



การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็น
ศูนย์กลาง กรณีศึกษาในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในอำเภอลำปลายมาศ
จังหวัดบุรีรัมย์

Development of a community-centered operational model for treatment
and rehabilitation of drug users. Case studies in the area subdistrict health
promoting hospital in Lam Plai Mat District, Buriram Province.

อณูภา โปธิ์เงิน

Anupa Pho-ngen

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า ตำบลหนองมะค่า อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

Ban Nong Maka Subdistrict Health Promoting Hospital, Nong Maka Subdistrict, Lam Plai Mat District, Buriram Province.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Anupa Pho-ngen, E-mail: promchanprarin@gmail.com)

(Received: September 1, 2025; Revised: November 10, 2025; Accepted: November 20, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแล
ผู้ป่วยยาเสพติด พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง และประเมิน
ประสิทธิผลของการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชน
เป็นศูนย์กลาง กรณีศึกษาในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในอำเภอลำปลายมาศ จังหวัด
บุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ใช้สารเสพติดที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 10 คน และภาคี
เครือข่าย 35 คน รวมทั้งสิ้น 45 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2568
เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบคัดกรองผู้ติดยาเสพติดฯ แบบประเมินความเครียด แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบ
บันทึกการเข้าร่วมบำบัด และแบบติดตามผลการบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจก
แจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานที่พัฒนาขึ้น
ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การค้นหาและคัดกรอง 2) การบำบัดฟื้นฟู 3) การฝึกอาชีพ และ 4)
การติดตามช่วยเหลือ ผู้เข้าร่วมบำบัดครบตามเกณฑ์ร้อยละ 90.00 มีอัตราการหยุดเสพต่อเนื่องที่ 1, 3 และ 6
เดือน เท่ากับร้อยละ 80.00, 66.66 และ 70.00 ตามลำดับ ระดับความเครียดเฉลี่ยลดลงจาก $\bar{X} = 12.1$, SD
= 4.1 เหลือ $\bar{X} = 7.4$, SD = 2.0 ขณะที่คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก $\bar{X} = 96.13$, SD = 11.31 เป็น
 $\bar{X} = 106.0$, SD = 7.72

เห็นได้ว่ารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางมีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ติดยาเสพติด
ลด ละ เลิกการใช้สารเสพติด ลดระดับความเครียด และยกระดับคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังสอดคล้องกับบริบท
และวัฒนธรรมของชุมชน โดยเน้นการใช้หลักศาสนา การสร้างงานสร้างอาชีพ และระบบการติดตามต่อเนื่อง



อันนำไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ใช้ยาเสพติดให้สามารถกลับมาดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า และเป็นกำลังสำคัญของสังคมได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การบำบัดรักษา, การฟื้นฟูผู้ที่ใช้ยาเสพติด, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This participatory action research aimed to study the situation of drug addiction care, develop a community-centered model for drug rehabilitation, and To evaluate the effectiveness of developing a community-centered model for the treatment and rehabilitation of drug users: A case study in a Subdistrict Health Promoting Hospital in Lamplimat District, Buriram Province. The study involved 45 participants, including 10 voluntary drug users and 35 network partners. The research was conducted from April to September 2025. Research instruments included a drug user screening form, a stress assessment form, a quality of life questionnaire, a rehabilitation attendance record, and a follow-up form. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation.

The results revealed that the developed community-based drug rehabilitation model consisted of four main steps: (1) case finding and screening, (2) rehabilitation and treatment, (3) occupational training, and (4) follow-up and support. Ninety percent of participants completed the rehabilitation program. The continuous abstinence rates at one, three, and six months were 80.00%, 66.66%, and 70.00%, respectively. The average stress score decreased from $\bar{x} = 12.1$, $SD = 4.1$ to $\bar{x} = 7.4$, $SD = 2.0$, while the average quality of life score increased from $\bar{x} = 96.13$, $SD = 11.31$ to $\bar{x} = 106.0$, $SD = 7.72$

The findings indicate that the community-centered rehabilitation model was effective in helping drug users reduce, abstain from, and eventually quit substance use. It also reduced stress levels and enhanced quality of life. Moreover, the model was consistent with the social and cultural context of the community, emphasizing religious principles, career development, and continuous follow-up. This approach contributed to the sustainable rehabilitation of drug users, enabling them to reintegrate into society as valuable and productive members.

Keywords: Treatment, Rehabilitation of Drug Users, Community Participation



บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ข้อมูลในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยยาเสพติดจำนวน 120,915 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 106,709 ราย และเพศหญิง 14,206 ราย โดยประเภทยาเสพติดที่พบมากที่สุด ได้แก่ ยาบ้า ยาไอซ์ และฝิ่น ทั้งนี้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดสูงที่สุดในประเทศ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จากข้อมูลการคัดกรองผู้ใช้ยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 9 มีผู้เข้ารับการคัดกรองสะสมจำนวน 13,977 คน ผลการประเมินด้วยแบบ OAS เพื่อจำแนกตามกลุ่มสี พบว่ากลุ่มผู้ป่วยสีเขียว มีจำนวนมากที่สุด 12,017 คน (ร้อยละ 85.97) รองลงมาคือกลุ่มสีแดง 914 คน (ร้อยละ 6.53) กลุ่มสีเหลือง 659 คน (ร้อยละ 4.17) และกลุ่มสีส้ม 387 คน (ร้อยละ 2.76) ตามลำดับ (ระบบรายงาน บ.ส.ต., 2567) จังหวัดที่มีจำนวนผู้ผ่านการคัดกรองมากที่สุด ได้แก่ นครราชสีมา 7,536 คน บุรีรัมย์ 2,386 คน ชัยภูมิ 2,139 คน และสุรินทร์ 1,916 คน ผู้ใช้ยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาแล้วรวมทั้งสิ้น 7,291 คน โดยเป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 5,277 คน ผู้ป่วยใน 492 คน และการบำบัดในชุมชนล้อมรั้ว (CBTx) จำนวน 1,486 คน รวมถึงเครือข่ายนอกระบบ 36 คน ขณะที่การติดตามหลังบำบัดสะสมจำนวน 8,289 คน พบว่าผู้บำบัดครบโปรแกรมคิดเป็นร้อยละ 93.20 กลับไปเสพยาซ้ำร้อยละ 3.39 ถูกดำเนินคดี ร้อยละ 1.03 และเสียชีวิตร้อยละ 0.11 (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

ในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 พบการจับกุมคดียาเสพติดจำนวน 621 คดี โดยพื้นที่จับกุมมากที่สุดคือ อำเภอเมือง รองลงมาคือ อำเภอสตึก กระสัง หนองกี่ และบ้านกรวด ประเภทยาเสพติดที่พบมากที่สุด คือ ยาบ้า รองลงมาคือ ไอซ์ กลุ่มเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ เด็กและเยาวชนอายุ 18–24 ปี รวมถึงกลุ่มอาชีพรับจ้าง ว่างาน และนักเรียน นักศึกษา ซึ่งมีแนวโน้มเข้าสู่การใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น สถานการณ์ยาเสพติดในพื้นที่อำเภอลำปลายมาศ ปี 2567 พบว่ามีผลการจับกุมคดียาเสพติด จำนวน 646 คดี ประเภทของยาเสพติดที่มีการจับกุมมากที่สุด คือ ยาบ้า รองลงมาคือ ไอซ์ กลุ่มเสี่ยงที่ควรเฝ้าระวัง คือ เด็กและเยาวชนช่วงอายุ 18 – 24 ปี กลุ่มอาชีพที่ควรเฝ้าระวังคือ อาชีพรับจ้าง ว่างาน และกลุ่มนักเรียน นักศึกษา (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2567)

รัฐบาลจึงได้ให้ความสำคัญกับการป้องกันปัญหาเสพติดอย่างต่อเนื่องอย่างไรก็ตาม การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดยังคงประสบปัญหา เนื่องจากระบบบำบัดสมัครใจที่ใช้ในปัจจุบันไม่ใช่ความสมัครใจที่แท้จริง แต่เป็นการบังคับกึ่งสมัครใจ ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดบางส่วนไม่สามารถเข้ารับการบำบัดได้ครบตามเกณฑ์ อีกทั้งการติดตามหลังบำบัดในชุมชนยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ แม้จะมีนโยบายตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่กำหนดให้ “ผู้เสพคือผู้ป่วยไม่ใช่อาชญากร” (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2565) แต่ในทางปฏิบัติยังพบข้อจำกัดในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน การยอมรับผู้ป่วย และการสร้างระบบดูแลต่อเนื่อง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า เดิมไม่ได้เป็นหน่วยบริการที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยตรง การให้บริการบำบัดส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลำปลายมาศ ซึ่งเป็นหน่วยบริการหลักของอำเภอ ทั้งนี้ ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ถูกส่งต่อมาจากการจับกุมของสถานีตำรวจภูธรลำปลายมาศ โดยมีความร่วมมือกับมูลนิธิอาณัติพน ชาร์มย์ (ลูกเต็ง) รวมพลังต้านยาเสพติด ซึ่งได้ดำเนินกิจกรรมรณรงค์และเชิญชวนสถานบริการสุขภาพในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานบำบัดยา



เสพติดแบบสมัครใจ แม้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่าจะเป็นหนึ่งในหน่วยบริการที่เปิดให้บริการบำบัดยาเสพติดแบบสมัครใจ แต่ยังคงประสบปัญหาสำคัญหลายประการ ได้แก่ อัตราการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยังคงอยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นถึงการขาดระบบการติดตามฟื้นฟูที่ต่อเนื่องและครอบคลุม การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและติดตามผู้ป่วยยังมีน้อย เนื่องจากขาดกลไกการประสานงานที่ชัดเจนระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน และครอบครัว บุคลากรด้านสาธารณสุขยังมีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะเฉพาะทางในการบำบัดยาเสพติด ทำให้การดำเนินงานยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ รวมถึงการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่เป็นระบบ ทำให้การส่งต่อ การติดตาม และการสนับสนุนหลังการบำบัดยังขาดความต่อเนื่อง

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพติดมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนา “รูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง” ที่บูรณาการแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ากับระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม มีการเชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพในทุกกระดับ อันจะนำไปสู่การสร้างรูปแบบการดำเนินงานที่มีความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และยั่งยืนในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองมะค่า ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง กรณีศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง กรณีศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

คำถามการวิจัย

รูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางมีผลต่อความเครียด คุณภาพชีวิต และอัตราการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยอย่างไร



กรอบแนวคิดงานวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

A : Appreciation (การรับรู้และประเมินสถานการณ์)

- 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาเสพติดในระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่
- 2) วิเคราะห์ทรัพยากร จุดแข็งและศักยภาพของชุมชน
- 3) วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ หน่วยบริการสาธารณสุข ตำรวจ มูลนิธิอณัตพณ ชารัมย์ ผู้นำชุมชน และครอบครัวผู้ป่วย

I : Influence (การมีส่วนร่วมและการดำเนินงาน)

- 1) การค้นหาและคัดกรองผู้สูงอายุเสพติด
- 2) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 3) การฝึกอาชีพและเสริมสร้างทักษะชีวิต
- 4) การติดตามและให้การสนับสนุนต่อเนื่องในชุมชน
- 5) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอน เช่น การวางแผน การดำเนินงาน และการติดตาม
- 6) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขในการบำบัดยาเสพติด

C : Change (การเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์)

- 1) ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมและคลินิก เช่น การหยุดเสพต่อเนื่องครบ 1, 3 และ 6 เดือน
- 2) ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม เช่น ระดับความเครียดลดลง
- 3) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้น
- 4) ผลลัพธ์ด้านระบบ เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชนและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ดีขึ้น

ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

- 1) ร้อยละของผู้เข้ารับการรักษาครบตามเกณฑ์
- 2) ร้อยละของผู้หยุดเสพต่อเนื่อง 1, 3, 6 เดือน
- 3) คะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลง
- 4) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น
- 5) ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการบำบัด



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ที่เสี่ยงต่อการที่ใช้สารเสพติดจากการลงคัดกรองเชิงรุก ในหมู่บ้านเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 8 หมู่บ้าน จำนวน 50 คน

2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ

1) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ผู้ที่ใช้สารเสพติดจากการลงคัดกรองเชิงรุก ในหมู่บ้านเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า ตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 8 หมู่บ้าน คัดเลือกเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีการตรวจเมแทบอลิซึม ผลเป็น บวก และสมัครใจเข้าร่วม จำนวน 10 คน

2) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ ภาควิชาเครือข่ายคัดเลือกจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดเป็นศูนย์กลาง โดยการเลือกผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้ใช้วิธี Snow ball technique ซึ่งประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้นำชุมชน จำนวน 8 คน (2) กลุ่มแกนนำด้านการดำเนินกิจกรรมป้องกันสารเสพติด ในชุมชน จำนวน 12 คน (3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 12 คน และ (4) พยาบาล วิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสารเสพติด จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 35 คน

3. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

3.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด

(1) ต้องเป็นผู้ที่ผ่านการคัดกรองและพบว่ามีการใช้สารเสพติดจากการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า

(2) ต้องสมัครใจและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

(3) เป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 8 หมู่บ้านเป้าหมายในเขตตำบลผไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

(4) สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยได้

3.2 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มภาควิชาเครือข่าย

(1) เป็นผู้ที่มีบทบาทหรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนตามกลุ่มที่ ระบุไว้ ได้แก่ ผู้นำชุมชน กลุ่มแกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพยาบาลวิชาชีพ

(2) สมัครใจเข้าร่วม ยินดีและสมัครใจให้ข้อมูลในการวิจัย

(3) มีประสบการณ์ในการทำงานหรือมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลและช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติดในพื้นที่



4. เกณฑ์การคัดออกกลุ่มอาสาสมัครออกจากการศึกษาวิจัย
 - 4.1 เป็นผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง
 - 4.2 ย้ายออก หรือไม่ได้อยู่ในพื้นที่การวิจัย
 - 4.3 ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือขอถอนตัวออกกระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้เครื่องมือ 2 แบบ คือ

1. เครื่องมือที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ไ้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 (กรมสุขภาพจิต, 2566) เป็นแบบการคัดกรอง ของกระทรวงสาธารณสุข โดยการซักประวัติ และประเมินความเจ็บป่วย รวมถึงการซักประวัติยาเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ และประเมินปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด ร่วมกับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เป็น แบบสอบถามมี 6 ข้อคำถาม ใช้ถาม โดยบุคลากรสาธารณสุขใช้คัดกรองและส่งต่อผู้ที่ใช้ยา และสารเสพติด เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- ผู้ใช้ยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการคัดกรองตามแบบคัดกรองฯ 2 – 3 คะแนน

- ผู้เสพยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการคัดกรองตามแบบคัดกรองฯ ดังนี้

กลุ่มเสพน้อย คะแนนคัดกรอง 4 – 15

กลุ่มเสพมาก คะแนนคัดกรอง 16 – 26

- ผู้ติดยาเสพติด หมายถึง คะแนน คัดกรองตั้งแต่ 27 ขึ้นไป

2) แบบประเมินความเครียดเป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2556) ใช้สำหรับประเมินระดับความเครียดของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งในระยะเริ่มต้นและสิ้นสุดการบำบัด มีจำนวน 20 ข้อคำถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) รวมคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยมีการแปลผลคะแนนดังนี้

0-5 คะแนน หมายถึง ความเครียดน้อย

6-10 คะแนน หมายถึง ความเครียดปานกลาง

11-15 คะแนน หมายถึง ความเครียดมาก

16-20 คะแนน หมายถึง ความเครียดมากที่สุด

3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of Life: QOL) แบบประเมินประกอบด้วย 26 ข้อคำถาม โดยใช้รูปแบบการให้คะแนนแบบ มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = แทบจะไม่เลย / ไม่พอใจมากที่สุด, 2 = ค่อนข้างน้อย / ไม่พอใจมาก, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก / พอใจมาก, 5 = มากที่สุด / พอใจมากที่สุด, คะแนนรวมทั้งหมดจะถูกนำมาคำนวณเพื่อแปลผลคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ

คะแนน 26-60 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 61-95 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ ปานกลาง



คะแนน 96–130 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ ดี

แบบประเมิน QOL นี้ใช้ประเมินผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลทั้งก่อนและหลังการบำบัด เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต และสะท้อนผลลัพธ์ของการบำบัดและฟื้นฟูได้อย่างเป็นระบบ (กรมสุขภาพจิต, 2542)

4) แบบบันทึกอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดของผู้ใช้สารเสพติด จัดทำขึ้นโดยผู้วิจัย เพื่อใช้ในการติดตามและรวบรวมข้อมูลการเข้าร่วมบำบัดของผู้ป่วยในแต่ละรายตามโปรแกรมการบำบัดที่กำหนด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน ความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด และ อัตราการสำเร็จของการบำบัด แบบบันทึกประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้ารับการรักษา วันเวลาเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการบำบัด และผลการประเมินความครบถ้วนของการเข้าร่วมตามเกณฑ์ โดยกำหนดให้ผู้ที่เข้าร่วมครบทุกขั้นตอนและผ่านเกณฑ์การประเมินจากทีมสหวิชาชีพ ถือว่า “บำบัดครบตามเกณฑ์” ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

5) แบบติดตามผลการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดหลังบำบัดครบตามเกณฑ์ จัดทำขึ้นโดยผู้วิจัย เพื่อใช้ในการติดตามประเมินผลผู้ผ่านการบำบัดครบตามเกณฑ์แล้ว โดยมุ่งประเมิน การคงอยู่ของพฤติกรรมไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และการปรับตัวในชีวิตประจำวันหลังบำบัด การติดตามดำเนินการใน 3 ระยะเวลา ได้แก่ เดือนที่ 1, เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 หลังสิ้นสุดการบำบัด โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างและการตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะร่วมด้วย เพื่อยืนยันผลการไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ แบบติดตามนี้ช่วยให้สามารถประเมินประสิทธิผลระยะยาวของรูปแบบการบำบัด และเป็นข้อมูลสนับสนุนการฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดให้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างยั่งยืน

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ โดย ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเชิงคุณภาพขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย เพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์เชิงลึกและสะท้อนมุมมองของผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถามถึงโครงสร้างจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับ (1) สถานการณ์การใช้สารเสพติดในพื้นที่ (2) กระบวนการบำบัดและฟื้นฟูในระดับชุมชน (3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว (4) ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคของการดำเนินงาน และ(5) แนวทางพัฒนารูปแบบบำบัดและฟื้นฟูที่ยั่งยืน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ มีการบันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนาม เพื่อความครบถ้วนของข้อมูล และถอดความเนื้อหาทั้งหมดเพื่อใช้ในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2) แบบบันทึกการประชุมกลุ่ม (Focus Group Discussion Record) ใช้สำหรับเก็บข้อมูลจากกรสนทนากลุ่มระหว่างผู้เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้ผ่านการบำบัด เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการดำเนินงานและแนวทางการพัฒนารูปแบบบำบัด เป็นการสนทนากลุ่มประกอบด้วยคำถามนำจำนวน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ประสบการณ์ในการมีส่วนร่วม (2) ปัญหาและอุปสรรคที่พบ (3) ปัจจัยความสำเร็จ (4) การสนับสนุนจากหน่วยงานและชุมชน (5) ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในอนาคต พร้อมถอดเทปเสียงเพื่อใช้ในการวิเคราะห์เนื้อหา



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือวิจัยทั้งที่พัฒนาขึ้นเองและเครื่องมือมาตรฐานจากหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้อง แม่นยำ และเชื่อถือได้ จึงได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงและความเที่ยง ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเอง ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการบำบัดฟื้นฟู ผู้ใช้สารเสพติด จำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของถ้อยคำ และความครอบคลุมของประเด็นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน ผลการตรวจสอบพบว่าเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability Coefficient) อยู่ระหว่าง 0.80 – 0.92 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูง ได้แก่ แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (2556) มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.87, แบบประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.91, แบบบันทึกอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ และแบบติดตามผลการบำบัดหลังครบเกณฑ์ มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.83

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบบันทึกการประชุมกลุ่ม ได้รับการตรวจสอบความเที่ยง โดยวิธีตรวจสอบความสอดคล้องของผู้วิเคราะห์ (Inter-coder Reliability) โดยให้ผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน วิเคราะห์และจัดหมวดหมู่เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผลการเปรียบเทียบพบว่ามี ความสอดคล้องกันของการจัดหมวดหมู่มากกว่าร้อยละ 90 ซึ่งสะท้อนว่าเครื่องมือมีความเที่ยงสูงและสามารถสะท้อนข้อมูลเชิงลึกได้อย่างน่าเชื่อถือ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC Model (Appreciation–Influence–Control/Change) เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน เพื่อพัฒนา “รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เข้ายาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง” ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า ตำบลไผ่ทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 A- Appreciation Phase ในการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด และสภาพปัญหาในพื้นที่

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ มีการดำเนินการคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดในพื้นที่ 8 หมู่บ้าน ด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติด (บคก.กสธ.) V.2 เพื่อประเมินจำนวนและระดับความรุนแรงของ



การใช้ยาเสพติด การประเมินระดับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่ผ่านการคัดกรองโดยใช้แบบประเมินความเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2556) และ แบบประเมินคุณภาพชีวิต (QOL, กรมสุขภาพจิต, 2542)

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้นำชุมชน แกนนำ อสม. และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 20 คน เพื่อสะท้อนมุมมองเกี่ยวกับสาเหตุ ปัญหา และแนวทางการบำบัดในชุมชน และจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และระบุทรัพยากรที่ชุมชนมีอยู่ ผลลัพธ์ของระยะนี้ได้ข้อมูลสถานการณ์การใช้ยาเสพติดในพื้นที่ ปัญหาอุปสรรค และศักยภาพของชุมชนในการร่วมดูแลผู้ป่วยระยะที่ 2 I- Influence Phase การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ที่ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

กิจกรรมและการเก็บข้อมูล การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เชิญภาคีเครือข่าย 35 คน เข้าร่วมการประชุมวิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1

- ใช้เทคนิค AIC ให้ทุกภาคส่วนร่วมเสนอความคิดเห็น สะท้อนประสบการณ์ และออกแบบกระบวนการบำบัดที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ การพัฒนารูปแบบต้นแบบ (Model Prototype)

- จัดทำโครงสร้างรูปแบบการดำเนินงาน เช่น ขั้นตอนการบำบัด การติดตามฟื้นฟู และบทบาทของชุมชนตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบกับผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบำบัดและชุมชน ผลลัพธ์ของระยะนี้ได้ “ร่างรูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ที่ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง” ที่ชุมชนมีส่วนร่วมสร้างขึ้น

ระยะที่ 3 C-Control/Change Phase ประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาแล้ว กิจกรรมและการเก็บข้อมูล

การนำรูปแบบไปใช้จริง (Implementation)

- รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ที่ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า ตำบลไผทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดแบบสมัครใจ จำนวน 10 คน ตามกระบวนการที่ออกแบบร่วมกัน ใช้แบบบันทึกอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมและความต่อเนื่องของการบำบัด

การติดตามผล (Follow-up) ประเมินผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการบำบัด โดยใช้แบบประเมินความเครียดและแบบประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) อีกครั้ง ติดตามผลหลังการบำบัดครบตามเกณฑ์ในเดือนที่ 1, 3 และ 6 โดยใช้แบบติดตามผลการบำบัด เพื่อประเมินการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

จัดประชุมกลุ่มสนทนา (Focus Group) เพื่อรับฟังความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายต่อผลลัพธ์ของรูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ข้อค้นพบเชิงลึกและความเห็นของผู้เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ของระยะนี้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิภาพของ



รูปแบบ ทั้งด้านความเครียด คุณภาพชีวิต และอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงและขยายผลในระดับพื้นที่อื่น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาและวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยการนำโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อขอความเห็นชอบ ในการทำวิจัย ซึ่งได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2568 เอกสารการรับรองเลขที่ BRO 2568-019 ผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และดำเนินการยึดหลักพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลที่ได้นั้นถือเป็นความลับส่วนบุคคล นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม โดยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้นจะเก็บรักษาไว้ซึ่งถือว่าเป็นความลับ และไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

1.1 สถานการณ์ปัญหาเสพติดในระดับประเทศ จังหวัด และพื้นที่ จากการทบทวนข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ (2566-2567) พบว่า ประเทศไทยยังคงประสบปัญหาเสพติดในระดับรุนแรง โดยเฉพาะ ยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) และ ไอซ์ (Methamphetamine crystal) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการจับกุมคดีในทุกภูมิภาคของประเทศ ในระดับจังหวัดบุรีรัมย์ ปัญหายาเสพติดยังคงแพร่ระบาดในหลายอำเภอ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี และกลุ่มแรงงานรับจ้างทั่วไป ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การว่างงาน การเข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อนที่ใช้จ่าย และสภาพแวดล้อมชุมชนที่เอื้อต่อการเข้าถึงยาได้ง่าย ในระดับพื้นที่ตำบลไผทรินทร์ การคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้จ่ายและสารเสพติด (บคก.กสธ.) V.2 พบว่า ยังมีผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนทุกหมู่บ้าน โดยเฉพาะ ยาบ้าและยาไอซ์ เป็นสารเสพติดหลักที่พบมากที่สุด ร้อยละ 90 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ เด็กและเยาวชนอายุ 18-24 ปี กลุ่มอาชีพรับจ้าง ว่างงาน และกลุ่มนักเรียน นักศึกษา ซึ่งสะท้อนถึงปัจจัยเสี่ยงจากการว่างงาน การเข้าสังคมกับเพื่อน และสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายในด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

1.2 ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชน แกนนำ อสม. และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 20 คน พบว่า ชุมชนมีศักยภาพในด้านทรัพยากรมนุษย์และเครือข่ายภาคีที่เข้มแข็ง ได้แก่ อสม. และแกนนำชุมชน มีบทบาทในการเฝ้าระวัง ให้คำปรึกษา และประสานงานกับหน่วยบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า มีทีมงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดที่มีประสบการณ์ วัดและศาสนสถานเป็นพื้นที่ปลอดภัยสำหรับการจัดกิจกรรมบำบัดและฟื้นฟูจิตใจ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.ไผทรินทร์) สนับสนุนงบประมาณและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีข้อจำกัดในหลายด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวผู้ป่วยยังไม่



เพียงพอ การบำบัดยังเป็นลักษณะกึ่งบังคับ ผู้ป่วยบางรายขาดแรงจูงใจ และระบบติดตามหลังบำบัดยังไม่เป็นระบบ ส่งผลให้อัตราการกลับไปใช้ซ้ำยังคงสูง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในการพัฒนาแนวทางและออกแบบรูปแบบต้นแบบ (Model Prototype) มุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วนในชุมชนร่วมกันคิด วิเคราะห์ และกำหนดแนวทางการดำเนินงานบำบัดที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยได้จัด การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อระดมความคิดเห็นจากผู้แทนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจำนวน 35 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ ครู อสม. ตัวแทนครอบครัวผู้ป่วย และหน่วยงานสนับสนุน เช่น มูลนิธิธิดาพัฒนา ชารัมย์ และตำรวจภูธรลำปลายมาศ การประชุมดำเนินการ ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำปลายมาศ จำนวน 2 ครั้ง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 นำเสนอผลการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจสถานการณ์ ปัญหา และศักยภาพของพื้นที่ เปิดเวทีให้ทุกภาคส่วนร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เสนอประสบการณ์ตรง และสะท้อนบทเรียนจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ระดมความคิด (Brainstorming) เพื่อร่วมกันออกแบบกระบวนการบำบัดและฟื้นฟูที่เหมาะสมกับชุมชน โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ และความสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของพื้นที่

2.2 การวิเคราะห์และออกแบบรูปแบบต้นแบบ (Model Prototype) จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้ข้อเสนอเชิงโครงสร้างของรูปแบบต้นแบบ “การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างขึ้น โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ได้แก่ โครงสร้างการดำเนินงาน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนสำคัญ คือ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและชักชวนกลุ่มเป้าหมาย โดยผู้นำชุมชน อสม. และครอบครัวร่วมกันประชาสัมพันธ์ ชักชวนผู้ใช้สารเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดแบบสมัครใจ

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดและฟื้นฟูในชุมชน จัดกิจกรรมค่ายบำบัด “รวมพลังศรัทธา แก้ปัญหาเสพติดแบบบูรณาการ” ระยะเวลา 7 วัน 7 คืน ณ วัดจันทราวาส ตำบลลำปลายมาศ มีกิจกรรมบำบัดแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและฟื้นฟูต่อเนื่อง หลังจบค่าย ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามต่อเนื่องที่ รพ.สต. บ้านหนองมะค่า เป็นเวลา 180 วัน พร้อมตรวจสอบสารเสพติดทางปัสสาวะทุกเดือน

บทบาทของภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า รับผิดชอบด้านการคัดกรอง การติดตาม และประเมินผลการบำบัด ,มูลนิธิธิดาพัฒนา ชารัมย์ สนับสนุนการบำบัดด้านจิตวิญญาณและหลักธรรมทางศาสนา ,องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณและประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน, ผู้นำชุมชนและอสม ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สนับสนุน และติดตามผู้ผ่านการบำบัด และครอบครัวผู้ป่วย มีบทบาทในการดูแลและสนับสนุนการปรับตัวของผู้ป่วยหลังบำบัด ด้วยกระบวนการเสริมพลัง (Empowerment Process)มีการจัดกิจกรรมเสริมแรงและพัฒนาศักยภาพของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เช่น การฝึกอาชีพ 7 สาขา (เช่น ช่างตัดผม เกษตรอินทรีย์ งานไม้ และอาหารพื้นบ้าน) การอบรมทักษะชีวิตและการปรับตัวในสังคม และการใช้หลักธรรมทางศาสนาเพื่อสร้างจิตสำนึกและแรงจูงใจในการเลิกยา จากผลการดำเนินการดังกล่าวการเปรียบเทียบระหว่างมีการดำเนินงานในรูปแบบเดิมได้ตั้งตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระหว่างการดำเนินงานในรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ในปัจจุบัน

สิ่งที่เปรียบเทียบ	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่	ผลการเปรียบเทียบ
พื้นที่เป้าหมาย	ประชาชนในพื้นที่ทั้งหมด 8 หมู่บ้าน	ประชาชนในพื้นที่ทั้งหมด 8 หมู่บ้าน	ไม่แตกต่างกัน
กิจกรรม/วิธีการ	<p>1.ร่วมโครงการร่วมกับทางตำรวจเป็นโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งสง.</p> <p>2. ประชาชนในช่วงแรกชาวบ้านจะไม่กล้าเปิดเผยพูดคุย</p> <p>3.กิจกรรมในรอบนั้นจึงไม่มีผู้เข้ารับการบำบัด</p> <p>4. การค้นหาผู้เสพเพื่อเข้าบำบัดค่ายาเสพติดที่จังหวัดราชบุรี แต่ทางชุมชนผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือเพราะกลัวในเรื่องของกฎหมายเหมือนเดิม</p>	<p>1.ศึกษาสภาพปัญหาก่อนการพัฒนา</p> <p>2. การวางแผนและพัฒนาการสร้างรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง</p> <p>3.การค้นหากลุ่มเป้าหมาย คนในครอบครัวที่เข้า ชักชวนให้เข้าร่วมบำบัดแบบสมัครใจ</p> <p>4.เปิดค่าย “รวมพลังศรัทธาแก้ปัญหา ยาเสพติดแบบบูรณาการ ” เป็นระยะเวลา 7 วัน 7 คืน กิจกรรมบำบัด 5 กิจกรรม</p> <p>1) การรักษาอาการก้าวร้าว อาการถอนพิษยา และอาการทางจิต</p> <p>2) ฝึกระวังภาวะถอนพิษยาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ</p> <p>3) ฝึกทักษะวิชาชีพ</p> <p>4) ให้ความรู้และแนะนำในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน</p> <p>5) การช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย ครอบครัว</p> <p>6) การติดตามผู้รับการบำบัดฟื้นฟูต่อเนื่อง ที่รพ.สต.หนองมะค่า ภายใน 120 วัน</p> <p>7) รายงานผลให้ทีมดำเนินงานทราบ และประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรม</p>	<p>แบบเดิม</p> <p>1. กิจกรรมทุกอย่างเพียงตำรวจและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำเองหมด</p> <p>แบบใหม่</p> <p>1.รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง มีกระบวนการดำเนินงานที่สำคัญที่เกิดการดูแลผู้เสพยาเสพติดอย่างค้ำคูณทุน ครอบครัวเข้าถึงง่าย</p> <p>แบบใหม่</p> <p>เน้นการใช้หลักศาสนาในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมและเกิดการสร้างงานสร้างอาชีพ รวมถึงการช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย ครอบครัว มีระบบการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้กลุ่มคนเหล่านี้สามารถกลับไปทำประโยชน์ให้เกิดแก่ตนเอง ครอบครัว และสังคมได้อย่างสมภาคภูมิต่อไป</p>

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระหว่างการดำเนินงานในรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ในปัจจุบัน(ต่อ)

สิ่งที่เปรียบเทียบ	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่	ผลการเปรียบเทียบ
ผลลัพธ์	ไม่มีผู้เข้ารับการรักษา	1)ติดตาม 1 เดือนทั้งหมด 13 ราย ส่งต่อ รพ.ลำปลายมาศ 1 ราย ออกจากการติดตาม 1 ราย ติดตามครบ 11 ราย ร้อยละ 84.6 2)ติดตาม 3 เดือนทั้งหมด 11 ราย ส่งต่อ รพ.ลำปลายมาศ 1 ราย ติดตามครบ 10 ราย 3)ติดตาม 6 เดือนทั้งหมด 10 ราย ส่งต่อ รพ.ลำปลายมาศ 1 ราย ติดตามครบ 9 ราย	รูปแบบเดิม ไม่มีผู้เข้ารับการรักษา รูปแบบใหม่ มีผู้เข้ารับการรักษา 13 ราย ติดตามครบ 1,3และ 6 เดือน ร้อยละ 84.62 ,90.91 และ 90.00 ตามลำดับ ได้รับการส่งต่อบำบัดที่รพ.ลำปลายมาศ ร้อยละ 15.38 และ ออกจากการติดตาม ร้อยละ 7.69

3. ผลศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง กรณีศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า ตำบลผไทเรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า

1) ข้อมูลทั่วไป เพศชาย ร้อยละ 100.00 สถานภาพโสด ร้อยละ 90.00 อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 50.00 อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 39 ปี อาชีพ ค่าขายร้อยละ 30 รองลงมา คือ ว่างงาน,นักเรียน,รับจ้าง ร้อยละ 20 มีประวัติเสพยาบ้า ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่ยังไม่เคยบำบัด ร้อยละ 80.00 สถานภาพครอบครัวอาศัยอยู่กับตา ยาย ปู่ย่า ร้อยละ 100.00 บิดา – มารดา แยกกันอยู่

2) ผู้เข้ารับการรักษา 13 ราย ติดตามครบ 1,3และ 6 เดือน ร้อยละ 84.62 ,90.91 และ 90.00 ตามลำดับ ได้รับการส่งต่อบำบัดที่รพ.ลำปลายมาศ ร้อยละ 15.38 และ ออกจากการติดตาม ร้อยละ 7.69

3) อัตราการหยุดเสพต่อเนื่อง 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ร้อยละ 80.00,66.66 และ 70.00 ตามลำดับ

4) คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเสพติด เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน ดังนี้

(1) ระดับความเครียดของผู้ใช้ยาเสพติด พบว่า ก่อนการดำเนินงาน ผู้ใช้ยาเสพติดมีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดเท่ากับ $\bar{X}=12.1$,S.D. = 4.1) แต่หลังการดำเนินงาน ลดลงเหลือ $\bar{X}=7.4$,S.D. = 2.0 แสดงให้เห็นว่ากระบวนการบำบัดฟื้นฟูสามารถช่วยลดระดับความเครียดของผู้ใช้ยาเสพติดได้อย่างชัดเจน

(2) คุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาเสพติด พบว่า ก่อนการดำเนินงาน ผู้ใช้ยาเสพติดมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต $\bar{X}=96.13$,S.D. = 11.31 หลังการดำเนินงาน เพิ่มขึ้น $\bar{X}=106.0$,S.D. = 77.2) สะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดฟื้นฟูตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนากระบวนการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง กรณีศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า ตำบลไผทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. สถานการณ์และศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด พบว่า พื้นที่ตำบลไผทรินทร์ยังคงประสบปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด โดยเฉพาะยาบ้าและยาไอซ์ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ (2566–2567) ที่ระบุว่ายาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนยังเป็นปัญหาหลักของประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและแรงงานทั่วไปที่มีปัจจัยเสี่ยงจากการว่างงานและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกแสดงให้เห็นว่าชุมชนมีศักยภาพในการจัดการปัญหาเสพติดได้ในระดับหนึ่ง โดยมีเครือข่ายภาคประชาชน เช่น อสม. แกนนำชุมชน ผู้นำศาสนา และหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีความร่วมมือในการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วย ตลอดจนได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและวัดซึ่งทำหน้าที่เป็น “พื้นที่ปลอดภัย” ส่งเสริมให้กระบวนการฟื้นฟูครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านแรงจูงใจของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของครอบครัว และระบบติดตามหลังการบำบัดที่ยังไม่เป็นระบบ ส่งผลให้มีอัตราการกลับไปใช้ซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ สุกัญญาวัฒน์ประไพจิตร (2567) ที่ระบุว่าชุมชนยังขาดกลไกการดูแลต่อเนื่องและครอบครัวยังคงมีทัศนคติในเชิงตีตราผู้ป่วย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง พบว่า รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ (1) การค้นหาและชักชวนกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการบำบัดแบบสมัครใจ (2) การบำบัดและฟื้นฟูผ่านค่าย “รวมพลังศรัทธา แก้ปัญหาเสพติดแบบบูรณาการ” ที่เน้นการบำบัดแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และ (3) การติดตามต่อเนื่องหลังจบค่ายเป็นเวลา 180 วัน ผลการดำเนินงานพบว่า มีผู้เข้าร่วมบำบัดจำนวน 13 ราย และสามารถติดตามต่อเนื่องครบ 6 เดือน ร้อยละ 90.00 โดยมีอัตราการหยุดเสพต่อเนื่องที่ 1, 3 และ 6 เดือน เท่ากับร้อยละ 80.00, 66.66 และ 70.00 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพสูงกว่าระบบบำบัดแบบเดิมที่มีลักษณะกึ่งบังคับและไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้ผู้เข้ามาร่วมได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชรีย์ ทองเจิม และคณะ (2566) ซึ่งพบว่าการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ส่งผลให้ชุมชนสามารถพัฒนาและดำเนินการบำบัดฟื้นฟูได้ด้วยตนเอง ทำให้มีอัตราการเข้าร่วมบำบัดและการหยุดเสพต่อเนื่องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งสอดคล้องกับ



แนวคิดของ อัครพล คุรุศาสตร์ และจอมขวัญ รุ่งโชติ (2562) ที่เสนอให้ใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางของกระบวนการบำบัดและฟื้นฟู ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายระดับชาติว่าด้วยการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาเสพติดแบบมีส่วนร่วม

3. ผลของรูปแบบต่อระดับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาเสพติด ผลการประเมินก่อนและหลังการดำเนินงานพบว่า ระดับความเครียดของผู้เข้าร่วมลดลงจากค่าเฉลี่ย 12.1 (S.D.=4.1) เหลือ 7.4 (S.D.=2.0) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 96.13 (S.D.=11.31) เป็น 106.0 (S.D.=7.72) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการบำบัดแบบองค์รวมที่ผสมผสานกิจกรรมทางศาสนา การฝึกอาชีพ การอบรมทักษะชีวิต และการติดตามอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อการลดความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้กลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับงานของ นุชรีย์ ทองเจิม และคณะ (2566) ที่รายงานว่า การบำบัดโดยชุมชนเป็นฐานช่วยลดระดับความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาเสพติดได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้หลักศาสนา และจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบของกระบวนการบำบัด ซึ่งช่วยเสริมแรงจิตใจภายในและสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-worth) ให้แก่ผู้เข้าร่วม

การวิจัยนี้เป็นกรณีศึกษาในพื้นที่ตำบลไผทรินทร์ ซึ่งมีบริบทเฉพาะด้านสังคมและวัฒนธรรม จึงอาจไม่สามารถสรุปผลทั่วไป (generalization) ไปยังพื้นที่อื่นได้อย่างครอบคลุม อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด แม้จะสะท้อนข้อมูลเชิงลึก แต่ไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติขั้นสูง นอกจากนี้ ระยะเวลาการติดตามเพียง 6 เดือนอาจยังไม่สะท้อนผลในระยะยาว โดยสรุป การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าการเสริมพลังชุมชน (community empowerment) ร่วมกับการใช้หลักศาสนาและการสนับสนุนทางสังคม สามารถเพิ่มประสิทธิผลของการบำบัด ลดความเครียดและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังช่วยสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมที่ยั่งยืนกว่ารูปแบบการบำบัดแบบเดิมที่ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดในระดับประเทศที่เน้น “ชุมชนมีส่วนร่วม” เป็นกลไกหลักในการฟื้นฟูผู้ป่วยให้กลับคืนสู่สังคมอย่างมีศักดิ์ศรีและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.) ควรนำรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางไปปรับใช้ในพื้นที่ของตน เนื่องจากเป็นรูปแบบที่สามารถลดระดับความเครียดและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้เข้ารับการรักษาได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังช่วยสร้างกระบวนการดูแลที่ยั่งยืนและต่อเนื่อง
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และครอบครัวผู้ป่วย เพื่อจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟู รวมทั้งการจัดค่ายบำบัดเชิงบูรณาการที่เน้นการเสริมสร้างอาชีพและความเข้มแข็งทางสังคม
3. ภาควิชาการศึกษาด้านการศึกษาและเยาวชน ควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันปัญหาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น โดยพัฒนาโครงการที่เน้นการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ การส่งเสริมทักษะชีวิต และการสร้างสภาพแวดล้อมเชิงบวก เพื่อลดโอกาสการเข้าสู่การเสพติดตั้งแต่นั้น



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของผู้ที่ผ่านการบำบัดในระยะ 1-2 ปี เพื่อตรวจสอบความยั่งยืนของพฤติกรรมการหยุดเสพและคุณภาพชีวิต รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำ
2. ควรขยายการวิจัยไปยังกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดประเภทอื่น เช่น ยาไอซ์ กัญชา หรือสารระเหย รวมทั้งกลุ่มที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เพื่อพัฒนาแนวทางบำบัดที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางกับการบำบัดในสถานพยาบาลหรือศูนย์บำบัดเฉพาะกิจ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนถึงข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละแนวทาง

References

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานผลการดำเนินงานการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 9. นนทบุรี.
- กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดประเทศไทย ปี 2565. นนทบุรี.
- กรมสุขภาพจิต. (2551). คู่มือการใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI). นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กรมสุขภาพจิต. (2553). คู่มือการใช้แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (DMH Stress Test). นนทบุรี.
- นฤมล วัฒนจินดา. (2560). การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุชรีย์ ทองเจิม, และคณะ. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research). วารสารวิจัยทางสาธารณสุข, 15(1), 12-26.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2563). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ระบบรายงาน บ.ส.ต. (2567). รายงานผลการคัดกรองผู้ติดยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 9 ประจำปี 2567. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุกัญญา วัฒนประไพจิตร. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 31(2), 45-59.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2565). นโยบายและแนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ เรื่อง “ผู้เสพคือผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร”. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2566). รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2567). รายงานสถานการณ์ยาเสพติดจังหวัดบุรีรัมย์ ประจำปีงบประมาณ 2567. กรุงเทพฯ.
- สุชาติ พงษ์พิพัฒน์. (2561). การสร้างแบบสอบถามและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.



อัศวพล ศุภศาสตร์, และจอมขวัญ รุ่งโชติ. (2562). แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาชุมชนวัดบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, 9(2), 101–115.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2018). *Community-based treatment and care for drug use and dependence: A comprehensive training package*. Geneva: WHO.