การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

Development of a Community-based model for the Treatment and Rehabilitation of Drug Users in Phai Tharin subdistrict, Lam Plai Mat district, Buriram Province.

(Received: October 14,2026 ; Revised: October 19,2026 ; Accepted: October 22,2026)

อณุภา โพธิ์เงิน[1]
Anupha Po-ngoen[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ 1) ภาคีเครือข่าย 30 คน และ 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 120 คน และ 3) กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูยาเสพติด 37 คน สุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แบบติดตามผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด และการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2569 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง มี 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การค้นหาและคัดกรอง 2) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) การฝึกอาชีพและพัฒนาทักษะการดำรงชีวิต และ 4) การติดตามช่วยเหลือและดูแลต่อเนื่อง ผลการประเมินผลรูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษา อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$=8.38 S.D.=1.66) และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.16 S.D.=0.11) หลังการพัฒนารูปแบบมีความรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และจากการติดตามครบระยะ 3 เดือน พบว่า มีการใช้สารเสพติดซ้ำ ร้อยละ 13.50

คำสำคัญ: การบำบัดรักษาและฟื้นฟู, ผู้ใช้ยาเสพติด, การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

Abstract

This action research was aimed to development of a community-based model for the treatment and rehabilitation of drug users in Phai Tharin subdistrict, Lam Plai Mat district, Buriram province. There were 2 groups of samples: 1) Network partner of 30 samples and 2) Village Health Volunteers 120 samples and 3) drug users 37 samples selected according to predefined criteria. The research was conducted between May 2025 - February 2026. Data were collected from questionnaires, a follow-up form and focus group guidelines. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and comparing the mean differences using paired t-test and qualitative data were analyzed by content analysis with a significance level at 0.05.

The results showed that the developed model consisted of 4 key components: 1) Screening and Identification, 2) Treatment and Rehabilitation, 3) Vocational Training and Life Skills Development and 4) Follow-up and Continuing Care. The evaluation results showed that most participants had a high level of knowledge and a moderate level of participation about drugs and drug treatment ($\bar{x}$=8.38 S.D.=1.66, $\bar{x}$=2.16 S.D.=0.11). Moreover, after the implementation of the developed model, both knowledge and participation were significantly higher than pre-development (p-value< 0.001). At the 3 month follow-up, the rate of recurrent substance use was 13.50 percent.

Keyword: Drug treatment and rehabilitation, Drug Users, Community Based Treatment and Care: CBTx

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยที่ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต ครอบครัว ชุมชน เศรษฐกิจ และความปลอดภัยของประชาชน เมื่อ ค.ศ. 2014 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากยาเสพติดปีละกว่า 200,000 คน ประเทศไทยได้รับอิทธิพลจากการขยายตัวของยาเสพติดในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำจึงทำให้ยาเสพติดแพร่กระจายในพื้นที่ชายแดนได้มากขึ้น ซึ่งพื้นที่นำเข้าหลักปรากฏทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศ ปัญหายาเสพติดถูกจัดเป็นปัญหาด้านความมั่นคงของประเทศที่ต้องได้รับการแก้ไขในระดับสำคัญเร่งด่วน กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ สังคมและชุมชนรับรู้และได้รับผลกระทบจากปัญหายาเสพติดที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจนยากที่จะแก้ไข และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาความเจริญก้าวหน้าและความสงบสุขของประเทศชาติในอนาคต การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพย่อมต้องมีการประเมินสถานการณ์ปัญหาอย่างถูกต้อง และกำหนดทิศทางการดำเนินงานในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันเพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย “สังคมไทยปลอดภัยจากยาเสพติด”[1] ในปี 2567 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 12–65 ปี เป็นผู้ใช้สารเสพติดในรอบปีที่ผ่านมาประมาณ 1.9 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ใช้ ยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) ยาอี เฮโรอีน ไอซ์ เคตามีน ฝิ่น โคเคน และสารระเหย เป็นต้น นอกจากนี้มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในช่วง 9 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2567 มี 100,326 ราย เป็นผู้เข้ารับการบำบัดจากยาบ้า ร้อยละ 78.66 รองลงมา ได้แก่ เฮโรอีน ร้อยละ 5.19 กัญชา ร้อยละ 4.99 ฝิ่น ร้อยละ 3.55 และไอซ์ ร้อยละ 2.61 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ายาบ้ายังคงเป็นสารเสพติดที่มีสัดส่วนสูงทั้งในกลุ่มประชากรผู้ใช้สารเสพติดและในกลุ่มผู้ที่เข้าสู่ระบบบำบัดรักษา[2]

กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายระบบบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดทั้งรูปแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ชุมชนล้อมรักษ์ มินิธัญญารักษ์ และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยมุ่งให้ผู้ใช้สารเสพติดสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะบำบัดรักษาจนถึงระยะฟื้นฟูและติดตามภายหลังการบำบัด อย่างไรก็ตามแม้จะมีการขยายบริการและมีผู้เข้าสู่ระบบบำบัดรักษาเป็นจำนวนมาก แต่ปัญหาการใช้สารเสพติดยังมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน เช่น ความอยากใช้สารเสพติด ความเครียด ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม การคบหากับกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติด การขาดอาชีพหรือรายได้ และการขาดทักษะในการจัดการสถานการณ์เสี่ยง ส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดอาจมีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งพัฒนาทักษะการจัดการความอยากใช้สารเสพติด การควบคุมตนเอง การจัดการความเครียด การแก้ไขปัญหา การหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและแรงสนับสนุนจากชุมชน[2] ในปี 2568 พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดทั่วประเทศ 251,051 ราย และมีอัตราการคงอยู่ในระบบติดตามหลังการบำบัด 1 ปี ร้อยละ 79 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงาน และสาเหตุของการใช้ยาเสพติดครั้งแรกที่พบมากที่สุดคือ ความอยากลอง ซึ่งสะท้อนว่าการแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องครอบคลุมทั้งการป้องกันการบำบัดรักษา การฟื้นฟู และการติดตามอย่างต่อเนื่อง[3] ปัญหายาเสพติดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีพื้นที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านและเป็นเส้นทางสำคัญในการลักลอบลำเลียงยาเสพติดเข้าสู่พื้นที่ตอนในของประเทศ ทำให้ต้องเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2568 มีรายงานการนำเข้ายาบ้า 62 คดี ประมาณ 52 ล้านเม็ด สะท้อนถึงความเสี่ยงของการแพร่กระจายยาเสพติดจากพื้นที่ชายแดนเข้าสู่

ชุมชนและพื้นที่ตอนในของประเทศ[2] ปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อภาระของระบบสุขภาพ เนื่องจากผู้ใช้สารเสพติดบางส่วนพัฒนาไปสู่ภาวะติดยา มีปัญหาสุขภาพจิต และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

ในระดับเขตสุขภาพที่ 9 ปีงบประมาณ 2568 พบว่า มีผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา 9,120 คน และได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม จำนวน 7,435 คน ร้อยละ 81.52 ขณะที่ยังมีผู้ป่วยอีก 1,685 คน ร้อยละ 18.48 ที่ไม่อยู่ในกลุ่มผู้ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามตัวชี้วัดดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดรักษาและการติดตามผู้ใช้สารเสพติดยังเป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แม้ภาพรวมของเขตสุขภาพจะผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 70 แต่ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่จำเป็นต้องได้รับการติดตามและสนับสนุนอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการหลุดออกจากระบบบริการ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดนครราชสีมามีผู้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา 4,090 คน จังหวัดบุรีรัมย์ 1,754 คน จังหวัดสุรินทร์ 1,447 คน และจังหวัดชัยภูมิ 1,829 คน โดยมีอัตราการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องร้อยละ 82.98, 74.52, 89.29 และ 78.84 ตามลำดับ[3] แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของสถานการณ์และความต่อเนื่องในการดูแลระหว่างพื้นที่ โดยเฉพาะจังหวัดบุรีรัมย์ซึ่งมี ผู้เข้าสู่กระบวนการบำบัดจำนวน 1,754 คน และมีอัตราการดูแลต่อเนื่องร้อยละ 74.52 ซึ่งแม้จะสูงกว่าเกณฑ์ แต่ยังมีผู้ที่ไม่อยู่ในกลุ่มได้รับการดูแลต่อเนื่องประมาณ 447 คน สถานการณ์ดังกล่าวมีความสำคัญต่อการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ เนื่องจากผู้ผ่านการบำบัดยังอาจเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงหลังกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชน[4]

อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ปัญหายาเสพติดยังเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ในปี 2567 พบว่า มีการจับกุมคดียาเสพติดจำนวน 646 คดี โดยยาเสพติดที่พบจากการจับกุมมากที่สุด คือ ยาบ้า รองลงมาคือ ไอซ์ และกลุ่มที่ควรเฝ้าระวัง ได้แก่ เด็กและเยาวชนอายุ 18–24 ปี กลุ่มอาชีพรับจ้าง ผู้ว่างงาน และนักเรียน นักศึกษา[5] จากการดำเนินการในพื้นที่อำเภอลำปลายมาศ ปี 2567 พบว่า กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดจำนวน 10 คน ที่เข้าร่วมการบำบัดในพื้นที่ สามารถเข้าร่วมโปรแกรมครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 90.00 หยุดเสพต่อเนื่อง ร้อยละ 80.00 ซึ่งจากการดำเนินการบำบัดเพียงระยะหนึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการรักษาพฤติกรรมไม่ใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง และจำเป็นต้องมีระบบติดตามและสนับสนุนผู้ผ่านการบำบัดในระยะยาว[6] ในพื้นที่ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ ข้อมูลจากแผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลระบุว่า ในพื้นที่ยังมีผู้ติดยาเสพติด และยังไม่พบผู้ค้าในพื้นที่[7] จากปัญหาดังกล่าวจึงให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดให้มีความต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระยะหลังการบำบัด เพื่อการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ หากผู้ผ่านการบำบัดยังคงเผชิญกับสภาพแวดล้อมเดิม โดยชุมชนเป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงตั้งแต่การค้นหาและ คัดกรอง การบำบัด การฟื้นฟู การเสริมสร้างทักษะชีวิต การติดตามหลังการบำบัด และการช่วยเหลือเมื่อเผชิญสถานการณ์เสี่ยง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผู้ผ่านการบำบัด ลดปัจจัยเสี่ยง และป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็น

ศูนย์กลาง ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด[8] มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 245 คน ประกอบด้วย 1) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 2) ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดองค์การบริหารส่วนตำบล 3) ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า 4) ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผไทรินทร์ 5) ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาล 6) ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 7) เจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ 8) เจ้าหน้าที่ตำรวจผู้รับงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 9) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 10) กลุ่มผู้เข้ารับกาบำบัดและฟื้นฟูยาเสพติด ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผไทรินทร์ ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ เจ้าหน้าที่ตำรวจผู้รับงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel[9] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 120 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ และ 4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว และ 3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูยาเสพติด ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลโดยใช้แบบติดตาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมจึงเลือกศึกษากลุ่มผู้เข้ารับกาบำบัดและฟื้นฟูยาเสพติด ตำบลผไททรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งหมด จำนวน 37 คน

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 7) การดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[10] ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) การค้นหาและเฝ้าระวังผู้ใช้ยาเสพติด 2) การให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจ 3) การติดตามดูแลและฟื้นฟูในชุมชน และ 4) การประสานงานและส่งต่อ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[11] ได้แก่ มีส่วนร่วมน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีส่วนร่วมปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีส่วนร่วมมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบติดตามผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด มีทั้งหมด 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินผลการติดตามของผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วยการติดตามด้านการเข้ารับการบำบัดและการดูแลต่อเนื่อง ด้านพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดและความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ซ้ำ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการจัดการอารมณ์ และด้านครอบครัว การดำเนินชีวิต และการมีส่วนร่วมในชุมชน

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 6 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกสะอาด อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ซึ่งค่า KR-20 ด้านความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด

และการบำบัดรักษา เท่ากับ 0.84 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ศึกษาสถานการณ์ปัญหายาเสพติดและการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในพื้นที่ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์การใช้ยาเสพติด จำนวนผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ผลการติดตามดูแลและฟื้นฟูภายหลังการบำบัดรักษา ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดและปัจจัยสนับสนุนการกลับคืนสู่สังคม รวมทั้งศึกษาระบบการค้นหา คัดกรอง การส่งต่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา การติดตามช่วยเหลือ และการฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ตลอดจนบทบาทและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ ครอบครัวผู้ดูแลผู้ใช้ยาเสพติด และภาคประชาชน นอกจากนี้ศึกษาความต้องการ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมของชุมชน และการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย รวมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อม กำหนดแนวทางการดำเนินงาน และวางแผนการวิจัยให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยดำเนินการ 1 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยศึกษาบริบทของชุมชน สถานการณ์ปัญหายาเสพติด จำนวนผู้ใช้ยาเสพติด ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสถานการณ์การเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา การติดตามดูแล และการฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในพื้นที่ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ รวมถึงศึกษาปัญหาอุปสรรค และแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนบทบาทของภาคีเครือข่ายในชุมชน จัดประชุมและสนทนากลุ่มร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้ดูแลผู้ใช้ยาเสพติด ครอบครัว และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ค้นหาความต้องการและข้อจำกัดของระบบบริการ กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน และร่วมกันวางแนวทางการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง เช่น การสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลผู้ใช้ยาเสพติด การค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด การสร้างแรงจูงใจให้เข้าสู่

กระบวนการบำบัดรักษา การประสานส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนครอบครัว การฟื้นฟูทางสังคม การป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย จากนั้นร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดผู้รับผิดชอบ ระยะเวลา และตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด ประกอบด้วยกิจกรรม เช่น การพัฒนาศักยภาพ อสม. ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายให้มีความรู้เกี่ยวกับปัญหายาเสพติด การค้นหาและเฝ้าระวังผู้ใช้ยาเสพติด การให้คำแนะนำเบื้องต้น และการประสานส่งต่อผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่ระบบบริการที่เหมาะสม การสร้างความเข้าใจและแรงจูงใจแก่ผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัวให้เข้ารับการประเมินและบำบัดรักษา การประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดบริการบำบัดรักษาตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของแต่ละบุคคล การเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัดรักษา การให้กำลังใจและส่งเสริมการปรับตัวในการดำเนินชีวิต การสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการฟื้นฟู การประสานความช่วยเหลือด้านสังคมและการประกอบอาชีพตามความเหมาะสม ตลอดจนการเฝ้าระวังและป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ โดย อสม. ทำหน้าที่สนับสนุน เฝ้าระวัง ติดตาม และประสานงานร่วมกับบุคลากรผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้ การวินิจฉัย การประเมินทางคลินิก และการบำบัดรักษาทางการแพทย์ดำเนินการโดยบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษา แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด และแบบติดตามผู้ผ่านการบำบัด ตลอดจนข้อมูลการดำเนินงานด้านการค้นหาและเฝ้าระวัง การประสานส่งต่อ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูผู้ผ่านการบำบัดรักษา รวมทั้งติดตามความต่อเนื่องในการดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่าย สังเกตการปฏิบัติงานของ อสม. และผู้เกี่ยวข้องตลอดจนการนิเทศ ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะต่อผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงการรักษาความลับและสิทธิของผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัด และปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 6 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงาน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษาของ อสม. ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ผลการดำเนินงานด้านการค้นหาและเฝ้าระวัง การประสานส่งต่อผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่ระบบบำบัดรักษา และการติดตามดูแลฟื้นฟูผู้ผ่านการบำบัดรักษา รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และความเหมาะสมของกิจกรรมที่ดำเนินการ ร่วมกันสรุปผลและถอดบทเรียนจากการดำเนินงานกับ อสม. ผู้ใช้ยาเสพติด ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย พร้อมคืนข้อมูลผลการดำเนินงานแก่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมกับบริบทของตำบลผไทรินทร์ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เกิดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และสนับสนุนให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้าถึงการบำบัดรักษาและได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนส่งเสริม

การกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชนอย่างเหมาะสมและยั่งยืน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษา และระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2568 เลขที่ BRO 2025-019 รับรองระหว่าง วันที่ 28 เมษายน 2568 ถึงวันที่ 27 เมษายน 2569

ผลการศึกษา

รูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

จากการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1) การค้นหาและคัดกรอง โดยดำเนินการค้นหาเชิงรุก และคัดกรองเบื้องต้น ประเมินประวัติการใช้สารเสพติด ความถี่และปริมาณการใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยง สภาพร่างกายและจิตใจ หลังการคัดกรองจะมีการจำแนกระดับความรุนแรงและความจำเป็นในการดูแล พร้อมทั้งสร้างความเข้าใจและแรงจูงใจให้ผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัวเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา

2) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ก่อนการเข้าค่ายบำบัดมีการประเมินสุขภาพและความพร้อมของผู้เข้ารับการบำบัด ในกรณีที่ผู้เข้ารับการบำบัดมีอาการก้าวร้าว ภาวะถอนพิษยา หรืออาการทางจิต ต้องได้รับการประเมินและดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ตามระดับความรุนแรง จัดกิจกรรมค่ายบำบัด “รวมพลังศรัทธาแก้ปัญหายาเสพติดแบบบูรณาการ” เช่น การจัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติด การฝึกทักษะการปฏิเสธยาเสพติด การจัดการความเครียดและการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ รวมถึงการให้คำปรึกษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดเกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเอง มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และสามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

3) การฝึกอาชีพและพัฒนาทักษะการดำรงชีวิต ส่งเสริมให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพ โดยประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านแรงงาน หน่วยงานพัฒนาสังคม สถานประกอบการ ผู้นำชุมชน และกลุ่มอาชีพในพื้นที่

4) การติดตามช่วยเหลือและดูแลต่อเนื่อง หลังจบค่ายบำบัด ผู้เสพจะได้รับการติดตามต่อเนื่องระยะเวลา 90 วัน (ติดตาม 2 สัปดาห์ ติดตาม 1 เดือน ติดตาม 2 เดือน และติดตาม 3 เดือน) เพื่อประเมินผลการฟื้นฟู ป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และส่งเสริมให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชน ส่งเสริมบทบาทครอบครัวในการดูแลสนับสนุน และเฝ้าระวังปัญหาหากพบสัญญาณเตือนของการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำหรือมีอาการผิดปกติทางจิต ควรประสานหน่วยบริการสุขภาพ

ผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$=8.38 S.D.=1.66) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการพัฒนา (n=120)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษา	5.46	1.42	ต่ำ	8.38	1.66	สูง	2.66-3.18	22.454	<0.001*

*p-value<.05

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.16 S.D.=0.11) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ผลการติดตามผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด พบว่า หยุดเสพสารเสพติดในระยะติดตาม 2 สัปดาห์ จำนวน 37 ราย ร้อยละ 100.00 ในระยะติดตาม 1 เดือน จำนวน 37 ราย ร้อยละ 100.00 ในระยะติดตาม 2 เดือน จำนวน 37 ราย ร้อยละ 100.00 และในระยะติดตาม 3 เดือน จำนวน 32 คน ร้อยละ 86.50 ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ที่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ จำนวน 5 คน ร้อยละ 13.50 และจากการประเมินผลการติดตาม พบว่า ได้รับการติดตามครบทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการเข้ารับการบำบัดและการดูแลต่อเนื่อง ด้านพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดและความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ซ้ำ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการจัดการอารมณ์ และด้านครอบครัว การดำเนินชีวิต และการมีส่วนร่วมในชุมชน ร้อยละ 100.00

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการพัฒนา (n=120)

การมีส่วนร่วม	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
ด้านการค้นหาและเฝ้าระวังผู้ใช้ยาเสพติด	1.98	0.40	ปานกลาง	2.15	0.22	ปานกลาง	0.08-0.25	3.914	<0.001*
ด้านการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจ	1.88	0.51	ปานกลาง	2.16	0.19	ปานกลาง	0.17-0.37	5.551	<0.001*
ด้านการติดตามดูแลและฟื้นฟูในชุมชน	2.06	0.46	ปานกลาง	2.15	0.18	ปานกลาง	0.01-0.17	1.904	<0.001*
ด้านการประสานงานและ ส่งต่อ	2.01	0.38	ปานกลาง	2.20	0.27	ปานกลาง	0.11-0.26	4.933	<0.001*
ภาพรวม	**1.98**	**0.32**	ปานกลาง	**2.16**	**0.11**	ปานกลาง	**0.12-0.23**	**6.058**	<0.001*

*p-value<.05

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 1) การค้นหาและคัดกรอง 2) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) การฝึกอาชีพและพัฒนาทักษะการดำรงชีวิต และ 4) การติดตามช่วยเหลือและดูแลต่อเนื่อง รูปแบบดังกล่าวมีการเชื่อมโยงกระบวนการดูแลตั้งแต่ก่อนเข้ารับการบำบัด ระหว่างการบำบัด และภายหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนการจัดการปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด สะท้อนให้เห็นแนวคิดการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดอย่างรอบด้าน ซึ่งไม่จำกัดเฉพาะการรักษาปัญหาการใช้สารเสพติด แต่ยังครอบคลุมการฟื้นฟูสุขภาพจิต การพัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพ การส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกลับคืนสู่สังคม สอดคล้องกับรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ 1) ประสานความร่วมมือทุกภาคส่วน 2) บูรณาการดำเนินงานในพื้นที่ 3) กิจกรรมการบำบัดบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 4) การติดตามช่วยเหลือหลังผ่านการบำบัด[12] และสอดคล้องกับรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ คือ 1) ระยะก่อนบำบัด ทำงานเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่าย กำหนดแนวทางการดูแลเฝ้าระวัง เพิ่มทักษะการดูแลและส่งต่อ 2) ระยะบำบัด ดำเนินงานตามแนวทาง Patient Journey (กระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เข้ารับบริการจนถึงการติดตาม) จัดตั้งมินิธัญญารักษ์ และ 3) ระยะติดตาม จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมแบบพักคอย[13]

ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้อยู่ในระดับสูง คะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดมีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) โดยความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าใจปัญหาและแนวทางการช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติด ขณะที่การมีส่วนร่วมเป็นกลไกที่ช่วยนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน จึงควรสนับสนุนแนวทางการพัฒนาระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดที่ให้ชุมชนมีบทบาทร่วมรับผิดชอบและสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับบทบาทการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)[14] และสอดคล้องกับภาพรวมการมีส่วนร่วมการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับสูงมีคะแนนเพิ่มขึ้น[15] ดังนั้นควรส่งเสริมให้ชุมชน เข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดจะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชนได้อย่างแท้จริง

การติดตามผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด พบว่า ได้รับการติดตามครบทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการเข้ารับการบำบัดและการดูแลต่อเนื่อง ด้านพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดและความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ซ้ำ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการจัดการอารมณ์ และด้านครอบครัว การดำเนินชีวิตและการมีส่วนร่วมในชุมชน และพบว่า หยุดเสพสารเสพติดในระยะติดตาม 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน และมีผู้ที่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในระยะติดตาม 3 เดือน สะท้อนให้เห็นว่าการรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อน และการหยุดใช้สารเสพติดในช่วงแรกไม่ได้หมายความว่าจะสามารถหยุดใช้ได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว การกลับไปใช้ซ้ำอาจมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความเครียด ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว การขาดรายได้หรืออาชีพ การกลับไปอยู่

ในสภาพแวดล้อมที่มีสารเสพติด ตลอดจนการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งในการติดตามช่วยเหลือไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการประเมินว่าผู้ผ่านการบำบัดหยุดใช้สารเสพติดหรือไม่ แต่ควรให้ความสำคัญกับการค้นหาสัญญาณเตือน การประเมินความเสี่ยง การให้คำปรึกษา การเสริมสร้างทักษะการจัดการอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านสังคมและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ผ่านการบำบัดต้องกลับไปเผชิญกับสภาพแวดล้อมเดิม การพบผู้ที่กลับไปใช้ซ้ำจึงควรนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับปรับปรุงแผนการดูแลรายบุคคลและเพิ่มความเข้มข้นของการติดตามตามระดับความเสี่ยง สอดคล้องกับการประเมิน 3 เดือนหลังการบำบัดฟื้นฟู พบผู้เสพมีการกลับไปเสพซ้ำ จำนวน 10 คน จากวงล้อแรก และเข้าบำบัดเพิ่มเติม ผลติดตาม 6 เดือน พบว่าหยุดเสพได้ทั้งหมด[16] และสอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า กลุ่มผู้เสพเปลี่ยนเป็นกลุ่มผู้ใช้ ร้อยละ 78.8 ดังนั้นควรส่งเสริมให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน[12]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรกำหนดนโยบายการดำเนินงานแบบบูรณาการในระดับตำบล โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด กำหนดบทบาทหน้าที่และผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน พร้อมบรรจุแผนงานไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่นเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

2) ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน โดยส่งเสริมให้มีระบบข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน และเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานตามสิทธิการเข้าถึงข้อมูล เพื่อสนับสนุนการค้นหา คัดกรอง ประเมินความต้องการ และส่งต่อผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ สิทธิส่วนบุคคล และการไม่ตีตราผู้ใช้ยาเสพติด

3) ควรกำหนดระบบติดตามประเมินผลและขยายผลรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ โดยจัดให้มีคณะทำงานระดับตำบลติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ กำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมการเข้าถึงบริการบำบัดรักษา ความต่อเนื่องในการดูแล การมีส่วนร่วมของ อสม. และภาคีเครือข่าย ตลอดจนผลการฟื้นฟูและคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดรักษา แล้วนำผลประเมินและบทเรียนที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และใช้เป็นแนวทางขยายผลไปยังชุมชนอื่นในอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในตำบลผไทรินทร์สามารถนำรูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางในการค้นหา เฝ้าระวัง ประสานส่งต่อ บำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของแต่ละหมู่บ้าน

2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยการเปิดโอกาสให้ครอบครัว ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนดูแล สนับสนุนการฟื้นฟู และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชนของผู้ผ่านการบำบัดรักษา โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3) การพัฒนาระบบติดตามและดูแลต่อเนื่องโดยการจัดให้มีระบบติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินความต้องการช่วยเหลือของผู้ผ่านการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยประสานการทำงานระหว่าง อสม. หน่วยบริการสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและลดความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบในระยะยาว โดยติดตามผลการดำเนินงานภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ในระยะ 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องในการเข้ารับการบำบัดรักษา การฟื้นฟูทางสังคม คุณภาพชีวิต และการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดรักษา

2) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อค้นหาปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคที่มีผลต่อการเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา การติดตามดูแลต่อเนื่อง และการกลับคืนสู่สังคม

3) ควรศึกษาการขยายผลรูปแบบไปยังพื้นที่อื่น โดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในตำบลอื่นของอำเภอลำปลายมาศหรือพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน พร้อมเปรียบเทียบผลลัพธ์ ปัจจัยความสำเร็จ ต้นทุนการดำเนินงาน และความพร้อมของภาคีเครือข่าย เพื่อประเมินความเหมาะสมในการขยายผลและพัฒนาเป็นแนวทางดำเนินงานระดับอำเภอหรือระดับจังหวัดต่อไป

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้ปัญญาประดิษฐ์ บูรณาการการจัดทำบทความทางวิชาการ ซึ่งใช้ในการปรับแก้ภาษาให้เหมาะสม และการจัดระเบียบเนื้อหาตามแบบฟอร์ม โดยที่ข้าพเจ้ามีความตระหนักและรับผิดชอบต่อเนื้อหาหรือผลงานที่ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ ขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ ความเป็นกลาง แหล่งที่มาของข้อมูล และปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาทั้งหมดที่ปรากฏในงานนี้ให้เหมาะสม ก่อนการนำไปใช้หรือเผยแพร่ รวมถึง ได้ระมัดระวังไม่ให้เกิดการละเมิดสัญญา ลิขสิทธิ์ หรือทรัพย์สินทางปัญญาของบุคคลอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.(2564). คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชน เป็นฐาน (Community based treatment: CBTx) สำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน “วิถีใหม่การแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน”. กรุงเทพฯ: บริษัท ออนป้า จำกัด; 2564.
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2568). แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2568.
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2568). ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.(2568). รายงานสถานการณ์ยาเสพติดจังหวัดบุรีรัมย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2568.
5. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2567). รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2567.
6. โรงพยาบาลลำปลายมาศ.(2567). ข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดจากระบบบริหารจัดการข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (บสต.) พ.ศ. 2567. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลลำปลายมาศ; 2567.
7. องค์การบริหารส่วนตำบลผไทรินทร์.(2566). แผนพัฒนาท้องถิ่น (พ.ศ. 2566–2570). บุรีรัมย์: องค์การบริหารส่วนตำบลผไทรินทร์; 2566.
8. Kemmis, S., & McTaggart, R.(1988). The action research planner (3rd ed.). Geelong, Victoria: Deakin University Press; 1988.
9. Daniel, W. W.(2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (9th ed.). Wiley; 2010.
10. Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971.
11. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.

12.วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์, ปัญญา ทาพรมมา, พิชิต คำภาเกะ, อังคาร มุ่งเกิด และวาสนา โยธานัก.(2568). รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2568;7(1):e273093.

13. ถิรนันท์ ผิวผา.(2568). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2568;4(3):p. 59-73.

14. นิตยา เติมแก้ว และวัชรินทร์ ทองสีเหลือง.(2567). การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุมในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด. 2567;2(2):25-37.

15.ประพัทธ์ ธรรมวงศา.(2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567;6(1):e268174.

16. ปานรดา ปิติอรทัย, นัยนา สุแพง, มณฑิรา ชนะกาญจน์, ประนอม แก้วแดง และมานิตย์ เกตุบัวขาว.(2568). รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน : กรณีศึกษา ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2568;1(2):1-14.