

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนลุ่มรัก Community Based Treatment : CBTx จังหวัดอุดรธานี

วัชรินทร์ พันธุ์เทศ, วท.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยชุมชนลุ่มรัก (CBTx) ในจังหวัดอุดรธานี 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยชุมชนลุ่มรัก (CBTx) ในจังหวัดอุดรธานี และ 3) เพื่อประเมินผลรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยชุมชนลุ่มรัก (CBTx) ในจังหวัดอุดรธานี เริ่มศึกษาในระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 ถึง มีนาคม 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการบำบัด รักษา ฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัดอุดรธานี จากผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มตัวอย่าง 330 คน ระยะที่ 2 ประชุมแบบมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ชุมชน และครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัด รักษา ฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดด้วยชุมชนลุ่มรัก CBTx ร่วมกัน ระยะที่ 3 ประเมินผลหลังจากทดลองใช้รูปแบบ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Paired Sample t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการบำบัด รักษา ฟื้นฟูผู้ป่วยหลังร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมากและสูงกว่าก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ($t = 23.76$) หลังร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางและสูงกว่าก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ($t = 16.47$) และผลการดำเนินงานมี Retention Rate ร้อยละ 83.23

ข้อเสนอแนะ รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุดรธานีที่ได้ถือไว้เป็นรูปแบบที่ดี มีประสิทธิภาพจึงควรนำไปพัฒนาต่อเนื่องและขยายผลออกไปยังกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันต่อไป

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนลุ่มรัก ผู้ป่วยยาเสพติด

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

Development of a community-based drug addiction treatment and rehabilitation model with community participation Lom Rak Udon Thani Province

Wacharin Phanthet, M.Sc.*

Abstract

This action research aims to: 1) Study the treatment and rehabilitation of drug-addicted patients through community participation using the Community-Based Treatment (CBTx) model in Udon Thani Province. 2) Develop a treatment and rehabilitation model for drug-addicted patients through community participation using CBTx in Udon Thani Province. 3) Evaluate the effectiveness of the CBTx model in the treatment and rehabilitation of drug-addicted patients in Udon Thani Province. The study was conducted from October 2024 to March 2025 and was divided into three phases: Phase 1: Examined the knowledge and participation of families and communities in the treatment and rehabilitation of drug-addicted patients in Udon Thani Province. The sample group consisted of 330 caregivers of drug-addicted patients. Phase 2: Held participatory meetings with network partners, community members, and families of drug-addicted patients to collaboratively develop the CBTx treatment and rehabilitation model. Phase 3: Evaluated the outcomes after implementing the model. Findings. And the Operating Results have a Retention Rate of 83.23 percent.

Results: The results showed that after participating in the activities, the sample group had a significantly higher level of knowledge about drug addiction treatment and rehabilitation compared to before the activities ($p < .001$, $t = 23.76$). Additionally, their participation level increased to a moderate level, which was significantly higher than before the activities ($p < .001$, $t = 16.47$).

Conclusion: Through this approach, drug-addicted patients received comprehensive screening and uninterrupted medication, allowing them to return to a normal life while ensuring community safety. The model proved to be highly effective and should be further expanded and adapted for use in similar target areas.

Keyword : Community Participation, Community-Based Treatment (CBTx), Drug-Addicted Patients

*Udon Thani Provincial Public Health Office

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่แพร่กระจายในวงกว้างและเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งผู้เสพครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ในปี พ.ศ. 2563 ข้อมูลผู้ใช้น้ำยาเสพติดจากรายงาน World Drug Report ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ พบว่ามีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก จำนวนผู้ใช้น้ำยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึง 26% เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา¹ โดยเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นที่ตั้งตลาดค้ายาบ้าที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของโลกและมีแนวโน้มที่จะขยายตัวอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะราชอาณาจักรกัมพูชา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ประเทศพม่า ประเทศเวียดนามและประเทศไทย การจับกุมแอมเฟตามีนสูงถึงร้อยละ 89 ของการจับกุมทั้งปี พ.ศ. 2564²

จังหวัดอุดรธานี มียาเสพติดแพร่ระบาดในพื้นที่ทุกอำเภอ และเป็นทางการขนย้ายลำเลียงยาเสพติดเป็นพื้นที่พักยาเสพติดสำหรับกระจายยาเสพติดให้แก่กลุ่มผู้ค้ารายย่อย ยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด คือ ยาบ้า และกัญชาแห้ง ส่วนมากลักลอบนำเข้าในเขตพื้นที่ตามแนวชายแดน กลุ่มผู้ใช้น้ำยาเสพติดส่วนมากเป็นผู้ใช้แรงงานหรือกลุ่มผู้มียาได้น้อย ในปี 2566 ที่ผ่านมาจังหวัดอุดรธานีมีผู้ป่วยยาเสพติดเข้าบำบัด ประมาณ 4,000 คน การบำบัดมีหลากหลายวิธี เพื่อให้การดำเนินงานแต่ละพื้นที่ประสบความสำเร็จ สอดคล้องตามบริบทของพื้นที่จึงมีการปรับ ประยุกต์ใช้รูปแบบแตกต่างกันไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา รูปแบบและประเมินผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยชุมชนลุ่มรัก Community Based Treatment: CBTx จังหวัดอุดรธานี เพื่อลดปัญหาผลกระทบจากพฤติกรรมของผู้ป่วยยาเสพติด รวมถึงสร้างกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัด รักษา ฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด และนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่ลักษณะใกล้เคียงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยชุมชนลุ่มรัก (CBTx) ในจังหวัดอุดรธานี
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยชุมชนลุ่มรัก (CBTx) ในจังหวัดอุดรธานี
- 3) เพื่อประเมินผลรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยชุมชนลุ่มรัก (CBTx) ในจังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนลุ่มรัก (CBTx) ในจังหวัดอุดรธานี จากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องสามารถกำหนดแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือสิ่งที่ต้องการศึกษาตามกระบวนการอนุมานกรอบความคิดเชิงทฤษฎีเป็นรูปแบบการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดแนวคิดโดยแบ่งขอบเขตของการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดอุดรธานี ใช้แบบสอบถามความรู้และการมีส่วนร่วมในการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด นำข้อมูลมาวิเคราะห์ใช้พัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และใช้เป็นฐานข้อมูลในการประชุมแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม Appreciation-Influence-Control (A-I-C) ในเวทีประชุมประชาคมของชุมชนเพื่อหารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งจะให้ได้รูปแบบกิจกรรมการดูแล

ผู้ป่วยยาเสพติด ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยชุมชนล้อมรั้ง (CBTx) ด้วยกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอนร่วมกับกระบวนการบำบัด 4 ด้าน

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยชุมชนล้อมรั้ง CBTx หลังทดลองใช้รูปแบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณและคุณภาพควบคู่กันไป แบ่งออกเป็น การประเมินหลังดำเนินกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดเป็นเวลา 4 สัปดาห์โดยประเมินการเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดตามนัด การกินยาของผู้ป่วย และอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยยาเสพติด

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 อำเภอ ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 - มีนาคม 2568

2. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดรับการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนยั่งยืน และรูปแบบชุมชนเป็นศูนย์กลางและรูปแบบอื่นๆจังหวัดอุดรธานี ในปี 2567 มีจำนวน 1,818 คน ผู้ป่วยซึ่งไม่มีผู้ดูแล จำนวน 124 คน คงเหลือผู้ป่วยที่มีญาติเป็นผู้ดูแล จำนวน 1,694 คน อาศัยอยู่ในพื้นที่ 20 อำเภอ จำนวน 113 ตำบล จำนวน 363 หมู่บ้าน³

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดอุดรธานี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตั้งต้นจากผู้ป่วยยาเสพติด

4. คำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณหากกลุ่มตัวอย่างของ เครซี่และมอร์แกน⁴ ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 330 คน ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 P(1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

เมื่อแทนค่าตัวแปรในสมการ โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวน 1,694 คน ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสัดส่วน ของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.05 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ

$$n = \frac{3.841 \times 1694 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (1694 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$= 313.25 \text{ ประมาณ } 314 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5 เป็น 330 คน

5. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 330 คน แบ่งออกเป็นดังนี้

5.1 การเลือกพื้นที่

5.1.1 การเลือกพื้นที่วิจัย โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage) และกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยยาเสพติดตามประชากรผู้ป่วยยาเสพติดในแต่ละอำเภอ รายละเอียดดังนี้

$$\text{สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{\text{ผู้ป่วยยาเสพติดของแต่ละอำเภอ} \times \text{กลุ่มตัวอย่าง}}{\text{จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดทั้งจังหวัด}}$$

ตารางที่ 1 สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยยาเสพติดในแต่ละอำเภอของจังหวัดอุดรธานี

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยยาเสพติด (คน)	ขนาดตัวอย่าง (คน)
เพ็ญ	57	11
เมืองอุดรธานี	105	21
โนนสะอาด	235	46
ไชยวาน	95	19
กุดจับ	222	43
กุมภวาปี	87	17
กุมแก้ว	59	12
ทุ่งฝน	33	6
นาูง	110	21
น้ำโสม	22	4
บ้านดุง	87	17
บ้านผือ	126	25
ประจักษ์ศิลปาคม	66	13
พิบูลย์รักษ์	33	6
วังสามหมอ	115	22
ศรีธาตุ	50	10
สร้างคอม	33	6
หนองแสง	76	15
หนองวัวซอ	25	5
หนองหาน	58	11
รวม	1,694	330

5.1.2 การเลือกพื้นที่ตำบล โดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกตำบลที่มีผู้ป่วยยาเสพติดมากที่สุดในอำเภอ โดยเลือกอำเภอละ 1 ตำบล

5.1.3 การเลือกพื้นที่หมู่บ้าน โดยวิธีการสุ่มแบบยกกุ่ม (Cluster sampling) รายละเอียดดังนี้ สุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลาก จากทะเบียนรายชื่อหมู่บ้านทั้งหมด ของตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย ตรวจสอบจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดในหมู่บ้านที่จับฉลาก หากจำนวนผู้ป่วยไม่เพียงพอให้จับสลากเพิ่ม จนได้จำนวนผู้ป่วยครบตาม สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 330 คน จากหมู่บ้านและตำบลที่ได้รับการสุ่ม ดังนี้

ตารางที่ 2 การสุ่มเลือกพื้นที่ทำการวิจัย

อำเภอ	สุ่มอย่างง่ายได้ตำบล	สุ่มอย่างง่ายได้หมู่บ้าน
เพ็ญ	บ้านเหล่า	หมู่ 7 (11)
เมืองอุดรธานี	โนนสูง	หมู่ 3, หมู่ 5 (21)
โนนสะอาด	บึงแก้ว	หมู่ 1, 2, 8 (46)
ไชยวาน	โพนสูง	หมู่ 3 (19)
กุดจับ	สร้างก่อ	หมู่ 1, 2, 4, 8, 9 (43)
กุมภวาปี	ผาสุก	หมู่ 5 (17)
กุมแก้ว	บ้านจืด	หมู่ 7 (12)
ทุ่งฝน	นาชุมแสง	หมู่ 6 (6)

ตารางที่ 2 การสุ่มเลือกพื้นที่ทำการวิจัย (ต่อ)

อำเภอ	สุ่มอย่างง่ายได้ตำบล	สุ่มอย่างง่ายได้หมู่บ้าน
นาเยือง	โนนทอง	หมู่ 9 (21)
น้ำโสม	หนองแวง	หมู่ 4 (4)
บ้านดุง	บ้านตาต	หมู่ 5 (17)
บ้านผือ	บ้านผือ	หมู่ 1 (25)
ประจักษ์ศิลปาคม	ห้วยสามพาด	หมู่ 11 (13)
พิบูลย์รักษ์	บ้านแดง	หมู่ 1 (6)
วังสามหมอ	หนองกุงทับม้า	หมู่ 3 (22)
ศรีธาตุ	นาเยือง	หมู่ 4 (10)
สร้างคอม	เชียงดา	หมู่ 6 (6)
หนองแสง	แสงสว่าง	หมู่ 3 (15)
หนองวัวซอ	น้ำพัน	หมู่ 1 (5)
หนองหาน	สร้อยพร้าว	หมู่ 1, 9 (11)
รวม		28 หมู่บ้าน (330)

5.2 การเลือกตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้

5.2.1 การเลือกภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด หมู่บ้านละจำนวน 10 คน จำนวน 28 หมู่บ้าน รวม 280 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยภาคีเครือข่ายประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ประธาน อสม. 1 คน เจ้าอาวาสวัดหรือพระสงฆ์ 1 รูป กรรมการหมู่บ้าน 5 คน

5.2.2.การเลือกภาคีเครือข่ายระดับตำบล ตำบลละ 5 คน จำนวน 20 ตำบล รวม 100 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ภาคีเครือข่ายระดับตำบล ประกอบด้วย ผอ.รพ.สต.1 คน ตำรวจประจำตำบล 1 คน กำนัน 1 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน และปลัดอำเภอประจำตำบล 1 คน

5.3 หลักเกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

5.3.1 ผู้ป่วยยาเสพติด ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและภาคีเครือข่ายระดับตำบลและหมู่บ้านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ ซึ่งมีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดไม่น้อยกว่า 3 เดือนในปีที่ผ่านมาและมีครัวเรือนตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ทำการสำรวจไม่น้อยกว่า 6 เดือน

5.3.2 สามารถอ่าน เข้าใจภาษาไทย และสามารถกรอกแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง

5.3.3 สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน

5.4 เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

5.4.1 ขาดคุณสมบัติในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

5.4.2 มีอาการเจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

5.5 เกณฑ์การให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria for Participant)

5.5.1 ขาดคุณสมบัติในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

5.5.2 มีอาการเจ็บป่วยจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อปี ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยาเสพติด การกินยาและเข้ารักษาตามนัด อาการทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แปลผลโดยเกณฑ์คะแนนของบลูม⁵ 3 ระดับ คือระดับความรู้มาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป มี 16 – 20 คะแนน ระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 60-79 มี 12 – 15 คะแนน ระดับความรู้น้อย ร้อยละน้อยกว่า 60 มี 0 – 11 คะแนน

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ประเมินกระบวนการบำบัด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) กำหนดไว้ 3 ระดับคือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ แปลผลโดยเกณฑ์คะแนนของเบส⁶ 3 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมในการบำบัดอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67 – 2.33 และระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.66

7. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

7.1 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และให้คำแนะนำเพื่อการปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน พิจารณาความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาและความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of Congruence) ซึ่งจะกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนนในแต่ละข้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ให้ 1 เมื่อข้อคำถาม คำตอบ สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจ หรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถาม คำตอบ สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย ให้ -1 เมื่อข้อคำถาม คำตอบ ไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย โดยคิดจากคะแนนรวมของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนน ซึ่งได้ค่า IOC เท่ากับ 0.89

7.2 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้

7.3 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน คือ ประชาชนในเขตอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้อง รวมทั้งการใช้ภาษาที่อ่านเข้าใจง่าย และชัดเจน วิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ด้านความรู้ เท่ากับ 0.83 ด้านการมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.86

8. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

8.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วม ในการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด กับกลุ่มตัวอย่างก่อนการพัฒนารูปแบบและหลังการพัฒนารูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

8.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากการใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมกระบวนการ AIC นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจัดหมวดหมู่ตามประเด็น ทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)⁷

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 1368 ลงวันที่ 21 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.7 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 36.7 อายุเฉลี่ย 57.23 อายุมากที่สุด 74 ปี อายุน้อยที่สุด 34 ปี สถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 61.5 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 85.8 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.5 มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 61.8 รายได้เฉลี่ย 4,284.85 บาทต่อเดือน รายได้น้อยที่สุด 1500 บาท รายได้มากที่สุด 18,000 บาทต่อเดือน และผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้อง พ่อ แม่ ร้อยละ 53.0 รองลงมา คือ เป็นปู่ ย่า หรือ ตา ยาย ร้อยละ 23.9

2. ความรู้ในการบำบัด รักษา ฟันผู้ป่วยยาเสพติดของครอบครัวและชุมชน พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.7 รองลงมาคือระดับน้อยร้อยละ 15.8 หลังร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.1 และระดับมากร้อยละ 47.6 ระดับน้อยร้อยละ 3.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความรู้ในการบำบัดรักษาฟันผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังการให้ความรู้โดยรวม (n = 330)

ระดับความรู้		ก่อนร่วมกิจกรรม	หลังร่วมกิจกรรม
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับน้อย	(0-11 คะแนน)	52 (15.8)	11 (3.3)
ระดับปานกลาง	(12-15 คะแนน)	253 (76.7)	162 (49.1)
ระดับมาก	(16-20 คะแนน)	25 (7.6)	157 (47.6)
ก่อนให้ความรู้ ค่าเฉลี่ย : 13.69 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: 1.64) ค่าต่ำสุด: 9 ค่าสูงสุด: 17			
หลังให้ความรู้ ค่าเฉลี่ย : 14.80 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: 1.69) ค่าต่ำสุด: 10 ค่าสูงสุด: 19			

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการบำบัดรักษาฟันผู้ป่วยยาเสพติดหลังร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t = 16.478$) โดยเพิ่มขึ้นจาก 13.69 คะแนน (SD=1.64) เป็น 14.80 คะแนน (SD=1.69) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้ของครอบครัวในการบำบัดรักษาฟันผู้ป่วยยาเสพติดระหว่างก่อนและหลังร่วมกิจกรรม

คะแนนความรู้ของครอบครัว	Mean	SD	t	P-value
ก่อนร่วมกิจกรรม	13.69	1.64	-16.478	0.001*
หลังร่วมกิจกรรม	14.80	1.69		

*สถิติ Paired t test ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการในการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ทั้งการประเมินกระบวนการบำบัดใน 4 ขั้นตอน พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยหลังร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดเพิ่มขึ้นจากคะแนนเฉลี่ย 1.87 เป็น 2.03 คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดรายด้านระหว่างก่อนและหลังร่วมกิจกรรม (n=330)

การมีส่วนร่วมของครอบครัว	ก่อนร่วมกิจกรรม			หลังร่วมกิจกรรม		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
ขั้นเตรียมการ	1.83	0.23	ปานกลาง	2.04	0.18	ปานกลาง
ขั้นถอนพิษยา	1.86	0.12	ปานกลาง	2.01	0.18	ปานกลาง
ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ	1.85	0.23	ปานกลาง	2.01	.21	ปานกลาง
ขั้นการติดตามผล	1.93	0.22	ปานกลาง	2.01	.21	ปานกลาง
รวม	1.87	0.22	ปานกลาง	2.03	0.11	ปานกลาง

หลังร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมการบำบัด รักษา ฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 95.8 และในระดับมาก ร้อยละ 4.2 รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมโดยรวม (n = 330)

ระดับการมีส่วนร่วม		ก่อนร่วมกิจกรรม	หลังร่วมกิจกรรม
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับน้อย	(1.00-1.66 คะแนน)	17 (5.2)	0 (0)
ระดับปานกลาง	(1.67-2.33 คะแนน)	313 (94.8)	316 (95.8)
ระดับมาก	(2.34-3.00 คะแนน)	0 (0.0)	14 (4.2)
ก่อนร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ย : 1.87 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: .22) ค่าต่ำสุด: 1.5 ค่าสูงสุด:2.2			
หลังร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ย : 2.03 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: 0.11) ค่าต่ำสุด: 1.5ค่าสูงสุด:2.2			

เมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของครอบครัวก่อนและหลังร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดสูงกว่าก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 (t=23.76) รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดระหว่างก่อนและหลังร่วมกิจกรรม (n=330)

การมีส่วนร่วมของครอบครัว	Mean	SD	t	P-value
ก่อนร่วมกิจกรรม	1.87	0.22	-23.76	0.001*
หลังร่วมกิจกรรม	2.03	0.11		

*สถิติ Paired t test ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. การไปรับการรักษา การกินยา และอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยยาเสพติด พบว่า หลังร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยยาเสพติดไปรับการรักษาตามแพทย์นัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.3 เป็นร้อยละ 57.9 และผู้ป่วยยาเสพติด มีการรับประทานยาตามแพทย์สั่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.5 เป็นร้อยละ 94.2 นอกจากนี้หลังร่วมกิจกรรมผู้ป่วย ยาเสพติดส่วนใหญ่มีอาการทั่วไปสงบเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 94.2 เป็นร้อยละ 95.8 รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ การไปรับการรักษา การกินยา และอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วย ยาเสพติด (n=330)

ผู้ป่วยยาเสพติด	ก่อนร่วมกิจกรรม		หลังร่วมกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การไปรับการรักษาตามแพทย์นัด				
ไม่ใช่	230	69.7	139	42.1
ใช่	100	30.3	191	57.9
กินยาตามแพทย์สั่ง				
ไม่ใช่	51	15.5	19	5.8
ใช่	279	84.5	311	94.2
อาการทั่วไปสงบ				
ไม่ใช่	19	5.8	14	4.2
ใช่	311	94.2	316	95.8

5. รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนลุ่มรักษ์ CBTx จังหวัดอุดรธานี เป็นการประยุกต์ใช้ 9 ขั้นตอนชุมชนเข้มแข็งและ 4 กระบวนการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย 11 กิจกรรม ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยชุมชนลุ่มรักษ์ CBTx จังหวัดอุดรธานี

สรุปและอภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.7 ส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 36.7 อายุเฉลี่ย 57.23 อายุมากที่สุด 74 ปี อายุน้อยที่สุด 34 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่อยู่ด้วยกันร้อยละ 61.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 85.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 56.5 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 61.8 รายได้เฉลี่ย 4,284.85 บาทต่อเดือน รายได้น้อยที่สุด 1500 บาท รายได้มากที่สุด 18,000 บาทต่อเดือน และผู้ดูแลเป็นพ่อ แม่ ร้อยละ 53.0 รองลงมา คือ เป็นปู่ ย่า หรือ ตา ยาย ร้อยละ 23.9

2. ระดับความรู้เรื่องการบำบัด รักษา ฟันผู้ป่วยยาเสพติดเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.7 รองลงมาคือระดับน้อย ร้อยละ 15.8 และ หลังการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.1 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 47.6 ระดับน้อย ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดมีความรู้การบำบัด รักษา ฟันผู้ป่วยยาเสพติดหลังร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t = 16.47$) สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมการให้ความรู้โดยวิธีการให้ความรู้รายบุคคล การทำความเข้าใจโดยผู้บังคับใช้กฎหมาย เช่น นายอำเภอ ปกครอง ตำรวจ มีผลลัพธ์ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน ตระหนักรู้ ให้ความสำคัญ และรับฟัง จนเกิดความรู้ในการบำบัด รักษา ฟันที่สูงขึ้น และสูงขึ้นกว่าก่อนร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประพัทธ์ ธรรมวงศ์⁸ ซึ่งมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้และประชาชน ไม่มีพฤติกรรมกลับไปเสพยา ร้อยละ 95.2 กลุ่มเยาวชนในวัยเรียนไม่กลับไปเสพยา และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด ร้อยละ 100 และมีชุมชนต้นแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด ส่งผลดีต่อผู้ป่วยยาเสพติด ครอบครัว และชุมชน

3. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัด รักษา ฟันผู้ป่วยยาเสพติด ในจังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัด รักษา ฟันผู้ป่วยยาเสพติดโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง หลังร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในการบำบัด รักษา ฟันผู้ป่วยยาเสพติดโดยรวมสูงขึ้นเป็นอยู่ในระดับปานกลางแต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างหลังร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในการรักษา บำบัด ฟันผู้ป่วยยาเสพติดสูงกว่าก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($t = 23.76$) สามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบกิจกรรมที่ทำส่งเสริมให้ผู้ดูแล เช่น ครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม. ภาควิชาเครือข่าย เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด รักษา ฟันผู้ป่วยยาเสพติดมากขึ้น และมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประพัทธ์ ธรรมวงศ์⁸ พบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมการบำบัดฟันยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีคะแนนเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ราศี อาษาจิตร และ สุจิตตา ฤทธิมนตร์⁹ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.6 (S.D = 0.19) จึงควรส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน ภาควิชาเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด รักษา ฟันผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบวนการ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของกิจกรรมต่อไป

4. ผลลัพธ์ผู้ป่วยยาเสพติด การรับการรักษา การกินยา อาการผู้ป่วยยาเสพติด หลังร่วมกิจกรรมผู้ป่วยยาเสพติดไปรับการรักษาตามแพทย์นัด มากขึ้น จากร้อยละ 30.3 เป็นร้อยละ 57.9 และผู้ป่วยยาเสพติดกินยาตามแพทย์สั่ง มากขึ้นจากร้อยละ 84.5 เป็นร้อยละ 94.2 นอกจากนี้ หลังร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ผู้ป่วยยาเสพติดมีอาการทั่วไปสงบเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 94.2 เป็นร้อยละ 95.8

5. รูปแบบการบำบัด รักษา ฟันผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้วยชุมชนล้อมรั้ง ในจังหวัดอุดรธานี ประกอบไปด้วย 11 กิจกรรม คือ 1) การประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ CBTx ชุมชนล้อมรั้ง

2) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานชุมชนล้อมรั้ว ระดับอำเภอ ระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน 3) นายอำเภอ หรือตัวแทนสร้างความเข้าใจแก่คนในชุมชน 4) ครอบครัว ชุมชน ภาควิชาเครือข่าย สร้างความรู้ความเข้าใจ ทักษะที่ดีในระดับบุคคล จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชน ค้นหาสาเหตุของการใช้ยาเสพติดและวางแผน แก้ไขปัญหาร่วมกัน 5) จัดทำข้อตกลงร่วมกันระหว่าง หมู่บ้าน โรงเรียน วัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ในการคัดกรอง บำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด 6) สแกนพื้นที่ ตรวจปัสสาวะ กลุ่มเป้าหมายทุกราย ตั้งด่าน จุดตรวจชุมชน รับส่งตัวจากตำรวจ/ปกครอง/ผู้นำชุมชน 7) สร้างแรงจูงใจ ในการเข้ารับการบำบัดเพื่อหยุดการใช้สารเสพติด 8) ทำข้อตกลงบริการรับการบำบัดฟื้นฟู การคัดกรอง 9) รพ.สต. ชักประวัติสุขภาพทางกายและจิต ประเมินภาวะสุขภาพจิตตามแบบ OAS และบันทึก บสต. บำบัดในชุมชน 10) บำบัดผู้ป่วยยาเสพติดตามโปรแกรมจนครบ 4 สัปดาห์ 11) ส่งต่อความยั่งยืนสู่ชุมชน บายศรีสู่ขวัญ จุดเทียนสร้างชีวิตใหม่สู่อ้อมกอดครอบครัว ติดตาม ดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการคัดกรองอย่าง ครอบคลุม ไม่ขาดยา ไม่มีอาการกำเริบ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ชุมชนปลอดภัย เพราะรูปแบบที่สร้าง และพัฒนาขึ้นเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนจากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงสอดคล้อง กับบริบทพื้นที่ สามารถนำไปใช้ได้จริงและง่ายต่อการนำไปประยุกต์ใช้ ซึ่งการนำครอบครัวของผู้ป่วย ชุมชน ภาควิชาเครือข่าย เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา บำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย จะทำให้เกิดความยั่งยืน เนื่องจากครอบครัว ได้อยู่ด้วยกันทุกวัน ดูแลด้วยหัวใจ ด้วยความรัก ความผูกพัน ซึ่งเห็นได้จาก ผลการศึกษาที่พบว่า หลังใช้ รูปแบบการบำบัด รักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้วยชุมชนล้อมรั้ว ในจังหวัด อุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และมีส่วนร่วมในการบำบัด รักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดสูงขึ้นกว่าก่อนร่วม กิจกรรมตามรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิตยา ฤทธิ์ศรี และคณะ¹⁰ พบว่า การนำปัญหามาพัฒนาตามแนวคิดการ บำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็ง 9 ขั้นตอนร่วมกับกระบวนการบำบัดในชุมชน 4 ขั้นตอนและมาตรการ ของชุมชนบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางชุมชน ต้องมีความพร้อมในการเข้าร่วมกระบวนการทุกขั้นตอนชุมชนเป็นเจ้าของสามารถตรวจสอบได้เป็นวิธีการ บำบัดที่แทรกแซง ชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่าการรักษาอื่นๆ ได้รูปแบบของการบำบัดรักษาที่ตรงกับ ความต้องการของชุมชนและ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้น รูปแบบการบำบัด รักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้วยชุมชนล้อมรั้ว ในจังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นรูปแบบที่ดีมีประสิทธิภาพ จึงควรนำ รูปแบบการมีส่วนร่วมนี้ไปต่อยอดและพัฒนาต่อเนื่องขยายผลการใช้รูปแบบไปยังกลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ลักษณะ คล้ายคลึงต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาการให้ความรู้โดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิผ่านเวทีประชาคมแบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ที่สูงขึ้น บุคลากรสุขภาพควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวเกิดแรงจูงใจ ในการเข้ารับการบำบัดรักษา ฟื้นฟู อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติด
2. จากการศึกษาพบว่า การแต่งตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันยาเสพติดระดับตำบล หมู่บ้าน มีผลให้ภาควิชาเครือข่าย เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น จึงควรส่งเสริมให้การดำเนินงาน ของคณะกรรมการ มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการป้องกัน แก้ไข และบำบัดผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการบำบัด รักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากผู้บริหาร เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยยาเสพติด ประชาชน ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายด้านยาเสพติดทุกระดับตลอดจนครู อาจารย์ที่ให้คำแนะนำด้านวิจัยในครั้งนี้ จึงขอขอบพระคุณอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World Drug Report 2022. Retrieved from https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1.pdf
2. กนิษฐา ไทยกล้า. ตลาดการค้ายาเสพติดในประเทศไทย. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. สรุปผลการดำเนินงานยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จังหวัดอุดรธานีปีงบประมาณ 2567. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2567.
4. Krejcie RV, DW Morgan. “Determining Sample Size for Research Activities”. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3):607 – 10.
5. Bloom BS. Human Characteristic and School Learning. New York. McGraw –Hill; 1975.
6. Best JW. Research in Education. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc. Christos A. Damalas and Ilias G. Eleftherohorinos 2011. Pesticide Exposure, Safety Issues, and Risk Assessment Indicators. International Journal of Environmental Research and Public Health 1977; 8:1402-19.
7. สุภางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
8. ประพัทธ์ ธรรมวงศา. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2567; 6(1):e268174 1-14.
9. ราศี อาษาจิตร, สุจิตตา ฤทธิมนต์รี. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านดุง จังหวัดยโสธร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 2566, 16(2); 244-57.
10. นิตยา ฤทธิ์ศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, ศุภลักษณ์ จันทาญ. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2565; 19(2):50-63.