

# การพัฒนาแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

อนิรุทธ์ ชัยสมบูรณ์พันธ์, พ.บ. \*

สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์, ส.ม. \*\*

พรพิมล มัชฌาโส. วท.บ. \*\*\*

ธัชธรรม มัชฌาโส. วท.บ. \*\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ใช้ยาเสพติดไม่มีอาการจิตเวช จำนวน 19 คน ผู้ใช้ยาเสพติดที่มีอาการจิตเวชร่วมด้วย จำนวน 30 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 18 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายและเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม 2567 – กันยายน 2568 เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 – 1 และนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือโดยทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม คือ “BCH-UD Model” ซึ่งประกอบด้วย B (Board): ภาควิชาที่ร่วมมี, C (Care): การดูแลต่อเนื่อง, H (Home): การดูแลในชุมชนไปสู่ครอบครัวที่อบอุ่น, U (Understanding): ความเข้าใจและไม่ตีตราผู้ป่วย และ D (Dignity): การกลับมาใช้ชีวิตดีศรีและคุณค่าของชีวิต ซึ่งหลังการพัฒนาแบบ การใช้สารเสพติดหลายประเภทลดลง โดยการเข้าบำบัดจากร้อยละ 98.0 เป็นร้อยละ 65.3 การสูบบุหรี่ลดจากร้อยละ 51.0 เป็นร้อยละ 44.9 และการดื่มสุราลดจากร้อยละ 36.7 เป็นร้อยละ 22.4 เมื่อเปรียบเทียบการใช้ยาเสพติด พบว่า ผลการทดสอบก่อนและหลังการพัฒนาแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น การบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมตามรูปแบบ BCH-UD Model ช่วยลดการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย เพิ่มพลังชุมชนในการมีส่วนร่วม และเป็นแนวทางที่สามารถขยายผลไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงได้อย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ :** การบำบัดยาเสพติด/ การมีส่วนร่วมของชุมชน/ BCH-UD Model

---

\* โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

\*\* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

\*\*\* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

# The Development of a drug treatment model with community participation Banchiang Sub-district, Nonghan District, Udon Thani Province.

Anirut Chaisomboonphan, M.D. \*

Sanit Ngawprommin, M.P.H. \*\*

Phornphimon Muckhanaso, B.Sc. \*\*\*

Thatchathan Muckhanaso, B.Sc. \*\*\*

## Abstract

This participatory action research aimed to develop a community-based drug rehabilitation model and to evaluate its effectiveness in Ban Chiang Subdistrict, Nong Han District, Udon Thani Province. The study involved three groups of participants: 19 drug users without psychiatric symptoms, 30 drug users with co-existing psychiatric symptoms, and 18 key informants. Participants were selected through simple random and purposive sampling. Data were collected between October 2024 and September 2025 using researcher-developed questionnaires and interview forms. The tools were validated by experts, with an IOC ranging from 0.67 to 1.00, and reliability tested using Cronbach's alpha (0.84). Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The results showed that the community-based rehabilitation model, called the "BCH-UD Model," consists of: B (Board) – collaboration among local partners and networks; C (Care) – continuous care and follow-up; H (Home) – strengthening family ties and community-based support; U (Understanding) – promoting empathy and reducing stigma; and D (Dignity) – helping patients regain self-worth and dignity. After implementing the model, the use of multiple substances decreased significantly: methamphetamine use dropped from 98.0% to 65.3%, cigarette smoking from 51.0% to 44.9%, and alcohol drinking from 36.7% to 22.4%. A paired t-test confirmed that these reductions were statistically significant at the 0.05 level.

In conclusion, the BCH-UD Model effectively reduced substance use, strengthened community participation, and provided a practical approach that can be adapted to other areas with similar contexts.

**Keywords:** drug rehabilitation/ community participation/ BCH-UD Model

---

\*Nonghan Hospital Udon Thani Province.

\*\*Nonghan District Public Health Office.

\*\*\*Banchiang Health Promoting Hospital, Nonghan District, Udon Thani Province.

## บทนำ

ปัญหายาเสพติด นับว่าเป็นหนึ่งในปัญหาสังคมที่รุนแรงที่สุดในแต่ละประเทศทั่วโลก ถึงแม้ว่าจะมีมาตรการ รวมถึงนโยบายต่าง ๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยจากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ<sup>(1)</sup> พบว่าในปี 2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15 - 64 ปี ที่ติดยาเสพติด ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 26 เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ เด็กและเยาวชนมีการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่รวมถึงใช้ในปริมาณที่มากกว่าเช่นเดียวกัน ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เรียกได้ว่าเป็นที่ตั้งของตลาดยาบ้าหรือเมทแอมเฟตามีนขนาดใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของโลก และมีแนวโน้มในการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริเวณพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ จากข้อมูลรายงานเรื่อง Synthetic Drugs in East and Southeast Asia 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ พบว่าในพื้นที่แถบแม่น้ำโขงตอนล่างมีปริมาณการจับกุมยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนสูงขึ้นในทุก ๆ ปี โดยในปี 2564 จับกุมได้ในปริมาณกว่า 171.5 ตัน คิดเป็นร้อยละ 89 ของการจับกุมยาเสพติดทั้งหมดในพื้นที่

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากการขยายตัวของยาเสพติดในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ โดยพบว่ามีมีการเคลื่อนย้ายยาเสพติดจากแหล่งผลิตประเทศเมียนมาและนำเข้ามาผ่าน สปป.ลาว ก่อนเข้าสู่ประเทศไทย จึงทำให้ยาเสพติดแพร่กระจายในพื้นที่ชายแดนที่ติดกับ สปป.ลาว ได้มากขึ้น ได้แก่ จังหวัดเชียงราย พะเยา ตลอดจนถึงจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดเลย หนองคาย และมุกดาหาร เป็นต้น ทั้งนี้ส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากการที่ราคาของยาเสพติดชนิดดังกล่าวลดลงอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้เสพเข้าถึงการซื้อได้ง่ายมากขึ้น<sup>(2)</sup> ปัจจุบันปัญหา ยาเสพติดมีผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ประชาชนได้รับผลกระทบและเกิดปัญหาทางสังคมในวงกว้าง จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รัฐบาลจึงกำหนดให้ปัญหา ยาเสพติดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหา ยาเสพติดในสังคมต่อไป<sup>(3)</sup> รัฐบาลมีนโยบายในการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติดของประเทศอย่างจริงจัง โดยมีแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหายาเสพติดทั่วประเทศ เพื่อควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดให้ลดลง มีมาตรการลดทั้งด้านอุปสงค์และอุปทาน และมีนโยบายในการลดการผลิตและการนำเข้าจากบริเวณชายแดน ในการติดตามประเมินผลความสำเร็จของแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหายาเสพติดนั้น<sup>(4)</sup> โดยดำเนินการเพื่อเป้าหมาย “ปราบปราม รักษา ปันฟู ดูแล” สนับสนุนการกวาดล้างยาเสพติดให้เกิดผลเป็นรูปธรรม โดยให้ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบการบูรณาการการทำงาน ระดมความร่วมมือกับตำรวจ สำนักงาน ป.ป.ส. หน่วยงานรัฐ และภาคประชาชนในพื้นที่ และให้สำนักงาน ป.ป.ส. เป็นเสนาธิการ ในการกำหนดเป้าหมายและมาตรการที่เหมาะสมให้กับจังหวัด พร้อมสนับสนุนการประสานงาน และทรัพยากรที่จำเป็นต่อไป<sup>(5)</sup>

ปัญหาการแพร่ระบาดภายในประเทศ จากข้อมูลการเข้ารับการรักษาตลอดปี 2564 พบยาบ้ายังคงเป็นชนิดที่แพร่ระบาดมากที่สุด ร้อยละ 75 รองลงมาคือ ไอซ์ ร้อยละ 8.6 กัญชาแห่ง ร้อยละ 4.7 และเฮโรอีน ร้อยละ 3.9 ตามลำดับ โดยมีกลุ่มประชากรอายุระหว่าง 18 - 24 ปีซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่น เยาวชน มีสัดส่วนเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 24 รองลงมาเป็นกลุ่มประชากรในอายุมากกว่า 39 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22 ในส่วนของกลุ่มอาชีพ พบว่า กลุ่มผู้ใช้แรงงาน มีสัดส่วนการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 29 รองลงมาเป็นกลุ่มรับจ้าง ร้อยละ 27<sup>(6)</sup>

สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2565 - 2567 พบว่า จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ 2565 จำนวน บำบัดทั้งหมด 127,811 คน เพศชาย 113,313 คน คิดเป็นร้อยละ 88.7 เพศหญิง 14,498 คน คิดเป็นร้อยละ 11.3 การจำแนกผู้ป่วย แบ่งเป็น ผู้ใช้ จำนวน 7,777 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 ผู้เสพ จำนวน 77,994 คน คิดเป็นร้อยละ 61 ผู้ติต จำนวน 42,024 คน คิดเป็นร้อยละ 32.9 ปีงบประมาณ 2566 จำนวนบำบัดทั้งหมด 195,406 คน เพศชาย 177,217 คน คิดเป็นร้อยละ 90.7 เพศหญิง 18,189 คน คิดเป็นร้อยละ 9.3 การจำแนกผู้ป่วย แบ่งเป็น ผู้ใช้ จำนวน 24,232 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4 ผู้เสพ จำนวน 123,690 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 ผู้ติต จำนวน 47,412 คน คิดเป็นร้อยละ 24.3 ปีงบประมาณ 2567 จำนวนบำบัดทั้งหมด 170,014 คน เพศชาย 152,819 คน คิดเป็นร้อยละ 89.9 เพศหญิง 17,195 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1 การจำแนกผู้ป่วย แบ่งเป็น ผู้ใช้ จำนวน 2,145 คน คิดเป็นร้อยละ 9.5 ผู้เสพ จำนวน 102,514 คน คิดเป็นร้อยละ 60.3 ผู้ติต จำนวน 51,239 คน คิดเป็นร้อยละ 30.1

จังหวัดอุดรธานีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ปีงบประมาณ 2565 - 2567 พบว่า จำนวน ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ 2565 จำนวนบำบัด ทั้งหมด 4,461 คน เพศชาย 3,897 คน คิดเป็นร้อยละ 87.4 เพศหญิง 564 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 การจำแนกผู้ป่วย แบ่งเป็น ผู้ใช้ จำนวน 645 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5 ผู้เสพ จำนวน 2,376 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 ผู้ติต จำนวน 1,440 คน คิดเป็นร้อยละ 32.3 ปีงบประมาณ 2566 จำนวนบำบัด ทั้งหมด 5,887 คน เพศชาย 5,238 คน คิดเป็นร้อยละ 88.9 เพศหญิง 649 คน คิดเป็นร้อยละ 11 การจำแนกผู้ป่วย แบ่งเป็น ผู้ใช้ จำนวน 1,386 คน คิดเป็นร้อยละ 23.5 ผู้เสพ จำนวน 3,213 คน คิดเป็นร้อยละ 54.6 ผู้ติต จำนวน 1,288 คน คิดเป็นร้อยละ 21.9 ปีงบประมาณ 2567 จำนวนบำบัด ทั้งหมด 7,215 คน เพศชาย 6,339 คน คิดเป็นร้อยละ 87.9 เพศหญิง 876 คน คิดเป็นร้อยละ 12.1 การจำแนกผู้ป่วย แบ่งเป็น ผู้ใช้ จำนวน 1,252 คน คิดเป็นร้อยละ 17.4 ผู้เสพ จำนวน 3,727 คน คิดเป็นร้อยละ 51.7 ผู้ติต จำนวน 2,231 คน คิดเป็นร้อยละ 30.9

อำเภอหนองหานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ปีงบประมาณ 2565 - 2567 พบว่า จำนวน ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ 2565 จำนวน บำบัดทั้งหมด 294 คน เพศชาย 253 คน คิดเป็นร้อยละ 86.1 เพศหญิง 41 คน คิดเป็นร้อยละ 13.9 การจำแนกผู้ป่วย แบ่งเป็น ผู้ใช้ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 ผู้เสพ จำนวน 245 คน คิดเป็น ร้อยละ 83.3 ผู้ติต จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 ปีงบประมาณ 2566 จำนวนบำบัดทั้งหมด 286 คน เพศชาย 254 คน คิดเป็นร้อยละ 88.8 เพศหญิง 32 คน คิดเป็นร้อยละ 11.2 การจำแนก ผู้ป่วย แบ่งเป็น ผู้ใช้ จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 51.8 ผู้เสพ จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 44.1 ผู้ติต จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 ปีงบประมาณ 2567 จำนวนบำบัดทั้งหมด 246 คน เพศชาย 219 คน คิดเป็นร้อยละ 89 เพศหญิง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 การจำแนกผู้ป่วย แบ่งเป็น ผู้ใช้ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 8.1 ผู้เสพ จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 72.4 ผู้ติต จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 19.5

ตำบลบ้านเชียงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ปีงบประมาณ 2565 - 2567 พบว่า จำนวน ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ 2565 จำนวนบำบัด ทั้งหมด 2 คน เพศชาย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 50 เพศหญิง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 50 การจำแนกผู้ป่วย แบ่งเป็น ผู้ใช้ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ผู้เสพ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ปีงบประมาณ 2566 จำนวนบำบัดทั้งหมด 27 คน เพศชาย 27 คน คิดเป็นร้อยละ 100 การจำแนกผู้ป่วย แบ่งเป็น ผู้ใช้ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ผู้เสพ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ปีงบประมาณ

2567 จำนวนบำบัดทั้งหมด 19 คน เพศชาย 16 คน คิดเป็นร้อยละ 84.2 เพศหญิง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8 การจำแนกผู้ป่วย แบ่งเป็น ผู้ใช้ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ผู้เสพ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7<sup>(7)</sup> จากสถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดนั้น จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา แต่ก็จะมีบางส่วนที่เข้ารับการบำบัดไม่ครบตามโปรแกรม หรือไม่ สามารถติดตามได้ หรือเมื่อได้รับการบำบัดรักษาแล้วกลับมาเสพซ้ำ ทำให้ยังคงมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาเพิ่มมากขึ้น รวมถึงยังมีการใช้ยาเสพติดรายใหม่เพิ่มมากขึ้นในชุมชน จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน วางแผน ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และดูแลบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

### สมมติฐานในการวิจัย

ภายหลังการพัฒนารูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

### กรอบแนวคิด



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยใช้วงจรการปฏิบัติ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท<sup>(8)</sup> โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ คือ ผู้ใช้ยาเสพติดไม่มีอาการจิตเวช จำนวน 19 คน
2. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ คือ ผู้ใช้ยาเสพติดที่มีอาการจิตเวชร่วมด้วย จำนวน

51 คน

3. กลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Key Informants) จำนวน 18 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดไม่มีอาการจิตเวช เลือกแบบเจาะจงผู้ใช้ยาเสพติดไม่มีอาการจิตเวชทุกคน จำนวน 19 คน

2. กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่มีอาการจิตเวชร่วมด้วย ทำการคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่างผู้ใช้ยาเสพติดที่มีอาการจิตเวชร่วมด้วย โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.9.4<sup>(9)</sup> กำหนดค่าความผิดพลาดในการทดสอบแบบที่ 1 (Type I Error) เท่ากับ 0.05 อำนาจในการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.95 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) ขนาดใหญ่ เท่ากับ 0.8 อ้างอิง ตารางการประมาณค่าขนาดอิทธิพล Cohen (1988)<sup>(10)</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการออกจากการวิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง รวมเป็นจำนวน 30 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย<sup>(11)</sup> โดยนำรายชื่อผู้ใช้ยาเสพติดที่มีอาการจิตเวชร่วมด้วย ตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี มา Random โดย computer จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

3. กลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Key Informants) กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้โดยการสัมภาษณ์ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) พิจารณาจากความสามารถในการให้ความรู้ และประสบการณ์ จำนวน 18 คน

## ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยการวิจัยครั้งนี้ แบ่งขั้นตอนการวิจัย เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2567 ดังนี้

1.1 ประสานงานกับนายกเทศบาลตำบลบ้านเชียงและนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเชียง ผู้นำชุมชน ตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการศึกษาวิจัยในพื้นที่

1.2 เตรียมชุมชนโดยการประชุมชี้แจงให้ชุมชนได้รับทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยที่จะดำเนินการ

2. ระยะดำเนินการวิจัย ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 มีกิจกรรมดังนี้

2.1 การวางแผน (Planning) เป็นการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์สภาพปัญหาของชุมชน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1) วางแผนการดำเนินการ โดยการสำรวจข้อมูลพื้นฐานบริบทชุมชนของพื้นที่ และสภาพการดำเนินงานของชุมชน สำรวจและอธิบายคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดยาเสพติด ตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี รวมทั้งจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

2) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจภาวะสุขภาพ สถานการณ์ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน นำเสนอในเวทีประชุมบูรณาการภาคีเครือข่ายระดับตำบล เพื่อคืนข้อมูลให้ภาคีเครือข่าย และประชาชนได้รับทราบถึงปัญหา ขนาด ความรุนแรง และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับคนในชุมชน นำมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อกำหนดประเด็นที่สนใจ หลังจากนั้นให้มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหาและสะท้อนผลกระทบที่เกิดขึ้นในชุมชน นำไปสู่การกำหนดสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น หรือเปลี่ยนแปลงในชุมชน โดยจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการในการป้องกันและบำบัดยาเสพติดในชุมชน ที่สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม ประเพณีของคนในชุมชน ออกมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

2.2 การปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้เพื่อป้องกันและบำบัดยาเสพติดในชุมชน โดยปฏิบัติการรักษาผู้เสพยาเสพติด ดังนี้

1) อบรมให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์ เรื่องโทษและพิษภัยของยาเสพติด การบำบัดรักษา และการป้องกันปัญหายาเสพติดระดับครอบครัว/ชุมชน ให้แก่ภาคีเครือข่ายและชุมชนรับทราบ

2) อบรมการคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดเบื้องต้น การดูแลรักษา และการติดตาม ให้แก่ภาคีเครือข่าย และแกนนำได้รับทราบ ให้สามารถคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดเบื้องต้นได้

3) คัดกรองสุขภาพพื้นฐานและซักประวัติการใช้สารเสพติด โดยใช้แบบคัดกรอง V.2 และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS) แยกตาม Patient journey ดังนี้

3.1 สีเขียว ไม่มีอาการทางจิตเวช

3.2 สีเหลือง มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยแต่อยู่ในระยะอาการสงบ

3.3 สีส้ม มีอาการไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิด ฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง

3.4 สีแดง คลุ้มคลั่งอาละวาด

4) ดำเนินการบำบัดยาเสพติด ดังนี้

4.1 ในชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดสีเขียว ที่มีคะแนน V.2 เท่ากับ 2 - 26 โดยรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and Care: CBTx) ชุมชนล้อมรั้ว

4.2 ในสถานบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดสีเขียว ที่มีคะแนน V.2 มากกว่า 27 และกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดสีเหลืองจะดำเนินการบำบัดและรักษาที่สถานบริการโดยแพทย์

4.3 ส่งต่อรักษาโรงพยาบาลหนองหาน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดสีส้มและสีแดง

5) ดูแลระยะยาวหลังการบำบัด โดยการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เข้ารับการบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ติดตาม และประเมินผล รวมถึงให้ความช่วยเหลือในด้านอาชีพ การศึกษา ให้โอกาส และเฝ้าระวังป้องกันการกลับไปเสพยา

2.3 การสังเกต (Observation) เป็นการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ การติดตามประเมินผลระหว่างดำเนินการ และการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ดังนี้

1) การติดตามประเมินผลระหว่างดำเนินการ ผู้วิจัยประเมินโดยเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานของกิจกรรมที่เกิดขึ้นตามแผนปฏิบัติการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังนี้

- การสังเกตพฤติกรรมของผู้นำชุมชนและกลุ่มตัวอย่างในการมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรม

- วิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น นำมาสรุปกระบวนการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน เพื่อป้องกันและบำบัดยาเสพติด

2) การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย

- รูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

- ประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด ตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยการใช้แบบสอบถาม

3. ระยะประเมินผลการวิจัย ดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ 2568

การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน การสนทนากลุ่ม ในประเด็นความสำเร็จของการดำเนินงาน ข้อจำกัด ข้อเสนอแนะ และนำข้อค้นพบที่เกิดขึ้น

มาสังเคราะห์รูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี อย่างเหมาะสม

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามได้แบ่งออกเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อคำถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 3 ข้อคำถาม ดังต่อไปนี้

1. รายละเอียดการใช้สารเสพติด

2. ลักษณะการใช้สารเสพติด

3. สมาชิกในครอบครัวมีผู้ใช้ยาเสพติดหรือไม่

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินสภาพทางจิต จำนวน 7 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง จำนวน 4 ข้อคำถาม

2. ประเมินความเสี่ยงการทำร้ายผู้อื่น จำนวน 3 ข้อคำถาม

โดยแบบสอบถามในตอนที่ 3 เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก มี และไม่มี โดยตอบ มีได้ 1 คะแนน ตอบไม่มี ได้ 0 คะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84

2. แบบสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้าง (Structure Interview) ใช้สำหรับการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Key Informants) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

##### ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปมอบให้กับผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และสอบถามผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ความถูกต้องครบถ้วนทุกข้อ

3. บันทึกข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล แปลผล เขียนรายงานการวิจัย

#### ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. จัดเวทีแลกเปลี่ยนอย่างมีส่วนร่วมโดยภาคีเครือข่าย โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ในการป้องกันและบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด รวมทั้งคืนข้อมูลให้ชุมชนรับทราบสถานการณ์และตระหนักถึงปัญหาเสพติดในชุมชน และมีความต้องการที่จะร่วมกันสร้างแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยจะสังเกตแบบมีส่วนร่วม

2. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเอง แจกวัสดุประสงค์ของการสัมภาษณ์ และสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม

3. ผู้วิจัยสรุปรวบรวมความคิดเห็นในแต่ละประเด็นทันทีที่จบการสัมภาษณ์ในแต่ละประเด็น

4. เมื่อจบการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะสรุปอีกครั้ง ซึ่งหากมีผู้ให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมก็จะบันทึกเพิ่มเติมอีก

5. ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะจดบันทึกและบันทึกเสียงด้วยทุกครั้ง

**สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

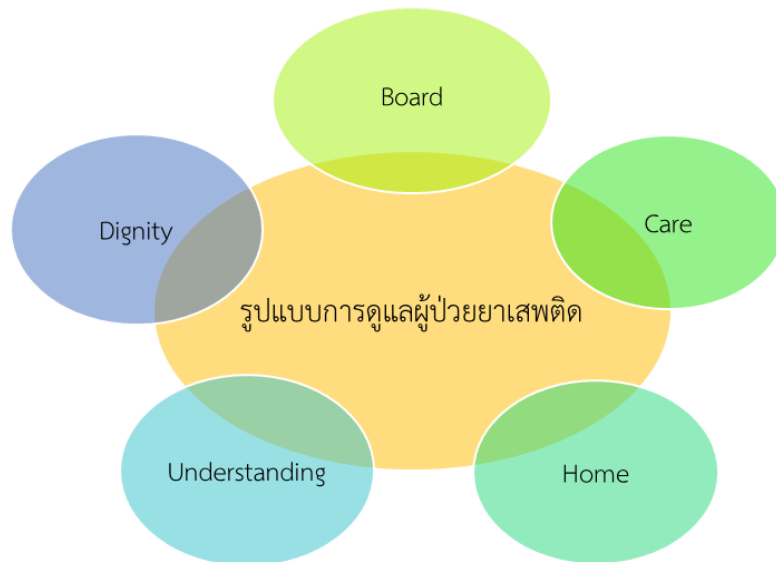
#### **การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย**

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 1768 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2567

#### **ผลการศึกษา**

จากผลการวิจัยที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ออกมาเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้ชื่อ “BCH - UD Model” คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เกิดจากความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เพื่อมอบการดูแลอย่างต่อเนื่องที่เชื่อมโยงจากชุมชนสู่ครอบครัวที่อบอุ่น โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจและไม่ตีตรา เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตดีศรีและคุณค่าของชีวิตอย่างแท้จริง ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

B (Board):	ภาคีเครือข่ายที่ร่วมมือ
C (Care):	การดูแลต่อเนื่อง
H (Home):	การดูแลในชุมชนไปสู่ครอบครัวที่อบอุ่น
U (Understanding):	ความเข้าใจและไม่ตีตราผู้ป่วย
D (Dignity):	การกลับมาใช้ชีวิตดีศรีและคุณค่าของชีวิต



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด “BCH - UD Model”

### รูปแบบการดำเนินงานในการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมตาม "BCH-UD Model"

การพัฒนาารูปแบบการบำบัดยาเสพติดในชุมชนตามแนว BCH-UD Model (Board, Care, Home, Understanding, Dignity) เป็นการบำบัดที่เน้นความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและการดูแลที่ต่อเนื่องจากชุมชนสู่ครอบครัวที่อบอุ่น โดยมีพื้นฐานจากการยอมรับและไม่ตีตราผู้ป่วย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยกลับมามีศักดิ์ศรีและคุณค่าของชีวิต โดยการดำเนินงานที่จัดทำขึ้นในงานวิจัยนี้ นำเสนอรูปแบบการบำบัดยาเสพติดที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่องในทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการดำเนินการ** การวางแผนการดำเนินการเริ่มต้นด้วยการสำรวจข้อมูลพื้นฐานบริบทของชุมชนและสภาพการดำเนินงานของชุมชนในพื้นที่ตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี การสำรวจข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ สถานภาพการศึกษา และสาเหตุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก ช่วยให้สามารถเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนได้อย่างลึกซึ้ง นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดยาเสพติด โดยการสำรวจและจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

ในขั้นตอนนี้จะเชื่อมโยงกับ B (Board) ซึ่งหมายถึง การมีภาคีเครือข่ายที่ร่วมมือในการจัดการปัญหายาเสพติด โดยการตั้งคณะกรรมการและการร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชนและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

- คณะกรรมการดำเนินงาน มีบทบาทสำคัญในการวางแผนการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน เช่น การสำรวจข้อมูลพื้นฐานบริบทชุมชน การสำรวจข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย การสำรวจความพร้อมของชุมชนในการร่วมมือกับภาคีเครือข่าย
- หน่วยงานสาธารณสุข ช่วยในการจัดทำข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพและการบำบัดที่สอดคล้องกับสภาพการใช้งานในพื้นที่
- องค์กรท้องถิ่น สนับสนุนและจัดตั้งกลไกในระดับชุมชนเพื่อดำเนินการต่อเนื่อง

**ขั้นตอนที่ 2 สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย** การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจะดำเนินการโดยการจัดประชุมเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมาวิเคราะห์และนำเสนอในเวทีประชุมภาคีเครือข่ายระดับตำบล ซึ่งจะเป็นการคืนข้อมูลให้แก่ภาคีเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่รับทราบถึงปัญหา ขนาดความรุนแรง และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหายาเสพติดในชุมชน การมีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การกำหนดสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น หรือเปลี่ยนแปลงในชุมชน โดยจัดทำแผนปฏิบัติการในการป้องกันและบำบัดยาเสพติดที่สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของชุมชน

ในขั้นตอนนี้จะเชื่อมโยงกับ C (Care) ซึ่งหมายถึง การดูแลที่ต่อเนื่อง โดยการร่วมมือของภาคีเครือข่ายและชุมชนในการสร้างแผนการดูแลและการบำบัดที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับสภาพของชุมชน

- ภาคีเครือข่ายต่างๆ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, สถาบันการศึกษา และศาสนา ที่มีบทบาทในการวิเคราะห์ข้อมูลและร่วมประชุมเพื่อกำหนดแผนการปฏิบัติการร่วมกันในการแก้ไขปัญหา โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสถานการณ์

- ชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการหารือและตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนปฏิบัติการที่เหมาะสม

**ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการบำบัดยาเสพติด** การดำเนินการบำบัดยาเสพติดในขั้นตอนนี้จะเริ่มต้นจากการอบรมให้ความรู้แก่ภาคีเครือข่ายและชุมชนเกี่ยวกับโทษของยาเสพติด และวิธีการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด โดยใช้วิธีการคัดกรองเบื้องต้นและการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในระดับต่าง ๆ เช่น การใช้แบบคัดกรอง V.2 และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS) เพื่อแยกผู้ป่วยตามอาการที่แสดงออก เช่น กลุ่มสีเขียว (ไม่มีอาการทางจิตเวช) กลุ่มสีเหลือง (มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยแต่อยู่ในระยะอาการสงบ) กลุ่มสีส้ม (มีอาการไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง) และกลุ่มสีแดง (คลุ้มคลั่งอาละวาด)

ในขั้นตอนนี้จะเชื่อมโยงกับ H (Home) ซึ่งหมายถึง การดูแลในชุมชนไปสู่ครอบครัวที่อบอุ่น โดยการบำบัดในชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและครอบครัวในการดูแลระหว่างการบำบัด

- หน่วยงานสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะทำหน้าที่ในการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติด การคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดเบื้องต้น การดูแลรักษา และการติดตามผู้ป่วย

- ครอบครัว เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยทั้งในด้านจิตใจและการฟื้นฟูภายหลังการบำบัด

- ชุมชน ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสร้างการยอมรับและสนับสนุนการฟื้นฟูของผู้ป่วย รวมถึงการให้โอกาสในการฟื้นฟูตัวในชุมชน

**ขั้นตอนที่ 4 การดูแลระยะยาวหลังการบำบัด** หลังจากการบำบัดและฟื้นฟู ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา การดูแลในระยะยาวจะเน้นการให้ความช่วยเหลือด้านอาชีพ การศึกษา และการดูแลทางจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและมีชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมได้ นอกจากนี้ยังมีการประเมินผลและการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา

ในขั้นตอนนี้จะเชื่อมโยงกับ U (Understanding) ซึ่งหมายถึง การให้ความเข้าใจและการไม่ตีตราผู้ป่วย โดยการให้การดูแลอย่างเข้าใจและไม่ตีตราจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับจากสังคมและสามารถฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ครอบครัว ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทั้งด้านจิตใจและทางกายภาพ โดยการติดตามผลการบำบัดและฟื้นฟู

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความช่วยเหลือในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการสนับสนุนกิจกรรมในชุมชน เช่น การอบรมอาชีพหรือการฟื้นฟูจิตใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมได้

- ภาครัฐหรือข่าย มีหน้าที่ในการช่วยเสริมสร้างการติดตามและประเมินผลหลังการบำบัด รวมถึงการประสานงานเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

- ชุมชน มีบทบาทสำคัญในการติดตามผลการบำบัดของผู้ป่วยหลังการฟื้นฟู

**ขั้นตอนที่ 5 การคืนศักดิ์ศรีและคุณค่าของชีวิต** ขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินงานคือการคืนศักดิ์ศรีและคุณค่าของชีวิตให้แก่ผู้ป่วย โดยการสนับสนุนจากชุมชน และครอบครัวในการยอมรับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและครอบครัว การสนับสนุนในด้านการศึกษาและอาชีพจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและมีบทบาทที่สำคัญ

ในขั้นตอนนี้จะเชื่อมโยงกับ D (Dignity) ซึ่งหมายถึง การคืนศักดิ์ศรีและคุณค่าของชีวิตให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้เขากลับมาามีบทบาทที่มีคุณค่าในสังคมและครอบครัว

- ครอบครัวและชุมชน มีบทบาทสำคัญในการคืนศักดิ์ศรีให้แก่ผู้ป่วย โดยการยอมรับและการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นสมาชิกที่มีคุณค่าของครอบครัวและสังคม

- ภาครัฐหรือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการกลับสู่สังคม โดยสนับสนุนโอกาสในการทำงานหรือการศึกษาต่อไป

**คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยยาเสพติด ตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี** พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 49 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 81.6 มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.9 (อายุเฉลี่ย  $\bar{X} = 36.31$ , S.D. = 7.95) สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 57.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 55.1 ว่างานเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 40.8 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับญาติ คิดเป็นร้อยละ 28.6 ใช้สารเสพติดครั้งแรก อายุเฉลี่ย  $\bar{X} = 20.96$ , S.D. = 8.11 สารเสพติดที่ใช้ครั้งแรกส่วนใหญ่คือ ยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 91.9 และสาเหตุสำคัญที่ใช้สารเสพติดคือ อยากรลอง คิดเป็นร้อยละ 61.2 (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยยาเสพติด (n = 49)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 49)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	81.6
หญิง	9	18.4
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	1	2.1
21 - 30 ปี	11	22.4
31 - 40 ปี	23	46.9
41 - 50 ปี	12	24.5
51 - 60 ปี	2	4.1
$\bar{X} = 36.31$ , S.D. = 7.95		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยยาเสพติด (n = 49) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 49)	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	28	57.1
สมรส	5	10.2
หย่าร้าง	16	32.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	12	24.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	27	55.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	12.2
อนุปริญญา	2	4.1
ปริญญาตรี	2	4.1
อาชีพ		
เกษตรกร	8	16.4
รับจ้าง	18	36.8
ค้าขาย	2	4.0
ลูกจ้าง/พนักงานรัฐ	1	2.0
ว่างงาน	20	40.8
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
บิดาและมารดา	13	26.5
บิดา	4	8.2
มารดา	11	22.4
คู่สมรส	5	10.2
ญาติ	14	28.6
อื่น ๆ	2	4.1
อายุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก $\bar{X} = 20.96, S.D. = 8.11$		
สารเสพติดที่ใช้ครั้งแรก		
ยาบ้า	45	91.9
กัญชา	2	4.1
กระท่อม	1	2.0
ไอซ์	1	2.0
สาเหตุสำคัญที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก		
เพื่อนชวน	8	16.3
อยากลอง	30	61.2
ความสนุกสนาน	4	8.2
ไม่สบายใจ	2	4.1
ช่วยงานอาชีพ	4	8.2
อื่น ๆ	1	2.0

การเปรียบเทียบการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้สารเสพติด ก่อนการพัฒนา ประเภทยาบ้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.0 รองลงมาคือ บุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 51.0 และหลังการพัฒนาพบว่าพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลดลงในทุกประเภท ซึ่งการใช้ยาบ้าลดลงเหลือ ร้อยละ 65.3 และการสูบบุหรี่ลดลงเหลือ 44.9 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังการพัฒนา (n = 49)

การใช้สารเสพติด	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สารเสพติดที่ใช้				
บุหรี่	25	51.0	22	44.9
สุรา/แอลกอฮอล์	18	36.7	11	22.4
ยาบ้า	48	98.0	32	65.3
ไอซ์	1	2.0	0	0
กัญชา	6	12.2	3	6.1

การเปรียบเทียบความแตกต่างการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ผลการทดสอบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า หลังจากการพัฒนาแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถลดปริมาณการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนเฉลี่ยได้ และสามารถลดจำนวนครั้งการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนเฉลี่ยได้ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังการพัฒนา (n = 49)

การใช้สารเสพติด	ก่อน		หลัง		t	p	95%CI
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ปริมาณการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน	20.69	19.28	9.12	13.83	3.582	0.001*	5.08 ถึง 18.07
จำนวนครั้งการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน	13.22	12.44	5.82	9.33	3.340	0.002*	2.95 ถึง 11.87

\*p < 0.05, Paired t-test

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า การพัฒนารูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (BCH-UD Model) สามารถลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของกลุ่มผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านปริมาณและความถี่ของการเสพยาเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ ซึ่งสะท้อนว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเสริมสร้างกลไกการบำบัดและการฟื้นฟูได้จริง

สำหรับรูปแบบ “BCH-UD Model” ซึ่งประกอบด้วย B (Board): ภาควิชาที่ร่วมมือ, C (Care): การดูแลต่อเนื่อง, H (Home): การดูแลในชุมชนไปสู่อุปกรณ์ที่อบอุ่น, U (Understanding): ความเข้าใจและไม่ตีตราผู้ป่วย และ D (Dignity): การกลับมาใช้ชีวิตและคุณค่าของชีวิต มีความสอดคล้องกับแนวคิด Community - Based Treatment (CBTx) ซึ่งมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด<sup>(12)</sup> อย่างไรก็ตามรูปแบบ “BCHUD Model” มีจุดเด่นเพิ่มเติมคือ การเน้น "การไม่ตีตรา" และ "การคืนคุณค่าแก่ผู้ป่วย" ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและได้รับการยอมรับจากสังคม ปัจจุบันมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันการกลับไปเสพยา และสอดคล้องกับงานวิจัยของนิตยา ฤทธิศรี และคณะ<sup>(13)</sup> ที่ระบุว่า การลดการตีตราสามารถเพิ่มการยอมรับของสังคมและทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้น

ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการบำบัดและการฟื้นฟูยาเสพติด เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่ให้การสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม ขณะที่ชุมชนทำหน้าที่เป็นกลไกเฝ้าระวังและสร้างกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยของประพัทธ์ ธรรมวงศา<sup>(14)</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวและเครือข่ายชุมชนมีบทบาทอย่างมากต่อความสำเร็จของการเลิกยา เพราะช่วยเสริมแรงจูงใจ ลดความรู้สึกลดเดี่ยว และทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างมั่นคง

ซึ่งประสิทธิผลของการบำบัดโดยชุมชน ผลที่ผู้ป่วยสามารถลดการใช้สารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของนุชรีย์ ทองเจิม และคณะ<sup>(15)</sup> ที่ชี้ว่าการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐานช่วยให้เกิดการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน ลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำ และทำให้เครือข่ายชุมชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น งานวิจัยดังกล่าวชี้ว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามต่อเนื่อง และมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาลดลงหลังเข้าร่วมรูปแบบ “BCH-UD Model”

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (BCH-UD Model) ไปใช้จริงในพื้นที่อื่น โดยเฉพาะในชุมชนที่มีปัญหาเสพติดสูง เพื่อเสริมสร้างกลไกการดูแลในระดับตำบลและหมู่บ้าน ซึ่งรูปแบบนี้สามารถบูรณาการเข้ากับการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้เข้ายาเสพติดที่มีความต่อเนื่องและมีรากฐานในชุมชน

2. ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วมช่วยลดการใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิผล ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐควรนำไปปรับใช้ในเชิงนโยบาย โดยบรรจุ “BCH-UD Model” ไว้ในแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อให้การดำเนินงานมีความเป็นระบบ และได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง

3. เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าการไม่ตีตราและการคืนคุณค่าแก่ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ดังนั้นจึงควรนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการสื่อสารสาธารณะและกิจกรรมของหน่วยงานรัฐ/ท้องถิ่น เพื่อสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยยาเสพติด ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวกล้าเข้ารับการบำบัด และชุมชนพร้อมสนับสนุนการคืนคนดีสู่สังคม

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้น เนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินการเฉพาะในตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี และใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนจำกัด ทำให้ผลการวิจัยอาจสะท้อนเฉพาะบริบทท้องถิ่น ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรดำเนินการในหลายพื้นที่ที่มีลักษณะชุมชนแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของผลลัพธ์ รวมทั้งเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถอ้างอิงในระดับกว้างได้มากขึ้น

2. ควรมีการวิจัยเชิงเปรียบเทียบและการติดตามระยะยาว โดยการวิจัยนี้ใช้การเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (pre-post design) ซึ่งยังไม่สามารถแยกอิทธิพลจากปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ชัดเจน การวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบการศึกษาเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง (experimental หรือ quasi-experimental design) โดยมีกลุ่มควบคุมเพื่อยืนยันประสิทธิผลของ “BCH-UD Model” นอกจากนี้ควรมีการติดตามผู้เข้าร่วมในระยะยาวอย่างน้อย 1 – 3 ปี เพื่อตรวจสอบอัตรา

การกลับไปเสพติดและผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง

3. การศึกษาในมิติด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพและผลกระทบทางสังคม แม้งานวิจัยครั้งนี้จะชี้ให้เห็นประสิทธิผลของการบำบัดในด้านสุขภาพและพฤติกรรม แต่ยังคงขาดการวิเคราะห์ด้านต้นทุนและผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ รวมถึงผลกระทบเชิงสังคม เช่น การลดปัญหาอาชญากรรม ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการมีงานทำ ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปควรครอบคลุมการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (cost-effectiveness analysis) และการประเมินผลกระทบเชิงสังคม (social impact assessment) เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้นและสามารถนำไปใช้ประกอบการกำหนดนโยบายในระดับจังหวัดและประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากอาจารย์ที่ปรึกษา งานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ กราบขอบพระคุณคณาจารย์และบุคคลสำคัญทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมถึงขอขอบคุณผู้ป่วยยาเสพติดตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2022. Austria: United Nations publication; 2022.
2. ภูฟ้า เอนเตอร์ไพรส์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: ภูฟ้าเรสโฮม; c2566 [เข้าถึงเมื่อ 24 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.phufaresthome.com/blog/drugs-problem-in-thailand-2566/>
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; c2566 [เข้าถึงเมื่อ 24 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey\\_detail/2023/20231004110423\\_58942.pdf](https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20231004110423_58942.pdf)
4. กระทรวงยุติธรรม [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; c2567 [เข้าถึงเมื่อ 24 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.oncb.go.th/PublishingImages/Pages/Drug-research-report4/T.1-2567.pdf>
5. รัฐบาลไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: รัฐบาลไทย; c2566 [เข้าถึงเมื่อ 24 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/85317>
6. กระทรวงยุติธรรม [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; c2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.oncb.go.th/DocLib.pdf>
7. กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด; c2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://antidrugnew.moph.go.th/>
8. Kemmis S, McTaggart R, editors. The action research planner. Deakin University Press; 1988.

9. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*POWER. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2562; 496 – 507.
10. Cohen, Jacob. Statistical power analysis of the behavioral sciences. Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
11. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
12. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี. คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community based treatment: CBTx) สำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน “วิถีใหม่การแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน”. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ออนป้า จำกัด; 2564.
13. นิตยา ฤทธิ์ศรี และคณะ. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565; 19 (2): 50 – 63.
14. ประพัทธ์ ธรรมวงศา. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567; 6 (1): 1 – 14.
15. นุชรีย์ ทองเจิม, ธิรวัดน์ สกุสมานนท์, และลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. วารสารราชวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร. 2566; 13 (2): 17 – 30.