

ประสิทธิผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของครอบครัว  
ผู้ป่วยยาเสพติดตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

THE EFFECTS OF A PARTICIPATORY PROGRAM ON DRUG PREVENTION BEHAVIOR  
MODIFICATION AMONG FAMILIES OF PERSONS WITH SUBSTANCE USE DISORDER IN NAI  
MUEANG SUB-DISTRICT, MUEANG DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE.

(Received: January 29,2026 ; Revised: February 8,2026 ; Accepted: February 9,2026)

ณรงค์ชัย เคิกศิริ<sup>1</sup>

NARONGCHAI SERKSIRI<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อความรู้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 72 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 36 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที่แบบจับคู่ และสถิติทดสอบที่แบบอิสระ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งด้านความรู้ (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย=3.45; 95%CI 2.66–4.21;  $p<0.001$ ) ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย=9.28; 95%CI 8.18–10.37;  $p<0.001$ ) และด้านพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย=5.61; 95%CI 4.46–6.75;  $p<0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการมีส่วนร่วม; ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด; การมีส่วนร่วมของชุมชน; พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด

Abstract

This quasi-experimental study evaluated the effectiveness of a participatory program on knowledge, family and community participation, and drug-prevention behaviors among families caring for persons with drug problems in Mueang District, Khon Kaen Province, Thailand. Seventy-two primary family caregivers were purposively recruited and assigned to an intervention group (n=36) and a comparison group (n=36). The intervention group received an 8-week participatory program, whereas the comparison group received usual services. Data were collected at baseline and week 8 using a four-part questionnaire covering demographics, knowledge, family and community participation, and drug-prevention behaviors. Descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests were applied with a significance level of 0.05.

Result: At baseline, there were no significant differences between groups. After the intervention, the intervention group scored significantly higher than the comparison group in knowledge (mean difference=3.45; 95% CI 2.66–4.21;  $p<0.001$ ), participation (9.28; 95% CI 8.18–10.37;  $p<0.001$ ), and preventive behaviors (5.61; 95% CI 4.46–6.75;  $p<0.001$ ). Within-group analysis showed significant improvements in the intervention group across all outcomes.

**Keywords:** participatory program; family caregivers; community participation; drug-prevention behaviors; Khon Kaen

<sup>1</sup> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

**บทนำ**

ปัญหาอาเสพติดได้ทวีความรุนแรงต่อเนื่องจนกลายเป็นวิกฤตหลายมิติ กระทบต่อระบบสาธารณสุข สุขภาพพลอดภัย และความมั่นคงของชุมชนในหลายประเทศ รายงานสถานการณ์ล่าสุดของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ระบุว่า ตลาดผิดกฎหมายขยายตัวมากขึ้นและผลกระทบต่อมนุษย์มีความรุนแรง ในปี 2023 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกประมาณ 316 ล้านคน และปัญหานี้ยังสัมพันธ์กับภาระโรคและการเสียชีวิตจำนวนมากในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา<sup>1</sup> นอกจากนี้ ตลาดยาเสพติดสังเคราะห์ขยายตัวรวดเร็วและเป็นความท้าทายต่อระบบสาธารณสุขและการบังคับใช้กฎหมาย<sup>2</sup>

ในบริบทประเทศไทย หลักฐานเชิงวิจัยชี้ว่าการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำไม่ควรพึ่งการดูแลด้านการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ต้องเสริมมิติด้านจิตสังคม ครอบครัว และชุมชนร่วมด้วย งานของสุขุมภรณ์ บุญญาสุ (2567)<sup>3</sup> พบว่าแรงจูงใจและการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้เข้ารับการบำบัด ซึ่งสะท้อนว่าปัจจัยภายในของผู้ป่วยมีบทบาทต่อความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขณะที่ฉวีวรรณ สารบุตร และ สุขุมภรณ์ บุญญาสุ (2566)<sup>4</sup> พบว่าแนวทางที่ผสมผสานการเสริมพลังอำนาจกับแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการลด ละ เลิก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ด้านระบบบริการदाराररण มณีกุลทรัพย์ (2566)<sup>5</sup> ชี้ว่าการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูที่มีโครงสร้างชัดเจนและดำเนินการอย่างเป็นระบบ สามารถยกระดับความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้ และช่วยสนับสนุนผลลัพธ์ด้านการป้องกันการกลับมาเสพ ส่วน ทิพากร วงศ์คำปิ่น และนิธิพัฒน์ เมฆขจร (2565)<sup>6</sup> พบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสามารถเพิ่มความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนประโยชน์ของกระบวนการกลุ่มต่อการขับเคลื่อนการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านชุมชน จันทรา มณีฉาย และคณะ (2565)<sup>7</sup> พบว่าเมื่อชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน จะเกิดความร่วมมือเชิงบูรณาการและเกิดกลไกสนับสนุนการแก้ไขปัญหาได้จริง ขณะเดียวกัน แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมอธิบายว่าเครือข่ายความสัมพันธ์ช่วยให้เข้าถึงข้อมูล ความช่วยเหลือ และการดูแลได้มากขึ้น และการรับรู้ที่ตนได้รับการยอมรับและมีคนคอยสนับสนุนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการคงอยู่ของความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง<sup>8</sup>

ข้อมูลการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของจังหวัดขอนแก่นระบุว่าปีงบประมาณ 2568 มีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา รวม 9,049 คน และอำเภอเมืองขอนแก่นมีจำนวนผู้ป่วยสูงที่สุด 2,375 คน คิดเป็นกว่าร้อยละ 26 ของทั้งจังหวัด อีกทั้งมีผู้ป่วยระดับรุนแรงจำนวนมาก<sup>9</sup> สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่า “ภาระปัญหา” กระจุกตัวในพื้นที่และต้องการมาตรการที่ทำงานได้จริงในระดับครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะมาตรการที่ช่วยให้ครอบครัวมีบทบาทต่อเนื่อง ไม่ใช่เฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในระบบบริการ ด้วยเหตุนี้ การวิจัยจึงนำ “โปรแกรมการมีส่วนร่วม” มาใช้เป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเสพติดของครอบครัวผู้ป่วย โดยพัฒนาบนแนวคิด “การเสริมพลังอำนาจ” ที่มุ่งเพิ่มบทบาทการตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติของผู้เกี่ยวข้อง<sup>10</sup> แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับมุมมองว่าการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นระบบพยุง ช่วยลดแรงกดดัน และช่วยให้ครอบครัวรับมือสถานการณ์เสี่ยงได้ดีขึ้น อีกทั้งการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเชิงป้องกันและคงอยู่ได้ เมื่อออกแบบกระบวนการสื่อสารและการมีส่วนร่วมอย่างเป็นขั้นตอน จะเอื้อต่อการเปลี่ยนจากความรู้และความตั้งใจไปสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ดังนั้น การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการมีส่วนร่วมจึงมีความสำคัญ เพื่อใช้

เป็นแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานระดับครอบครัว และชุมชนในพื้นที่ต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันยาเสพติดของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

## วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอำเภอเมืองขอนแก่น ที่อาศัยอยู่ร่วมชายคาเดียวกับผู้ป่วยยาเสพติด และเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด ปี 2568 กำหนดคุณลักษณะของประชากรเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ สมัครใจร่วมโครงการ และสามารถร่วมกระบวนการจนครบกระบวนการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรม G\*Power โดยกำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติ (Significant Level) ที่ 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ระดับ 0.90 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.80 ผู้วิจัยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้ 1) เลือก Test family ให้อยู่ในตระกูลสถิติทดสอบ t test 2) เลือก Statistical test เป็น Means: Difference between two independent means (two groups) 3) เลือก Type of power analysis เป็นการทดสอบขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (A priori: Compute required sample size-given  $\alpha$ , Power and Effect size) 4) ระบุค่าพารามิเตอร์ที่ใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยการใส่ค่าต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ได้จากงานวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ<sup>11</sup> ได้แก่ Effect size = 0.70 ,  $\alpha$  0.05 และ Power (1 -  $\beta$  err prop) = 0.90 จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน ใช้การสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มแบบใช้หลักการความน่าจะเป็น (Probability Sampling) การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) แบบได้ตัวอย่างแล้วไม่ใส่คืนตามลำดับรายชื่อ โดยเลือกตำบลในเมือง เป็นกลุ่มทดลอง เพราะมีผู้ป่วยมากที่สุด และเลือกตำบลศิลา ซึ่งเป็นอีกตำบลในอำเภอเมืองที่มีลักษณะประชากรและปัญหาใกล้เคียงกันเป็นกลุ่มควบคุม เพื่อลดอคติจากการคัดเลือก (Selectional Manipulation) ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง คือ ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นจำนวน 36 คน ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของ

ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่นจำนวน 36 คน ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมปกติ รวมทั้งหมดเป็น 72 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง และ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ องค์ประกอบของโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันยาเสพติดของครอบครัว โปรแกรมนี้เป็นกระบวนการที่จัดขึ้นสำหรับ “ครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติด” โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพของครอบครัวให้กลายเป็นแกนหลักที่เข้มแข็งในการสนับสนุนผู้ป่วย และป้องกันการกลับไปเสพซ้ำอย่างยั่งยืน โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ด้าน ดังนี้

1.1) การเสริมพลังและสร้างความมั่นใจให้แก่ครอบครัว (Family Empowerment and Confidence Building) กิจกรรมในส่วนนี้เป็นการฟื้นฟูและเสริมสร้างพลังใจของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมักได้รับผลกระทบและความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นให้ครอบครัวในพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเอง เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายและวิธีรับมือกับสถานการณ์วิกฤต เพื่อให้ตนเองมีสภาพจิตใจที่พร้อมจะเป็นที่พึ่งให้ผู้ป่วย สร้างความเข้าใจในคุณค่าของตนเอง และบทบาทของครอบครัว: ส่งเสริมให้ครอบครัวเห็นคุณค่าและความสำคัญของตนเองในกระบวนการฟื้นฟูของผู้ป่วย สร้างความมั่นใจว่าพวกเขาสามารถเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีได้ และตั้งเป้าหมายร่วมกันในครอบครัว ฝึกฝนการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และการดูแลซึ่งกันและกันภายในครอบครัว เพื่อสร้างทิศทางและความร่วมมือที่ชัดเจน

1.2) การเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับครอบครัว (Knowledge and Skill Enhancement for the Family) เป็นการติดอาวุธทางปัญญาและทักษะที่จำเป็นให้แก่ครอบครัว เพื่อให้สามารถรับมือกับปัญหาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยครอบครัวจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องยาเสพติดและวงจรการเสพติด เรียนรู้ว่าการติดยาเสพติดเป็นโรคชนิดหนึ่งที่ส่งผลต่อสมอง เข้าใจสาเหตุและปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกลับไปเสพซ้ำ ทักษะการสื่อสารเชิงบวกและการสนับสนุน: ฝึกฝนวิธีการพูดคุยที่สร้างสรรค์ การให้กำลังใจ การสะท้อนความรู้สึก และการหลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ทำลายล้าง เช่น การตำหนิตอกย้ำ หรือกล่าวโทษ และทักษะการป้องกันและจัดการสถานการณ์เสี่ยง จัดกิจกรรมสถานการณ์จำลอง (Role-playing) เพื่อให้ครอบครัวได้ฝึกตอบสนองต่อพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และเรียนรู้วิธีสร้างสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยจากปัจจัยกระตุ้น

1.3) การสร้างเครือข่ายสนับสนุนในครอบครัว และชุมชน (Building Support Networks) เป็นกิจกรรมเพื่อลดความโดดเดี่ยวของครอบครัว และเชื่อมโยงพวกเขาเข้ากับระบบการสนับสนุนที่จะช่วยประคับประคองทั้งครอบครัวและผู้ป่วยในระยะยาว ผ่านกิจกรรมการจัดกลุ่มสนับสนุนสำหรับครอบครัว (Family Support Group) สร้างพื้นที่ปลอดภัยให้ครอบครัวต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการได้มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แบ่งปันปัญหา และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนที่มีพลัง การเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน ให้ข้อมูลและประสานงานให้ครอบครัวได้รู้จักและเข้าถึงแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือกลุ่มกิจกรรมในชุมชน และส่งเสริมบทบาทของชุมชนในการโอบอุ้ม: กระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ไม่ตีตรา และพร้อมให้อาสา

แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้พวกเขาสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขและยั่งยืน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่:

2.1) ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย จำนวน 7 ข้อ

2.2) ส่วนที่ 2 ความรู้ในการป้องกันยาเสพติด เป็นลักษณะคำถามแบบถูกผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ 10 คะแนน

2.3) ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง น้อย

2.4) ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้าน โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.66-1.00 และความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด

และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR-20 ในด้านความรู้ในการป้องกันยาเสพติด และใช้ Cronbach's alpha coefficient ในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว โดยได้ค่าความเชื่อมั่นในด้านความรู้ในการป้องกันยาเสพติดเท่ากับ 0.77 โดยใช้ KR-20 และ ใช้ Cronbach's alpha coefficient ในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว เท่ากับ 0.81

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ที่มี 2 กลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มควบคุม) และมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design) โดยมีขั้นตอนหลักในการดำเนินงานตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

#### 1) ระยะเวลาการทดลอง (Pre-test)

**สัปดาห์ที่ 1** ผู้วิจัยจะเข้าสู่พื้นที่ตำบลในเมืองและตำบลศิลาเพื่อพบปะและชี้แจงรายละเอียดโครงการแก่ครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และมีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย

**สัปดาห์ที่ 2** ดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเป็นทางการ และเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานรวมถึงข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) จากทั้ง 2 กลุ่มทดลอง และ 2 กลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันที่ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

#### 2) ระยะเวลาการทดลอง (Intervention)

โปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด จะดำเนินการกับ กลุ่มทดลอง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมย่อยที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ดังนี้:

**สัปดาห์ที่ 1-2** กิจกรรมให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ

**กิจกรรมให้ความรู้เชิงลึก:** ผู้วิจัยจะบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติดต่อสมองและร่างกาย วงจรการเสพติด สาเหตุของการ

กลับไปเสพซ้ำ และบทบาทสำคัญของครอบครัวในฐานะปัจจัยปกป้องที่เข้มแข็งที่สุด

**กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างสัมพันธ์:** จัดกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อให้สมาชิกแต่ละครอบครัวได้ทำความรู้จัก สร้างความไว้วางใจ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยและเป็นเครือข่ายสนับสนุนตั้งแต่เริ่มต้น

**สัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมเสริมพลังด้านทักษะ**

**กิจกรรมเสริมพลังด้านทักษะการสื่อสารเชิงบวก:** จัดการฝึกปฏิบัติและสถานการณ์จำลอง (Role-playing) เพื่อให้ครอบครัวได้ฝึกฝนทักษะการพูดคุยเพื่อสร้างกำลังใจ การรับฟังอย่างลึกซึ้ง และการสื่อสารเมื่อเกิดความขัดแย้ง

**กิจกรรมเสริมพลังด้านการจัดการความเครียด:** ให้ความรู้และฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ดูแล เพื่อให้สามารถจัดการอารมณ์ของตนเองและเป็นที่ยึดทางใจให้แก่ผู้ป่วยได้

**สัปดาห์ที่ 5-6 กิจกรรมวางแผนและสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย**

**กิจกรรมระดมสมองร่วมกัน:** วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในบ้านและชุมชน จากนั้นจึงร่วมกันวางแผนปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเลิกยาเสพติด เช่น การจัดการการใช้เงินของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้เวลาว่าง

**สัปดาห์ที่ 7-8 กิจกรรมสรุปบทเรียนและวางแผนส่งต่อ**

**กิจกรรมสรุปและทบทวน:** สรุปบททวนความรู้และทักษะทั้งหมดที่ได้เรียนรู้มาตลอดโครงการ

**กิจกรรมวางแผนระยะยาว:** ร่วมกันวางแผนการดูแลในระยะยาว และให้ข้อมูลช่องทางการขอความช่วยเหลือหรือการส่งต่อในชุมชน เพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืน

### 3) การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test)

สัปดาห์ที่ 8 เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลจากทั้งสองกลุ่มอีกครั้ง (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมทุกประการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์และเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย**

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่  $\alpha=0.05$

1) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75

2) การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (Intragroup Comparison) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ในแต่ละตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด จะใช้สถิติ Paired t-test

3) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Intergroup Comparison) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในแต่ละตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด จะใช้สถิติ Independent t-test

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ขอนแก่น รหัสโครงการ COE 055/2568 ลงวันที่  
12 กันยายน 2568

### ผลศึกษา

1) กลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 34.36 (SD. = 6.38) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 58.3 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 66.7 มีมัธยฐานของรายได้ 4,250 บาท ( $P_{25} = 2,500$  บาท :  $P_{75} = 6,000$  บาท) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 78.0 อาศัยอยู่กับบิดา มารดา ร้อยละ 36.1 ตามลำดับ

2) กลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 69.4 มีอายุเฉลี่ย 32.67 (SD. = 9.92) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 69.4 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 41.7 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท ( $P_{25} = 3,500$  บาท :  $P_{75} = 10,000$  บาท) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 86.1 อาศัยอยู่กับบิดา มารดา ร้อยละ 27.8 ตามลำดับ

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยต่างๆสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันยาเสพติด 3.45 คะแนน (95% CI = 2.66-4.21) การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว 9.28 คะแนน (95% CI = 8.18-10.37) และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด 5.61 คะแนน (95% CI = 4.46-6.75)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้ในการป้องกันยาเสพติด	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	4.63	1.39	0.03	-0.57-0.62	0.09	0.926
		กลุ่มเปรียบเทียบ	4.66	1.14				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	7.72	1.73	3.45	2.66-4.21	8.85	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	4.27	1.56				
การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	15.94	2.75	0.19	-0.99-1.38	0.325	0.745
		กลุ่มเปรียบเทียบ	15.75	2.28				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	25.36	2.58	9.28	8.18-10.37	16.87	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	16.08	2.04				
พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	14.52	2.09	1.00	-0.05-2.05	1.89	0.061
		กลุ่มเปรียบเทียบ	15.52	2.37				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	22.38	3.15	5.61	4.46-6.75	9.80	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	16.77	1.35				

\*\*p-value<0.01

4) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยา

เสพติดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

4.1) กลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยต่างๆ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันยาเสพติด 3.09 คะแนน (95% CI = 2.34-3.82) การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว 9.42 คะแนน (95% CI = 8.18-10.65) และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด 7.86 คะแนน (95% CI = 6.50-9.21)

4.2) กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันยาเสพติด และการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยต่างๆ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันยาเสพติด 0.39 คะแนน (95% CI = -0.28-1.06) การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว 0.33 คะแนน (95% CI = -0.51-1.18) และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด 1.25 คะแนน (95% CI = 0.36-2.13)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	กลุ่ม	การทดลอง	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้ในการป้องกันยาเสพติด	กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	4.63	1.39	3.09	2.34-3.82	8.42	<0.001**
		หลังทดลอง	7.72	1.73				
	กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง	4.66	1.14	0.39	-0.28-1.06	1.16	0.252
		หลังทดลอง	4.27	1.56				
การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว	กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	15.94	2.75	9.42	8.18-10.65	15.47	<0.001**
		หลังทดลอง	25.36	2.58				
	กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง	15.75	2.28	0.33	-0.51-1.18	0.79	0.430
		หลังทดลอง	16.08	2.04				
พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด	กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	14.52	2.09	7.86	6.50-9.21	11.80	<0.001**
		หลังทดลอง	22.38	3.15				
	กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง	15.52	2.37	1.25	0.36-2.13	2.85	0.007**
		หลังทดลอง	16.77	1.35				

\*\*p-value<0.01

### สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยสะท้อนว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มคะแนนความรู้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอภิปรายเหตุผลของผลลัพธ์เป็นรายด้านได้ดังนี้

1) ด้านความรู้ในการป้องกันการกลับมาเสพติด การที่คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน อธิบายได้ว่าโปรแกรมจัดกระบวนการ

เรียนรู้ให้ผู้เข้าร่วม “รู้ข้อมูลที่ถูกต้อง” ควบคู่กับ “เข้าใจเหตุผลของความเสี่ยง” และ “ฝึกคิดวิเคราะห์สถานการณ์จริง” เมื่อผู้เข้าร่วมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้น (เช่น จุดเสี่ยง การถูกชักชวน ความเครียดหรือสิ่งกระตุ้น) จะทำให้ความรู้มีความหมายต่อชีวิตจริงและจดจำได้นานกว่า ส่งผลให้คะแนนความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิทย์ สลามเต๊ะ (2561)<sup>12</sup> ที่พบว่าหลังการฝึกอบรม เด็ก

และเยาวชนมีความรู้และเจตคติสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้อาจเกิดจาก “การเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม” ที่ทำให้ผู้เข้าร่วมกล้าซักถาม ทบทวนความเข้าใจผิด และได้รับข้อเสนอแนะทันทีจากผู้ดำเนินกิจกรรมและสมาชิกกลุ่ม ส่งผลให้เกิดความกระจ่างและเกิดการปรับความคิดเกี่ยวกับการป้องกันการกลับมาเสพยาอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพากร วงศ์คำปัน และนิธิพัฒน์ เมฆขจร (2565)<sup>6</sup> ที่รายงานว่าการโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน ช่วยให้ตัวชี้วัดที่เชื่อมกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนว่ากระบวนการกลุ่มมีส่วนเพิ่มการเรียนรู้และความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง อีกประเด็นที่ช่วยอธิบายความรู้อื่นที่เพิ่มขึ้น คือโปรแกรมมีความต่อเนื่องและมีการติดตามเป็นระยะ ทำให้ผู้เข้าร่วมได้ “ทบทวน” และ “เชื่อมโยงสิ่งที่เรียนกับสถานการณ์จริง” อย่างสม่ำเสมอ ความรู้จึงไม่ลดลงเร็วหลังจบกิจกรรม และยังคงสะท้อนผลเมื่อวัดหลังการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภชัย นวลสุทธิ์ และคณะ (2565)<sup>13</sup> ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรม คะแนนความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นทันทีหลังการทดลองและยังคงสูงกว่าก่อนการทดลองในระยะติดตาม สะท้อนความสำคัญของความต่อเนื่องในการเสริมแรงและทบทวน

2) ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การที่คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพิ่มขึ้นมาก อธิบายได้ว่าโปรแกรมไม่ได้วางให้ครอบครัวและชุมชนเป็นเพียง “ผู้รับข้อมูล” แต่ให้เข้ามาเป็น “ผู้ร่วมกระบวนการ” ผ่านการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมติดตามประเมินผล เมื่อครอบครัวและเครือข่ายชุมชนมีบทบาทชัดเจน จะเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีแรงจูงใจในการสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงสะท้อนเป็นคะแนนการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา มณีฉาย และ

คณะ (2565)<sup>7</sup> ที่พบว่ากระบวนการเสริมพลังอำนาจชุมชนที่เน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ช่วยให้เกิดความร่วมมือเชิงบูรณาการและสนับสนุนการจัดการปัญหาในชุมชนได้จริง การมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นยังอธิบายได้ว่า ครอบครัวและชุมชนทำหน้าที่เป็น “ระบบพยุง” ในช่วงเสี่ยง เช่น เมื่อผู้ป่วยเผชิญแรงชักจูงหรือความเครียด หากมีคนคอยเตือน ช่วยคิดทางเลือก และช่วยปรับระดับประคองด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะผ่านสถานการณ์เสี่ยงได้มากขึ้นและครอบครัวมีบทบาทชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Caplan (1974)<sup>14</sup> ที่อธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยพยุงบุคคลและครอบครัวให้รับมือปัญหา ลดแรงกดดัน และเพิ่มความสามารถในการจัดการสถานการณ์ อีกมิติหนึ่ง การที่ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น อธิบายได้จาก “การรับรู้ว่ามีคนเห็นคุณค่าและยืนอยู่ข้างกัน” เมื่อครอบครัวรู้สึกว่าได้ต่อสู้เพียงลำพัง จะกล้าขอความช่วยเหลือและร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Cobb (1976)<sup>8</sup> ที่ชี้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรับรู้ตัวตนได้รับการยอมรับ ได้รับคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย ส่งผลต่อแรงจูงใจในการร่วมมือและการมีส่วนร่วม ในเชิงหลักฐานเชิงสังคมและสุขภาพ การมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นยังสอดคล้องกับแนวคิด “เครือข่ายความสัมพันธ์” มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผ่านการแลกเปลี่ยนข้อมูล การกำกับเตือนทางสังคม และการเข้าถึงทรัพยากร เมื่อโปรแกรมสร้างเครือข่ายในพื้นที่ให้เข้มแข็ง ครอบครัวจึงเข้าถึงกลไกช่วยเหลือได้มากขึ้นและมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Berkman and Syme (1979)<sup>15</sup> การมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นยังอธิบายได้ว่าเมื่อโปรแกรม “เสริมพลัง” ควบคู่กับ “แรงสนับสนุนทางสังคม” จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความมั่นใจและมีพลังในการร่วมดูแลมากขึ้น จึงเกิดการมีส่วนร่วมที่เป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ สารบุตร และ สุขุมภรณ์ บุญญาสุ (2566)<sup>4</sup> ที่พบว่าการ

ผสานการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการเสริมพลังทำให้ตัวชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในทิศทางเดียวกัน การทำให้ครอบครัวและเครือข่ายสังคมเป็นแรงหนุนอย่างเป็นระบบ ช่วยให้เกิดการติดตาม ช่วยเตือน และช่วยพุงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงสะท้อนเป็นคะแนนการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุขุมภรณ์ บุญญาสุ (2567)<sup>3</sup> ที่รายงานว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านความตั้งใจและพฤติกรรมในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัด

3) ด้านพฤติกรรมป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำ การที่คะแนนพฤติกรรมป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่าโปรแกรมทำให้ผู้เข้าร่วม “มีทักษะและความมั่นใจที่จะทำจริง” ไม่ใช่เพียงรู้ว่าควรทำอะไร เมื่อผู้เข้าร่วมฝึกการรับมือสถานการณ์เสี่ยง ฝึกจัดการความเครียด และมีแผนป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำที่ชัดเจน โอกาสที่จะลงมือทำพฤติกรรมเชิงป้องกันอย่างสม่ำเสมอจึงเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997)<sup>16</sup> ที่อธิบายว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเป็นกลไกสำคัญต่อการเริ่มต้นและคงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นยังอธิบายได้ว่าโปรแกรมช่วยให้เกิด “ความตั้งใจ” ที่ชัดเจนผ่านการปรับเจตคติและสร้างบรรทัดฐานสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เมื่อครอบครัวและชุมชนร่วมกันกำกับเตือนและสนับสนุน จะทำให้การป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำกลายเป็นเรื่องที่ “สังคมรอบตัวคาดหวังและหนุนเสริม” จึงเอื้อต่อการลงมือทำจริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen (1985)<sup>17</sup> ที่อธิบายว่าพฤติกรรมเกิดจากความตั้งใจซึ่งถูกกำหนดโดยเจตคติ บรรทัดฐานทางสังคม และการรับรู้ว่าตนควบคุมพฤติกรรมได้ อีกประเด็นหนึ่งคือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องอาศัย “แรงเสริม

และการติดตามต่อเนื่อง” เพื่อป้องกันการถดถอย เมื่อโปรแกรมมีการติดตามเป็นระยะ ทำให้ผู้เข้าร่วมกลับมาทบทวนเป้าหมายและปรับแผนรับมือได้ทันเวลา จึงเห็นคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเด่นชัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เทอดศักดิ์ เนียมเปีย และวุฒิชัย จริยา (2563)<sup>18</sup> ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังด้านการเสพติดช่วยให้คะแนนความตั้งใจเลิกเสพติดสูงขึ้น และยังคงเปลี่ยนแปลงในทิศทางดีขึ้นในระยะติดตามหลายช่วงเวลา ในเชิงโครงสร้างโปรแกรม การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมยังอธิบายได้ว่า “รูปแบบที่มีขั้นตอนชัดเจนและดำเนินการต่อเนื่อง” ช่วยให้ผู้เข้าร่วมเปลี่ยนจากความตั้งใจไปสู่การปฏิบัติจริงได้มากกว่าการดูแลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาราวรรณ มณีกุลทรัพย์ (2566)<sup>5</sup> ที่พบว่าหลังการพัฒนาระบบ/รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ตัวชีวิตด้านความเป็นไปได้และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าความเป็นระบบของรูปแบบการดำเนินงานมีบทบาทต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม

**ข้อเสนอแนะ**

1) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

หน่วยบริการและเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอควรบูรณาการโปรแกรมการมีส่วนร่วมเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูและการติดตามหลังการบำบัด โดยเน้นบทบาทผู้ดูแลหลักของครอบครัว การจัดกิจกรรมกลุ่มย่อยอย่างต่อเนื่อง และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวและลดความเสี่ยงการกลับไปใช้ซ้ำ

2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการจัดการ

ควรสนับสนุนทรัพยากรและกลไกการประสานงานระหว่างภาคส่วนเพื่อให้เกิดระบบดูแลต่อเนื่องระดับชุมชน จัดทำแนวปฏิบัติการดำเนินงานที่ชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติงาน และกำหนดระบบติดตามประเมินผลที่สะท้อนทั้ง

ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านการกลับไป  
ใช้ซ้ำ

3) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป  
ควรศึกษาการติดตามผลระยะยาวเพื่อ  
ประเมินความคงทนของพฤติกรรมป้องกันการยา

เสพติด พิจารณาการออกแบบการวิจัยที่มีตัวชี้วัด  
ด้านผลลัพธ์เชิงคลินิกและสังคม เช่น การกลับไปใช้  
ซ้ำ การเข้ารับบริการซ้ำ และคุณภาพชีวิตของ  
ครอบครัว

### เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime.(2025). World Drug Report 2025: Over 300 million people used drugs in 2023, while cocaine hits new high [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 11]. Available from: <https://www.unodc.org>.
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2565). ความสำคัญนโยบายแก้ไขปัญหายาเสพติด. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
3. สุขุมารณ์ บุญญาสุ.(2567). ผลของแรงจูงใจการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการเสพยาในผู้ติดยาเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2567;38(1):13-24.
4. ฉวีวรรณ สาระบุตร, สุขุมารณ์ บุญญาสุ.(2566). ผลของการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):1038-1047.
5. ดารารวรรณ มณีกุลทรัพย์.(2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):549-557.
6. ทิพากร วงศ์คำปัน, นิธิพัฒน์ เมฆขจร.(2565). ผลของโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานต่อความตั้งใจที่จะเลิกใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด. วารสารจิตวิทยา. 2565;20(1):1-12.
7. จันทรา มณีฉาย และคณะ.(2565). การเสริมพลังอำนาจชุมชนกับบทบาทของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรณีศึกษา: ตำบลท่าชนะ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
8. Cobb S.(1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976;38(5):300-314.
9. กระทรวงสาธารณสุข.(2568). สรุปผลการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของจังหวัดขอนแก่น ปี 2567. ขอนแก่น: กระทรวงสาธารณสุข.
10. Greenberg JS, Gold SN.(1994). The art of helping: an introduction to life skills. 6th ed. Boston: Allyn & Bacon.
11. นิภาวรรณ ตติยันทพร.(2565). ผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2565;7(1):102-113.
12. สุวิทย์ สลามเต๊ะ.(2561). การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมภาวะผู้นำเด็กและเยาวชนของศาลเยาวชนและครอบครัวเพื่อป้องกันการติดยาเสพติด. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี. 2561;12(29): 93-106.
13. ศุภชัย นวลสุทธิ และคณะ.(2565). ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2565;42(2):163-177.
14. Caplan G.(1974). Support systems and community mental health: lectures on concept development. New York: Behavioral Publications.
15. Berkman LF, Syme LS.(1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. Am J Epidemiol. 1979;109(2):186-204.
16. Bandura A.(1985). Self-efficacy: the exercise of control. New York: W H Freeman.
17. Ajzen I.(1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. In: Kuhl J, Beckmann J, editors. Action control: from cognition to behavior. Berlin: Springer; 1985. p. 11-39.
18. เทอดศักดิ์ เนียมเปีย และวุดิชัย จริยา. (2563). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังด้านการเสพยาบ้าต่อความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดพิษณุโลก. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;13(1): 700-708.