอายุ. กระทรวงสาธารณสุข.
2. วิโรจน์ วีรชัย, และคณะ.(2565). ผลกระทบทางจิตเวชและสมองจากการใช้ยาบ้าและเมทแอมเฟตามีนเป็นระยะเวลานาน. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
3. World Health Organization.(2023). Guidelines for the management of substance abuse in community settings. Geneva: WHO Press.
4. ธนาคารแห่งประเทศไทย.(2565). การประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจจากปัญหายาเสพติด. กรุงเทพฯ: ธนาคารแห่งประเทศไทย.
5. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.(2566). ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากปัญหายาเสพติด. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
6. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ.(2566). สถิติคดีอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ.
7. กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว.(2566). รายงานสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัว. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
8. กรมการแพทย์.(2566). รายงานสถิติการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กระทรวงสาธารณสุข.
9. จิตรา จำปา, สมชาย วงศ์ใหญ่, พิมพ์ใจ สุขสันต์.(2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2565;30(2):145-62.
10. สมชาย จักรพันธุ์, และคณะ.(2566). การเข้าถึงบริการบำบัดรักษาและการตีตราทางสังคมในพื้นที่ห่างไกล. นนทบุรี: กรมการแพทย์.
11. World Health Organization.(2017). Drug treatment and community-based rehabilitation: Global perspectives. Geneva: WHO.
12. Johnson K, et al.(2024). Effectiveness of community-based drug rehabilitation: A multi-country study. J Subst Abuse Treat.
13. วิชัย รูปขำดี, และคณะ.(2563). ความเข้มแข็งของชุมชนกับการลดอัตราการเสพซ้ำ. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์. 2565.
14. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. การสนับสนุนทางสังคมและการฝึกอาชีพเพื่อความสำเร็จในการเลิกสารเสพติด. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
15. ประเวศ วะสี.(2565). การพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
16. Degenhardt L, et al.(2018). The global epidemiology of methamphetamine use and harm. Lancet Psychiatry. 2018;5(12):1003-14.
17. Putnam RD.(2000). Bowling alone: The collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster.
18. Laudet AB, White WL.(2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction, and health among former poly-substance users. Subst Use Misuse. 2008;43(1):27-54.
19. United Nations Office on Drugs and Crime.(2020). International standards for the treatment of drug use disorders. Vienna: UNODC.