

**การพัฒนาารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง**

**A Model of Development for Community Based Treatment Related to Drugs
Addiction Rehabilitation among Patients in Rayong Province**

ณัฐพร ผลงาม*

Nathaporn Polngam*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

Rayong Provincial Public Health Office

(Received: July 7, 2021; Revised: August 26, 2021; Accepted: August 29, 2021)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดให้เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดระยองโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย 2 แห่ง ได้แก่ บ้านเนินสมบูรณ์ หมู่ 2 ตำบลคลองปูน และบ้านท้ายโชด หมู่ 4 ตำบลหนองละลอก จังหวัดระยอง ใช้กระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอนคือ การเข้าใจปัญหา กำหนดรูปแบบ ปฏิบัติตามรูปแบบและประเมินผลลัพธ์ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงสมัครใจ ได้แก่ 1) สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด 2) ผู้ป่วยยาเสพติด และ 3)ญาติผู้ป่วยยาเสพติด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม หมู่บ้านละ 15 คน รวม 30 คน ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) วิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการวิเคราะห์สามเส้า (triangulation) ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนกันยายน 2563 ถึงมิถุนายน 2564

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการดำเนินงานส่วนใหญ่ใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจ โดยหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้น รูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัด ควรใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนขับเคลื่อนการดำเนินงานทุกขั้นตอน เปิดโอกาสให้คนในชุมชนออกแบบวิธีการ โดยเริ่มต้นจากการร่วมคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ โดยแบ่ง การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นช่วงก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและหลังการบำบัด ตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ชุมชนและประชาชนทั่วไป ส่วนสถานบริการสาธารณสุข ควรดำเนินงาน 3 ส่วนคือ การจัดการดูแลผู้ป่วย (Case Management) การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Holistic Rehabilitation) และภาคีเครือข่าย (Network) เพื่อให้เกิดกระบวนการความร่วมมือ ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการและลดปัญหาการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด

คำสำคัญ : การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ, ผู้ป่วยยาเสพติด, การมีส่วนร่วมของชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: tid2547@gmail.com Tel. 089-3032625)

Abstract

This study was evaluation research which aimed to develop a model of treatment and rehabilitation drug patients that is appropriate for the context of Rayong province using community based. Conduct studies in two targeted villages: Ban Tai Khod M. 4, Nong La lok Subdistrict, Ban Khai District, and Ban Noen Somboon M.2 Khlong Pun Subdistrict, Klaeng District, Rayong Province, which is the area with a distinctive form of drug prevention and problem solving in the province. Select specific samples voluntarily participating in the program: 1) multidisciplinary practices involved in the care of drug patients in the community, 2) drug patients and 3) relatives of drug patients. Data were collected using questionnaire, in-depth interviews and focus group with the appreciation influence control techniques. The content analysis was used to verify data reliability by triangulation. The study period ranged from September 2020 to June 2021

The results showed problems in the rehabilitation of drug patients in Rayong province. Most use power-to-power processes, lack of community participation, most government agencies set guidelines and orders. Therefore, A new model that suitable for the context of the province for drug rehabilitation therapy. Community participation should be used to perform all stages of the operation as a driving force. It gives people in the community the opportunity to think and design their own community-based methods. It starts with a joint thought, decide what to do and how to do it, emphasize voluntary awareness of problems and sacrifice to cooperate and monitor the implementation of the planned results. It is divided into community engagement in the rehabilitation process for drug patients before therapy, during therapy and after therapy, according to the role of the family, community and the general public. The health service should use three principles of operation: case management, holistic rehabilitation, and networking to ensure a collaborative process for drug addicted patients care. This increases access to drug patient services and reduces re-addiction problems, as well as making drug rehabilitation treatment operations in Rayong more effective.

Keywords : Treatment and Rehabilitation, Drug addicted patients, Community participation

บทนำ

ยาเสพติด เป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่รัฐบาลกำหนดเป็นนโยบายที่ต้องเร่งรัดดำเนินการแก้ไขอย่างจริงจัง เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกของสำนักงานด้านยาเสพติดและอาชญากรรมขององค์การสหประชาชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีประชากรใช้ยาเสพติดประมาณ 255 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของประชากรโลกในปี พ.ศ.2558 สำหรับประเทศไทย ได้มีการสำรวจเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดในประเทศ ปี 2559 โดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด พบว่า มีประชากรที่ใช้สารเสพติดประมาณ 1.4 ล้านคน และในจำนวนนี้อันุมานว่าประมาณ 3 แสนคน เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา กลุ่มวัยที่พบว่าการแพร่ระบาดของยาเสพติด เป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานช่วงอายุ 12-44 ปี ดังนั้น รัฐบาลจึงได้ยกปัญหายาเสพติดให้เป็นวาระแห่งชาติมียุทธศาสตร์ดำเนินงานทั้งเชิงป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดตามแนวทาง UNGASS 2016 คือ สังคมที่ปราศจากการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและดำเนินการบำบัดผู้เสพยาเสพติดที่ไม่มีคดีอาญาอื่นร่วมโดยถือว่า “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร” (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

จังหวัดระยอง ประสบกับปัญหาการระบาดของยาเสพติด โดยเป็นทั้งพื้นที่ค้าและมีการแพร่ระบาดของยาเสพติดในทุกอำเภอ ประกอบกับเป็นจังหวัดที่มีการพัฒนาและลงทุนด้านอุตสาหกรรม มีประชากรย้ายถิ่น ประชากรแฝงและสถานบันเทิงจำนวนมาก จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมให้เกิดการแพร่ระบาดของยาเสพติด โดยสถานการณ์ด้านผู้ติดยาเสพติดของจังหวัด พบว่ายังมีการใช้ยาเสพติดทั้งรายใหม่ และการกลับไปเสพยาของผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัด โดยพบว่าการใช้สารทดแทนยาเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา และสารระเหย และมีปัญหาการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์เพิ่มขึ้น โดยในปี 2560-2562 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นประชากรกลุ่มวัยทำงาน อายุระหว่าง 25 - 29 ปี มากที่สุด ร้อยละ 26.33 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น รองลงมาได้แก่ ประชากรกลุ่มวัยรุ่น อายุระหว่าง 18 -24 ปี ร้อยละ 25.67 ชนิดของยาเสพติดที่แพร่ระบาดในจังหวัด ได้แก่ ยาบ้า กัญชาและไอซ์ ตามลำดับ จากการประมาณการผู้เสพยาเสพติดของจังหวัด อยู่ที่ประมาณ 2,000-5,000 คนในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา โดยในแต่ละปีมีผู้ที่สามารถเข้าบำบัดรักษาในทุกกระบวนการได้ประมาณ 1,200-3,500 คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังมีผู้เสพยาเสพติดจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง, 2563)

จากการวิเคราะห์ผลสำเร็จของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจ โดยศึกษาข้อมูลจากระบบงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด และจากผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดในหน่วยบำบัดของโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งในจังหวัดระยอง รวมทั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2563 พบว่าผู้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจมีแนวโน้มลดลง โดยปี 2561 มีผู้เข้าสู่กระบวนการบำบัด จำนวน 581 ราย และ

ลดลงเหลือ จำนวน 175 รายในปี พ.ศ.2563 ส่วนผลสำเร็จของการติดตามได้หลังการบำบัดรักษา ครอบกําหนดตามเกณฑ์ 4 ครั้งภายใน 1ปี มีจำนวนลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยปี 2561 ดําเนินการได้ ร้อยละ 68.04 และลดลงเหลือร้อยละ 27.27 ในปี พ.ศ.2563 (สํานักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง, 2564)

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้จังหวัดดําเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ตามหลักการ 9 ขั้นตอน แต่นโยบายดังกล่าวยังไม่มีพื้นที่ใดในจังหวัดระยอง นำไปดําเนินการ เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีปัญหาในการดําเนินงาน ทั้งในด้านการให้ความร่วมมือจาก คนในชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่มีค่อนข้างน้อย จึงส่งผลให้การค้นหาผู้ติดยาเสพติดยังขาด ครอบคลุมและส่วนใหญ่เข้าสู่ระบบการบำบัดด้วยความไม่สมัครใจ ทำให้จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่ ระบบการบำบัดรักษามีจำนวนลดลง มีปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดําเนินงาน บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด

ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัด โดยใช้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดําเนินงาน เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนา หรือแก้ไขปัญหา ที่มีในชุมชน ว่าหากใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน (Community Context) โดยชุมชนเป็นผู้ออกแบบกระบวนการและกิจกรรมเอง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ในดําเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย โดยเน้นการให้ความสำคัญกับคนในชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วม หรือเกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ตั้งแต่การตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร การเสียสละ ในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ การแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดําเนินงาน และการประเมินผล ตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) โดยเลือกพื้นที่เป้าหมาย 2 พื้นที่ ที่มีความพร้อมในการดําเนินงานแก้ไขปัญหาเสพติด ทั้งคนในชุมชนและภาคีเครือข่าย อาทิ ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน ตำรวจ หน่วยงานสาธารณสุขและคนในชุมชน ให้ความสำคัญ และพร้อมให้ความร่วมมือ รวมทั้งพร้อมสนับสนุนกิจกรรมดําเนินการในการแก้ปัญหาเสพติดในชุมชน โดยมีกระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน คือ การทำความเข้าใจปัญหา การกำหนดรูปแบบ การปฏิบัติตาม รูปแบบ และการประเมินผลลัพธ์การพัฒนา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบประเมินความเครียดและ แบบวัดคุณภาพชีวิต หรือดัชนีวัดความสุขในชีวิต ซึ่งเป็นแบบวัดขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในการประเมินดังกล่าวด้วย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการนำเสนอรูปแบบการบำบัด ซึ่งจะช่วยให้เห็นถึง ความเชื่อมโยงของมิติต่างๆ ทั้งด้านผู้ป่วยยาเสพติด ครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติดและคนในชุมชน อันจะทำให้ทำการนำเสนอรูปแบบใหม่ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และส่งผลให้การดําเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ยาเสพติดมี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น สามารถค้นหาผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ที่มีความครอบคลุมและเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยความสมัครใจ ลดปัญหา

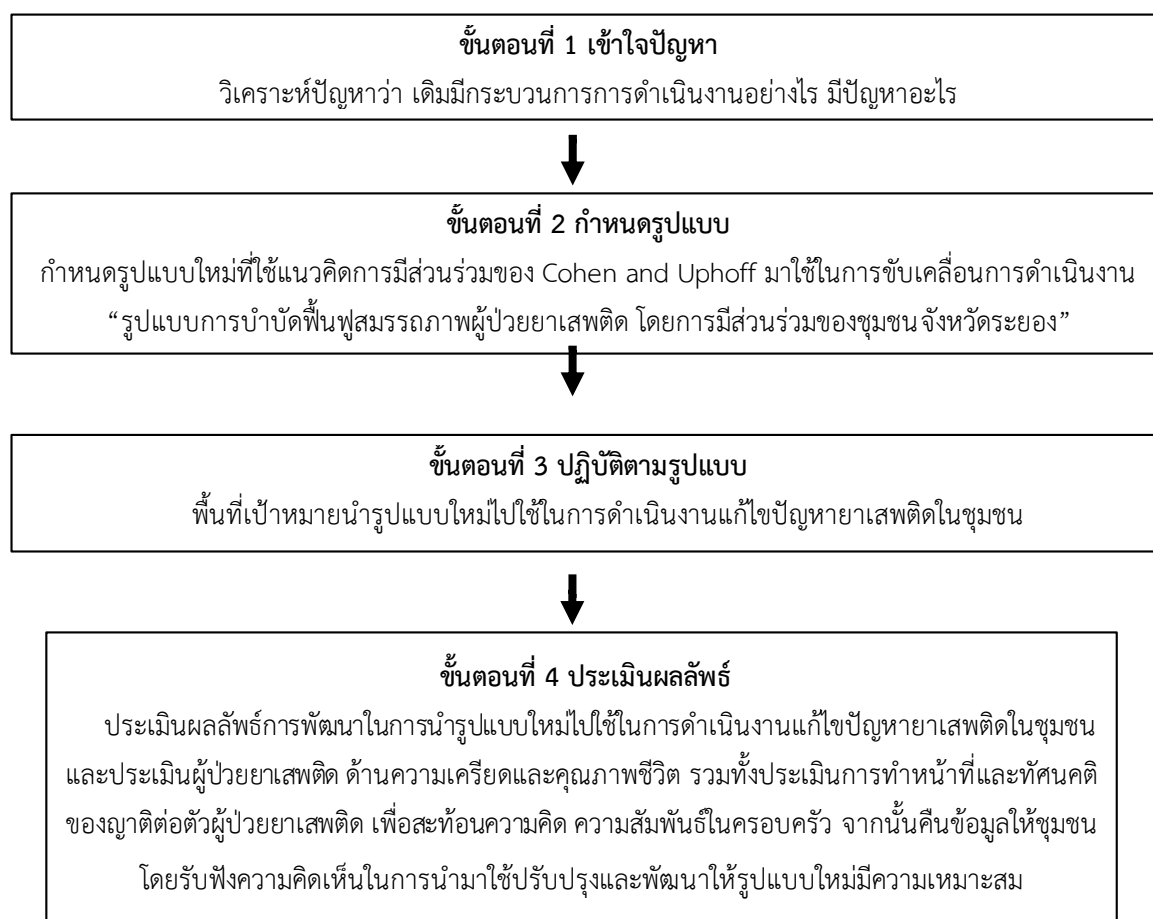
การกลับไปเสพซ้ำ และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการให้สามารถรองรับความต้องการในการบำบัดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดระยอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยใช้ทั้งวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดระยอง โดยมีกระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน คือ 1) การทำความเข้าใจปัญหา 2) การกำหนดรูปแบบ 3) การปฏิบัติตามรูปแบบ และ 4) การประเมินผลลัพธ์การพัฒนา ดำเนินการศึกษาในพื้นที่

เป้าหมาย 2 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านท้ายโชด หมู่ที่ 4 ตำบลหนองละลอก อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง และบ้านเนินสมบุรณ์ หมู่ที่ 2 ตำบลคลองปูน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือ รวมทั้งพร้อมสนับสนุนกิจกรรมดำเนินการในการแก้ปัญหายาเสพติดในชุมชน ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนกันยายน 2563 ถึง มิถุนายน 2564 มีวิธีดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: เข้าใจปัญหา เริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาว่าเดิมมีกระบวนการดำเนินงานอย่างไร มีปัญหาอะไร เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 กำหนดรูปแบบ โดยกำหนดรูปแบบใหม่ที่ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff มาใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเป็น “รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง” และเข้าสู่ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามรูปแบบ โดยให้พื้นที่เป้าหมายนำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชน จากนั้นในขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ โดยหลังจากพื้นที่เป้าหมายนำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้ในการแก้ปัญหายาเสพติดของชุมชนแล้ว จึงประเมินผลลัพธ์การพัฒนาว่าเป็นอย่างไรมาก่อน โดยทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นหลัก กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประกอบด้วย 1) ประธานกรรมการหมู่บ้าน 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ตำรวจ 4) ผู้นำชุมชน 5) ผู้แทนภาคประชาชน อย่างละ 1 คน รวม 2 หมู่บ้านละ 5 คน รวมทั้งหมด 10 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยในการศึกษาตามขั้นตอนที่ 1 และ 2 มีข้อคำถามเกี่ยวกับ สถานการณ์ยาเสพติด วิธีการดำเนินการแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ รวมทั้งความคิดเห็นต่อรูปแบบการบำบัดที่คาดหวังในอนาคตควรเป็นอย่างไร โดยใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ซึ่งมีวิธีการ คือให้แต่ละคนวาดภาพเกี่ยวกับสถานการณ์ยาเสพติดของชุมชนในอดีต ปัจจุบันและสิ่งที่อยากเห็นในอนาคต และบทบาทของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด นำภาพของทุกคนมาวางรวมกันบนกระดาษแผ่นใหญ่ แล้วจึงต่อเติมรวมภาพของแต่ละคนให้กลมกลืนเป็นภาพใหญ่ของกลุ่มเพียงภาพเดียว และกระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนสะท้อนสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจออกมา จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถาม รวมภาพความคิดเป็นภาพรวมของกลุ่ม เป็นการสื่อถึงความรู้สึกเป็นเจ้าของภาพร่วมกัน และการมีส่วนร่วมในการสร้างกรอบความคิดตามภาพของกลุ่มสรุปประเด็นสถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบันของชุมชน และรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชน รวมถึงบทบาทของชุมชนในการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด

สำหรับขั้นตอนที่ 4 ในส่วนของการประเมินผู้ป่วยยาเสพติด และญาติของผู้ป่วยยาเสพติด ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย ยาเสพติด รวม 2 หมู่บ้านละ 15 คน รวมทั้งหมด 30 คน และกลุ่มญาติของผู้ป่วยยาเสพติด รวม 2 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 15 คน รวมทั้งหมด 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

(Rating scale) โดยแบบสอบถามที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย 1) การประเมินความเครียด มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ 2) แบบวัดคุณภาพชีวิต เป็นแบบวัดขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แบบสอบถามที่ใช้ในกลุ่มญาติของผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย 1) แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว มีข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ 2) แบบสอบถามทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยยาเสพติด มีข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ และ 3) แบบวัดดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วยยาเสพติด มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ตารางแจกความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลตามเกณฑ์การให้คะแนน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมาย เลือกแบบเจาะจงสมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ รวมทั้งยินดีเข้าร่วมการวิจัย เพื่อไม่ก่อให้เกิดความลำเอียง (Bias) ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน ประกอบด้วย ประธานกรรมการหมู่บ้าน/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ ตำรวจ/ ผู้นำชุมชน/ ผู้แทนภาคประชาชน อย่างละ 1 คน รวม 2 หมู่บ้านๆ ละ 5 คน รวมทั้งหมด 10 คน 2) ผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งเป็นผู้ที่มีประวัติเสพยาเสพติดที่ได้รับการคัดกรองแล้วอยู่ในระดับเป็นผู้เสพ รวม 2 หมู่บ้านๆ ละ 15 คน รวมทั้งหมด 30 คน และ 3) ญาติของผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (เกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้องหรือเครือญาติ โดยการดูแลดังกล่าวไม่ได้รับค่าตอบแทน) รวม 2 หมู่บ้านๆ ละ 15 คน รวมทั้งหมด 30 คน ซึ่งเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการป่วยทางจิตเวช หรือมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 5 ชุด โดยในขั้นตอนที่ 1 ใช้ชุดคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก และชุดคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับขั้นตอนที่ 2 ใช้แบบสอบถาม ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยแบบสอบถามใช้กับกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย การประเมินความเครียด ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข การประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบวัดขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งใช้ประเมินแรกเริ่มและสิ้นสุดการบำบัด และ 2) แบบสอบถามที่ใช้ในกลุ่มญาติของผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งเป็นแบบประเมินด้านการทำบทบาทหน้าที่ต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย นับเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้มแข็ง หากญาติและผู้ป่วยเสพยาเสพติดมีความเข้าใจกันจะมีส่วนช่วยให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพประสบผลสำเร็จเพิ่มขึ้น แบบสอบถามทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยยาเสพติด และแบบวัด

ดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วยซึ่งเป็นมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยแบบสอบถามทั้งหมดนี้ได้ออกแบบที่เป็นมาตรฐานเพื่อช่วยสะท้อนให้เห็นถึงความคิดและความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดและญาติ ในการดูแลและเข้าสู่ระบบการบำบัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา แก้ไข ปรับเปลี่ยนข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการนัดหมายเพื่อชี้แจงทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนกระบวนการที่กำหนด โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด และญาติของผู้ป่วยยาเสพติด การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม โดยคำนึงถึง Data saturation in interview คือ ความอิ่มตัวที่เกิดจากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ หรือ Focus group จะถึงจุดอิ่มตัว เมื่อการสัมภาษณ์หรือเก็บข้อมูลนั้นไม่เพิ่มเติมข้อมูลใหม่ใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากแบบสอบถามตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์แปรผลด้วยค่าสถิติต่าง ๆ การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ตารางแจกความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

แบบประเมินความเครียด

ค่าเฉลี่ย 1.0 – 2.0 หมายถึง มีความเครียดน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.1 – 3.0 หมายถึง มีความเครียดปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.1 – 4.0 หมายถึง มีความเครียดมาก

แบบวัดคุณภาพชีวิตแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบประเมินทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยยาเสพติดและ แบบวัดดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วย

ค่าเฉลี่ย 1.0 – 1.6 หมายถึง ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.7 – 3.3 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.4 – 5.0 หมายถึง ระดับมาก

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูล โดยการถอดเทปตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแยกแยะตีความจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยสกัดเนื้อหาสาระจากการสื่อความหมายของผู้ให้ข้อมูลตามประเด็นที่ต้องการ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สามเส้า (triangulation) โดยการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulate) เพื่อพิสูจน์ความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มาตามเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่ต่างกัน ถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่ ถ้าข้อมูลต่างสถานที่จะเหมือนกันหรือไม่ และถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูล เปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ โดยนำข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ความเชื่อมโยงที่สนับสนุนให้เห็นกระบวนการในการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาหาสาเหตุในพื้นที่โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งด้านความคิด วิธีการ ซึ่งทั้งสองส่วน จะสนับสนุนในการที่จะพัฒนารูปแบบในการบำบัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จริยธรรมวิจัย/ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงการวิจัยนี้เสนอต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยแล้วตามเอกสารรับรองเลขที่ 18/ 2563 ลงวันที่ 4 พฤศจิกายน 2563 เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยได้ขออนุญาต ดำเนินการวิจัยและชี้แจงทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วม โครงการวิจัย โดยข้อมูลทั้งหมดจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ นำเสนอตามขั้นตอนการวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ปัญหา พบว่ารูปแบบเดิมที่ใช้ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ยาเสพติดของจังหวัดระยอง ส่วนใหญ่ใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุข ตำรวจ สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) ภาค 2 และสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด โดยเป็นผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ รวมทั้งขอรายงานผลการดำเนินงานจากพื้นที่ โดยชุมชนในพื้นที่เป็นผู้รับคำสั่งและดำเนินการตามที่ได้รับคำสั่งการ สำหรับแนวทางการดำเนินงาน เมื่อพื้นที่ได้รับแนวทางจากหน่วยงานภาครัฐในการค้นหาและส่ง ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดนั้น ส่วนใหญ่จะไม่ได้ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด เนื่องจากไม่เข้าใจวิธีการ วิธีการมีความซับซ้อน ยุ่งยากต้องเกี่ยวข้องกับหลายกลุ่ม กิจกรรมมีมากและที่สำคัญ ส่วนใหญ่ไม่มีเวลา จึงใช้การแก้ปัญหาโดยดำเนินการตามวิธีการหรือ คำสั่งของหน่วยงานภาครัฐ เป็นครั้งคราว เช่น หน่วยงานตำรวจสั่งให้สำรวจผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ หน่วยงานสาธารณสุข สั่งให้จัดประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน หรือคนในชุมชนเพื่อขอความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาเสพติดและการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เป็นต้น ซึ่งที่ผ่านมาจะมีผู้ให้ความร่วมมือและเข้าร่วมประชุม รวมทั้งร่วมกิจกรรมน้อยมาก ผู้ที่รับผิดชอบ หรือรับคำสั่งจึงทำกิจกรรม เพื่อให้เป็นไปตามขั้นตอนที่หน่วยงาน

ภาครัฐกำหนด หรือเป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนด ซึ่งเป็นรูปแบบที่ประชาชนในพื้นที่เห็นว่า ขาดความใส่ใจในการเข้าใจปัญหาและแก้ไขปัญหานั้นที่แท้จริงของพื้นที่ อีกทั้งคนในชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเนื่องจากปัญหาหายสาบสูญเป็นสิ่งที่ละเอียดอ่อน อ่อนไหวต่อความรู้สึกของคนในชุมชน มีความสลับซับซ้อนต่อกลไกและกระบวนการทางสังคม ดังนั้น การใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจจึงทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ได้จริง ทำให้ผู้ติดยาเสพติดและครอบครัวไม่มีที่พึ่งในการให้คำปรึกษา หรือได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน รวมทั้งไม่สามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้ทำให้เกิดปัญหาไม่สามารถค้นหาผู้ติดยาเสพติดได้ครอบคลุม ผู้ติดยาไม่เข้ากระบวนการบำบัด หรือเข้ากระบวนการบำบัดก็เป็นแบบถูกบังคับ จึงทำให้อยู่ไม่ครบตามหลักสูตร รวมทั้งยังพบปัญหาการกลับไปเสพซ้ำอีกด้วย เมื่อนานไปปัญหาก็ยิ่งทวีความรุนแรง ทำให้จำนวนผู้เสพและผู้ค้าเพิ่มมากขึ้น

ต่อมาเมื่อ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยให้ใช้หลักการ 9 ขั้นตอนที่มุ่งเน้นกระบวนการและกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน โดยให้ชุมชนเป็นผู้ออกแบบ ร่วมกันคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเสียสละที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติ รวมทั้งติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ อันจะทำให้สามารถค้นหาผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดได้ โดยสมัครใจ อยู่ครบหลักสูตรและไม่กลับไปเสพซ้ำ ซึ่งหมู่บ้านเป้าหมายทั้ง 2 แห่งได้นำไปแนวคิดดังกล่าวไปปรับใช้ และเมื่อประเมินผลแนวคิดและกระบวนการในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัดระยอง พบว่า หมู่บ้านเป้าหมายทั้ง 2 แห่งมีการนำกระบวนการมีส่วนร่วมไปใช้ในการกำหนดแนวคิดในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยเห็นพ้องต้องกันว่าการแก้ไขปัญหายาเสพติดควรเริ่มจากการกำหนดเป้าหมายและจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนในการดำเนินงาน โดยเป้าหมายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดภายในหมู่บ้านคือ เพื่อหยุดการแพร่ระบาดของยาเสพติด ลดการเสพยาเสพติดและเลิกเสพยาเสพติด ไม่อยากให้ลูกหลานในหมู่บ้านเข้าไปข้องเกี่ยวกับยาเสพติด จากเป้าหมายดังกล่าวทำให้คนในชุมชนรวมตัวกันวางแผนการดำเนินงาน โดยเริ่มจากการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยชุมชนบ้านท้ายโหนดได้จัดทำโครงการชุมชนเข้มแข็งแก้ไขปัญหายาเสพติด (ชุมชนท้ายโหนด) ส่วนชุมชนบ้านเนินสมบูรณ์ จัดทำโครงการหมู่บ้านชุมชนเข้มแข็ง มีการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนเพื่อเป็นฐานการดำเนินงาน สำหรับแนวคิดที่สำคัญในการดำเนินงานคือ การมีส่วนร่วมโดยให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีส่วนร่วมดำเนินการสนับสนุนการพัฒนา ส่วนผู้นำชุมชนและประชาชนในพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการหลักในการแก้ไขปัญหายา ตามหลักคิดคือ การแก้ปัญหานั้นดีให้ “เริ่มจากชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน” ส่วนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรต่างๆ ทำหน้าที่สนับสนุนทั้งด้านความรู้ อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณและการจัดกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง สำหรับ หลักการที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดคือ ให้อภัยให้ออกัสให้ความรัก ความคุ้มครอง โดยใครที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้แสดงตัวและเข้าร่วมโครงการ หยุด ลด เลิก ชุมชนรับมาดูแลกันเอง ซึ่งชุมชนได้กำหนดคำขวัญของชุมชน คือ “พ่อแม่สุขสันต์ ลูกหลานสดใส ทุกคนร่วมใจ ต้านภัยยาเสพติด”

จากการศึกษากระบวนการในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด พบว่า พื้นที่เป้าหมาย ทั้ง 2 ชุมชน ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมโดยคนในชุมชน ทั้งการระดมคน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมติดตาม ประเมินผล และระดมทรัพยากรที่มีในชุมชน ขับเคลื่อนการดำเนินงานทุกขั้นตอน ส่วนหน่วยงานภาครัฐ เป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษา เริ่มจากการเลือกแกนนำ โดยบ้านท้ายโขดได้เลือกบุคคลที่มีความโดดเด่น ในด้านความประพฤติ เป็นบุคคลที่ชาวบ้านให้ความเคารพ เชื่อมั่นและไว้วางใจ เป็นคนในชุมชน ประกอบอาชีพเกษตรกร เป็นแกนนำและจัดตั้งคณะกรรมการที่ได้รับการคัดเลือก ทำหน้าที่เป็นแกนหลัก ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา ยาเสพติดของชุมชน ส่วนบ้านเนินสมบูรณ์นั้น มีคณะทำงาน ด้านการปกครองและรักษาความสงบเรียบร้อยของหมู่บ้าน เป็นคณะทำงานที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล และป้องกันปัญหา ยาเสพติดในชุมชนอยู่แล้ว จึงได้คัดเลือกประธานคณะทำงานที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ทำหน้าที่ในคณะทำงานดังกล่าว ซึ่งผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นผู้นำของชุมชน เป็นบุคคลที่คนในชุมชน ให้ความเคารพและเชื่อมั่น เป็นผู้ที่ให้ความสำคัญกับโครงการนี้และอุทิศตนอย่างเต็มที่เพื่อชุมชน รวมทั้งรับ หน้าที่เป็นประธานกองทุนแม่ของแผ่นดินของชุมชนด้วย โดยมีกำนันและสารวัตรกำนัน เป็นกำลังหลัก ร่วมมือกันและให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในชุมชน

นอกจากนี้ แต่ละขั้นตอนใช้หลักการ “ความสมัครใจ” และ “ความต่อเนื่อง” เป็นหลัก ในการดำเนินงาน ได้แก่ การชักชวน พบแกนนำ ให้ความรู้เกี่ยวกับโครงการ คัดเลือกคณะกรรมการ ประชาสัมพันธ์โครงการค้นหาหรือเอ็กซเรย์พื้นที่ ค้นหาผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด มอบสัญลักษณ์ และ รักษาสถานภาพ โดยกระบวนการดำเนินงานที่สำคัญของชุมชนคือ ความสมัครใจในการเข้ามามีส่วนร่วม ในการค้นหาเฝ้าระวัง การป้องกัน การปราบปราม และการดูแล โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการดำเนินการ แก้ไขปัญหา ยาเสพติดของชุมชน ในรูปแบบของคณะกรรมการ ส่วนการจับกุม ดำเนินคดี เป็นหน้าที่ของ ตำรวจและอัยการ ส่วนการบำบัดรักษาตามโปรแกรมของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน้าที่ของ บุคลากร สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลในพื้นที่ซึ่งในการดำเนินงานนั้น ได้กำหนดให้นำปัญหา ยาเสพติดของชุมชน เข้าเป็นวาระของหมู่บ้าน โดย คนในชุมชนร่วมกันคิดและ วางแผนทุกขั้นตอน โดยได้ร่วมกันกำหนดแนวทาง หรือหลักเกณฑ์การดำเนินงานด้านต่าง ซึ่ง แบ่งเป็น 4 ด้านคือ 1. ด้านการค้นหา เฝ้าระวัง 2. ด้านการป้องกัน 3. ด้านการปราบปราม และ 4. ด้านการดูแล ดังนี้

ด้านการค้นหา เฝ้าระวัง กำหนดให้ใช้หลักการแบ่งหน้าที่ในการดูแลแต่ละครัวเรือน โดย 1 คน ดูแลประมาณ 3-5 ครัวเรือน ใช้วิธีการประชุมคณะกรรมการและประชาชนในชุมชนเพื่อทำความเข้าใจ ร่วมคิด วิเคราะห์แนวทางการดำเนินงาน แจ้งข่าวสารและทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นต้น โดยจัดประชุม/ ประชาคมหมู่บ้าน เดือนละ ๑ ครั้ง เพื่อค้นหาผู้เข้ายาเสพติด/หาวิธีวิธีการแก้ไขปัญหา ยาเสพติด ให้เกิดความต่อเนื่อง ใช้หลักการให้โอกาสในการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม ก่อนส่งเข้าบำบัดหรือจับกุม ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้าย สำหรับข้อมูลรายชื่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด นั้น มีการดำเนินงาน ในลักษณะเดียวกันคือ เริ่มจากสร้างความเข้าใจ โดยผู้ใหญ่บ้านจะเรียกประชุมครัวเรือนในชุมชนทั้งหมด

เพื่อมารับฟังตำรวจ/ ปปส. หรือวิทยากรกระบวนการในการให้ความรู้เรื่องโครงการแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดภายในหมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหยุด ลด เลิก ป้องกันไม่ให้ลูกหลานเข้าไปอยู่ในกลุ่มเสี่ยง หรือยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด กลุ่มที่ติดก็ให้ลด และค่อยๆ เลิกในที่สุดไม่เอาเข้าคุก โดยมีหลักการดำเนินงานคือ ใครติดยาเสพติด นำเข้ากระบวนการลด-ละ-เลิก หากมีอาการที่ต้องเข้ารับการบำบัดให้พบแพทย์เพื่อเข้ากระบวนการบำบัดรักษา จากนั้นใช้หลักความสมัครใจ โดยครอบครัวที่มีลูกหลานติดยาเสพติดจะส่งรายชื่อให้คณะกรรมการหรือแกนนำ หรือผู้ใหญ่บ้านและถือเป็นความลับ โดยมีเงื่อนไขว่า 1) เฉพาะคณะกรรมการเท่านั้นที่จะสามารถทราบรายชื่อหรือข้อมูลได้ 2) ไม่เปิดเผยชื่อและที่อยู่ 3) ไม่ส่งตำรวจ 4) จะดูแลกันในชุมชน ซึ่งขั้นตอนนี้น่าจะมีความอ่อนไหวและเปราะบางต่อความรู้สึกของคนในชุมชน โดยเฉพาะคนที่ยังมีความระแวง ไม่เข้าใจโครงการ จึงต้องสร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าข้อมูลนี้เป็นความลับ และใช้ข้อมูลเพื่อช่วยลูกหลานในชุมชนจริง ๆ จากนั้นคณะกรรมการได้มีการจัดกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้าน เช่น กิจกรรมเก็บขยะ ทำความสะอาดพื้นที่สาธารณะ เป็นต้น โดยมีการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อสร้างความเข้าใจ การยอมรับและความไว้วางใจจากคนในชุมชน

ด้านการป้องกัน กำหนดให้มีการจัดกิจกรรมคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยตั้งด่านตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ เป็นประจำ อย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน มีการจัดตั้งทีมให้คำปรึกษา เพื่อให้คำแนะนำแก้ไขปรับปรุงตัวและการเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ รวมทั้งจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องของโทษและพิษภัยของยาเสพติด และการชี้แจงการดำเนินการตามกฎหมาย โดยการสนับสนุนจากตำรวจและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่การดำเนินงานขั้นตอนนี้ คณะกรรมการได้กำหนดระเบียบ /กฎ/ กติกาของหมู่บ้าน แล้วจัดทำเป็นประกาศของหมู่บ้าน โดยมีหลักการที่สำคัญคือ ให้อภัย ให้โอกาสให้ความรัก ความคุ้มครอง โดยใครที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้แสดงตัวและเข้าร่วมโครงการ หยุด ลด เลิก พร้อมมีแบบฟอร์มให้ลงนามยินยอม โดยมีเงื่อนไข/ กฎระเบียบคือ 1) ให้คณะกรรมการสามารถตรวจสอบพฤติกรรมเมื่อไรก็ได้ (เช่น ตรวจปัสสาวะ เรียกมาว่ากล่าว ตักเตือน) 2) คณะกรรมการจะดูแลจนกว่าจะเลิกยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดและได้รับการยอมรับว่า “ปลอดจากยาเสพติด” ก็จะได้รับมอบสัญลักษณ์ 3) หากใครไม่เข้าร่วมโครงการแต่ยังยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ทางคณะกรรมการจะไม่รับรองให้ความดูแลช่วยเหลือ (คณะกรรมการมีการทำ MOU กับ สถานีตำรวจในพื้นที่ กรณีที่มีคนเข้าร่วมโครงการแล้วโดนจับและอยู่ในชั้นที่พอรับได้ ให้ชุมชนรับมาดูแลกันเอง จะไม่ให้ถูกดำเนินคดี ส่วนคนที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการให้ตำรวจดำเนินคดีตามกฎหมายได้เลย)

ด้านการปราบปราม กำหนดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด รวมทั้งขั้นตอน กระบวนการในการดำเนินการตามกฎหมายกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของเจ้าหน้าที่ตำรวจและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คนในชุมชนมีความเข้าใจในกระบวนการต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตในสังคมหากคนในครอบครัวเกี่ยวข้องกับ ยาเสพติด

และหากพบผู้กระทำผิดและไม่เข้าร่วมโครงการแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชนก็จะมีผลและ ถูกจับกุมตามกฎหมาย

ด้านการดูแล กำหนดให้ใช้หลักการ “ให้อภัย ให้โอกาส ให้ความรัก ความคุ้มครอง” โดยจัดกิจกรรมสร้างความสามัคคี พัฒนาชุมชนเพื่อให้เกิดความตระหนักและจิตสำนึกที่ดีในการช่วยเหลือ และร่วมมือกัน กิจกรรมมอบธงสัญลักษณ์ให้กับครัวเรือนที่ปลอดยาเสพติด เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ ร่วมกันมีการติดตามและประเมินผลกิจกรรมทุกด้านอย่างต่อเนื่องจึงทำให้การกลับไปเสพติด รวมทั้งผู้เสพ รายใหม่ลดลง ด้วยการดูแลของคนในชุมชน นอกจากนี้ทั้ง 2 พื้นที่ยังเหมือนกันในเรื่องของการสร้างอาชีพ และจัดหางานให้กับผู้เสพ เพื่อให้สามารถมีชีวิตตามปกติสุขเหมือนคนทั่วไป โดยคณะกรรมการหรือ ผู้นำชุมชนจะเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องนี้

สำหรับผลการประเมินผลลัพธ์ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัดระยอง ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าส่วนใหญ่มีความเครียด อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.45$) โดยมีความรู้สึก หดหู่ในชีวิต มีอาการกระวนกระวายอยู่ตลอดเวลาและมีอาการเสียงสั่นปากสั่น หรือมือสั่น เวลาไม่พอใจ และพบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.80$) โดยมีความรู้สึกพอใจในตนเอง รู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) และรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิต แต่ละวัน ส่วนกลุ่มญาติผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าส่วนใหญ่ทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.88$) โดยทุกคนในครอบครัวส่วนใหญ่มีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ และ ครอบครัวไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค สมาชิกในครอบครัวมีความไว้วางใจ ซึ่งกันและกัน และพบว่ามีทัศนคติต่อผู้ป่วยยาเสพติด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.22$) โดยคิดว่าการได้รับความรู้ในการดูแล ให้ความเหลือผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น และชื่นชมผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลิกยาเสพติด และให้ความร่วมมือกับผู้ที่ให้การบำบัดในการช่วยเหลือผู้ป่วย และพบว่าส่วนใหญ่มีความสุขในชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.99$) โดยมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตัวเอง และรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา

นำเสนอรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดระยอง

ผลการศึกษาแนวคิด กระบวนการพัฒนาและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ยาเสพติดของจังหวัดระยอง ในพื้นที่เป้าหมายทั้ง 2 แห่ง ได้แก่ บ้านท้ายโชดและบ้านเนินสมบุรณ์ เมื่อนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ทำให้ได้รูปแบบใหม่ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดระยอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือ CBTx-Rayong Model นั้น โดยหลักการคือ ไม่ว่าหน่วยงานรัฐจะใช้แนวทางใดในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ ให้ชุมชนใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในทุกขั้นตอน โดยเปิดโอกาส ให้คนในชุมชนคิดและออกแบบวิธีการโดยชุมชนเอง ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน ให้เริ่มต้นจากการร่วมกันคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ

เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเสียสละที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติ รวมทั้งติดตามประเมินผล ที่การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ทั้งนี้ได้แบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระยะคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและ หลังการบำบัด และเพื่อให้เน้นความสัมพันธ์และการดูแลที่ควรปฏิบัติต่อกัน จึงได้แยกเป็น 3 กลุ่ม โดยจำแนกตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ชุมชนและประชาชนทั่วไป นำเสนอ ดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดก่อนการบำบัดรักษา

ครอบครัว	ชุมชน	ประชาชนทั่วไป
1. สร้างความรักความสามัคคีในครอบครัว 2. เป็นที่ปรึกษาให้กับลูกหลานในทุกเรื่อง 3. ผู้ใหญ่ในบ้านทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดีให้ลูกหลานไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด 4. ชวนลูก-หลานเข้าร่วมกิจกรรมสำคัญทางศาสนา 5. คอยสอดส่องดูแลพฤติกรรมของบุตรหลาน 6. ไม่พูดจาถากถาง ส่อเสียด 7. ชื่นชม ยกย่อง ให้รางวัล เมื่อลูกหลานทำความดี 8. รู้จักให้อภัย 9. ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ (ประเมินปัญหา/รับรู้ยอมรับ/ให้ข้อมูล) 10. พูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ติดยา 11. เตรียมตัวร่วมโปรแกรมบำบัดรักษา ดูแล ช่วยเหลือ	1. รับทราบนโยบายในการดำเนินงานบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม 2. ร่วมดำเนินการเฝ้าระวังค้นหาผู้ติดยาเสพติด /ผู้มีความเสี่ยง 3. พูดคุยทำความเข้าใจ ดูแลช่วยเหลือตามสภาพของแต่ละคน 4. ส่งเสริม สนับสนุน ให้ลด ละ เลิกสิ่งเสพติด 5. จัดกิจกรรมกีฬา /ฝึกอาชีพ เพื่อให้เยาวชนใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ไม่ไปมั่วสุมใช้สารเสพติด 6. ส่งต่อให้เข้ารับการเข้ารับการบำบัดรักษา 7. ให้โอกาสแก่ผู้ติดยาเสพติดรวมถึงเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการบำบัดฟื้นฟูภายใต้แนวคิด “ผู้เสพยาคือผู้ป่วย” 8. ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	1. ร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและเฝ้าระวังปัญหา และปัจจัยเสี่ยงทางสังคมอันมีผลให้เกิดปัญหาเสพติดในชุมชน 2. เข้าร่วมดำเนินการ/ส่งเสริมและการเปิดโอกาสให้หน่วยงานทุกภาคส่วนได้ดำเนินการโดยสะดวก 3. เฝ้าระวังพฤติกรรมการณ์มั่วสุมของเยาวชน พบเห็นแจ้งผู้เกี่ยวข้อง 4. สนับสนุนช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงทั้งด้านความรู้ การให้งานทำ

3.2 การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด

ครอบครัว	ชุมชน	ประชาชนทั่วไป
1. ช่วยติดตาม ร่วมประเมิน/สังเกตพฤติกรรม 2. สนับสนุน/อำนวยความสะดวกในการเข้ากระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามระยะเวลาที่กำหนด 3. ให้อภัย เอาใจใส่ดูแล ให้กำลังใจ 4. สอดส่องพฤติกรรม /ชี้แนะไม่ให้ออกนอกกลุ่ม - นอกทาง 5. ให้ความร่วมมือ/ให้การสนับสนุนทีมบำบัด 6. ชักชวนลูกหลาน ให้เข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการ/ขั้นตอน /ร่วมกิจกรรมด้วย 7. สนับสนุนกิจกรรมของชุมชน ทั้งกำลังกาย กำลังใจและกำลังทรัพย์	1. ดำเนินการ/ร่วมทีมด้านสุขภาพและสังคมในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชน 2. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้เข้าใจตนเองพร้อมทั้งยอมรับปัญหานั้นๆโดยพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยวิธีที่ถูกต้อง 3. ให้คำปรึกษาคครอบครัว รายครอบครัว เพื่อลดปัญหา ด้านสัมพันธภาพและพฤติกรรมที่ขัดแย้งระหว่างบุคคล ในครอบครัวและผู้ติดยาเสพติด ส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดทัศนคติและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพิ่มความตระหนักในปัญหาร่วมกันและเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี 4. ให้ความรู้กับผู้ติดยาเสพติดและครอบครัวในเรื่องต่างๆ เช่น บทบาทของครอบครัวกับการช่วยเหลือผู้ติดยาในการเลิกยา เส้นทาง การเลิกยา การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ฯลฯ 5. กระตุ้นให้ครอบครัวและผู้มีปัญหการใช้ยาเสพติดเห็นความสำคัญของการติดตามผลหลังการบำบัด 6. ติดตามช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่อยู่ในระบบการให้บริการติดตามดูแล ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่ผู้เข้ารับการบำบัด 7. วางระบบข้อมูลรองรับผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูเพื่อติดตามดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบครบวงจร 8. แนะนำ และส่งต่อเพื่อจัดสวัสดิการสังคม ด้านการศึกษา ที่อยู่อาศัยงานอาชีพและรายได้ให้ผู้ติดยาเสพติด	1. สนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ 2. เข้าร่วมดำเนินการ/ส่งเสริมและการเปิดโอกาสให้หน่วยงานทุกภาคส่วนได้ดำเนินการโดยสะดวก 3. สนับสนุนการดำเนินงานด้านร่างกาย แรงใจ และงบประมาณ

3.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัด

ครอบครัว	ชุมชน	ประชาชนทั่วไป
1. ติดตาม/ร่วมประเมิน /สังเกตพฤติกรรม 2. เรียนรู้และปรับตัวของครอบครัวต่อผู้ป่วย 3. สนับสนุนรูปแบบกิจกรรมการติดตาม 4. แสดงความดีใจ ชื่นชมให้กำลังใจ เอาใจใส่ดูแลให้ความรัก ความอบอุ่น 5. ให้อภัยไม่ตีตรา 6. จัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างบุคคลในครอบครัว 7. สนับสนุน/หางานที่ชอบให้ทำ	1. การส่งเข้าสู่สังคมจัดกิจกรรม “คืนคนดีสู่สังคม” 2. ให้เกียรติ ยกย่อง ชื่นชม 3. ติดตาม/พัฒนาพฤติกรรมนิสัยเสริมความเข้มแข็งของผู้ผ่านการบำบัดรักษาทางสังคมและคุณภาพชีวิต เพื่อป้องกันการกระทำผิดซ้ำ ติดตามและฟื้นฟูสภาพทางสังคมและจิตใจหลังบำบัดรักษา 4. ดูแลช่วยเหลือในด้านอาชีพ การศึกษาและโอกาสทางสังคมให้แก่ผู้ผ่านการบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อประคับประคองให้ปลอดภัยจากยาเสพติด 5. จัดกิจกรรมลดตีตราและการแบ่งแยกในสังคม 6. เสริมกำลังใจแก่ผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติดเพื่อให้เขาเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถเลิกได้ 7. ในกรณีผู้ใช้ยาเสพติดกลับไปเสพซ้ำ (Relapse) ต้องร่วมมือกับผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัวเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ใช้ยาเสพติดกลับไปติดยาซ้ำ 8. สร้างกลไกเฝ้าระวังและป้องกันปัญหา ยาเสพติด และการใช้ยาในทางที่ผิดเพื่อความยั่งยืนในการดำเนินงาน	1. สนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ 2. ไม่มีการตีตราและไม่แบ่งแยกในสังคม 3. ยกย่อง ชื่นชม ให้โอกาส 4. เข้าร่วมดำเนินการ/ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้หน่วยงานทุกภาคส่วนได้ดำเนินการโดยสะดวก 5. สนับสนุนด้านอาชีพให้โอกาสเข้าไปทำงาน/ช่วยงานให้ทำ 6. สนับสนุนกำลังแรงงาน แรงใจและกำลังทรัพย์สำหรับกิจกรรมดำเนินงานของคณะทำงาน

เมื่อชุมชนมีความเข้มแข็งและสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนแล้ว จะทำให้สามารถค้นหาผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมและสามารถส่งต่อให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพได้ครบตามเกณฑ์ด้วยความสมัครใจ ทำให้ลดปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ และได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยยาเสพติดด้วย

สำหรับหน่วยงานสาธารณสุข ควรปรับบทบาทหน้าที่ กิจกรรมและกระบวนการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขให้มีความพร้อม อาทิ การเป็นที่ปรึกษา สนับสนุนด้านวิชาการ วัสดุอุปกรณ์ ที่เกี่ยวข้องในการค้นหา เฝ้าระวังและเตรียมพร้อมในการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบริการระดับต่างๆ โดยในส่วนของการเข้าไปมีส่วนร่วม

กับชุมชน ในการสร้างความเข้มแข็งและการเตรียมความพร้อมในการให้บริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยยาเสพติด ควรมีการเตรียมความพร้อม มีดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ ควรกำหนดบทบาทหน้าที่และการจัดกิจกรรมตามกระบวนการ ที่กำหนดเป็น 3 ส่วน ให้ชัดเจน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 บทบาทและหน้าที่ของชุมชนในการสร้างความเข้มแข็งและจัดกิจกรรม ตามกระบวนการดำเนินงานที่กำหนด อาทิ ค้นหาเฝ้าระวัง การป้องกัน การปราบปราม และการดูแล รวมทั้งการสร้างอาชีพและจัดหางาน โดยเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และภาคีเครือข่าย

ส่วนที่ 2 บทบาทและหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ในการบำบัดฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยเชื่อมโยงกับชุมชนและภาคีเครือข่าย

ส่วนที่ 3 บทบาทและหน้าที่ของภาคีเครือข่าย อาทิ สถานีตำรวจ สถานประกอบการ วัดโรงเรียน หน่วยงานภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ในการสนับสนุนการจัดกิจกรรมในการป้องกัน การปราบปราม การดูแล รวมทั้งการสร้างอาชีพและจัดหางาน โดยเชื่อมโยงกับชุมชนและ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

2. กิจกรรม ควรกำหนดกิจกรรมให้ครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาเฝ้าระวัง การป้องกัน การปราบปราม และการดูแล รวมทั้งการสร้างอาชีพและจัดหางาน เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติ

3. กระบวนการดำเนินงาน ในส่วนการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขในการ บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ควรใช้หลักการ“เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง” โดยเข้าใจบริบทและสาเหตุ ที่ทำให้เสพยาเสพติด รวมถึงครอบครัวของผู้เสพทำให้ผู้เสพหรือผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา นอกจากนี้ ควรใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกระบวนการมีส่วนร่วม ขับเคลื่อนการดำเนินงานในการค้นหา คัดกรองและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน รวมทั้งควรเพิ่ม หลักการดำเนินงาน 3 ส่วน ดังนี้

1) การจัดการดูแลผู้ป่วย (Case Management) โดยสร้างทีมหรือคณะกรรมการ ที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ตามแนวคิดการจัดการรายกรณีด้านยาเสพติด

2) การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Holistic Rehabilitation) โดยดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

3) ภาคีเครือข่าย (Network) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและความรู้สึกผูกพัน ให้มีความสำคัญกับการดำเนินงานของชุมชน ทั้ง 3 หลักการนี้จะช่วยเสริมให้เกิดกระบวนการความร่วมมือ การวางแผนและประเมิน การจัดการและการให้คำปรึกษาในการกำหนดและเลือกหนทางบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการดูแลตามความต้องการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการสื่อสาร และการจัดการทรัพยากรที่ได้นอกจากนี้ในการดำเนินงานร่วมกับชุมชนและ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขให้ชัดเจน โดยแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

(1) ด้านผู้ป่วยยาเสพติด

- เตรียมความพร้อมผู้ป่วยยาเสพติด โดยคัดกรองเพื่อจำแนกระดับการเสพติด สร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง สร้างเป้าหมายในชีวิตและกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวัน

(2) ด้านบุคคลใกล้ชิด

- เตรียมความพร้อมครอบครัว โดยสร้างความรู้ความเข้าใจและปรับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยยาเสพติด ส่งเสริมเทคนิคสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยยาเสพติด

(3) ด้านระบบบำบัด

- พัฒนาศักยภาพด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยการเสพติดและเสริมด้านทักษะประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการบำบัดและติดตามผู้เสพยาเสพติด

- พัฒนาหน่วยบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพให้ได้ตามมาตรฐาน HA ยาเสพติด ซึ่งจะครอบคลุมทั้งระบบบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามดูแลหลังการบำบัด

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบใหม่ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดไปทดลองใช้ (Try Out) โดยวิธีค้นข้อมูลสู่ชุมชนทั้ง 2 พื้นที่เป้าหมาย เพื่อสอบถามความคิดเห็นและร่วมกันพิจารณาว่ารูปแบบใหม่ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดเป็นอย่างไร ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนมีความพึงพอใจและยอมรับในการนำรูปแบบใหม่นี้ไปปรับใช้ในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเห็นว่าปัจจัยที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานทุกขั้นตอนคือ “การมีส่วนร่วม” และใช้หลัก “ความสมัครใจ และความต่อเนื่อง” ในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในทุกขั้นตอน

อภิปรายผล

จากการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดระยองสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. กระบวนการพัฒนา รวมทั้งผลลัพธ์การดำเนินงานในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัดระยอง ในพื้นที่เป้าหมายทั้ง 2 แห่ง ได้แก่ บ้านท้ายโขดและบ้านเนินสมบูรณ์ พบว่าเมื่อนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและให้ความสำคัญกับคณะกรรมการของหมู่บ้านในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยให้ชุมชนออกแบบกระบวนการดำเนินงานเอง ทำให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา แก้ไขปัญหาและติดตามประเมินผลมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาภาศิริ สุวรรณานนท์ (2558) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยศึกษาจากหน่วยงานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัดและระบบต้องโทษ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยความสำเร็จของระบบสมัครใจส่วนหนึ่งคือกิจกรรมบำบัด ควรมีความน่าสนใจและเหมาะสมกับสภาพพื้นที่ ช่วยให้ผู้ใช้บำบัดสามารถกลับมาดำรงชีวิตโดยไม่ใช้ยาเสพติด รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ความร่วมมือของชุมชน การใช้แนวทางการแก้ปัญหาโดยชุมชน (Community Based) เป็นแนวทางหลักในการบำบัดรักษา การให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการบำบัดรักษา และดูแลหลังบำบัดรักษา การปรับนโยบายให้มีความยืดหยุ่นเหมาะสมตามความจำเป็นของพื้นที่ การพัฒนารูปแบบและมาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้มีความเหมาะสม โดยใช้ลักษณะผู้เสพยาเสพติดเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Approach) การประสานงานกับหน่วยงานภาคเอกชนในพื้นที่ในการส่งต่อฝึกงานและอบรมอาชีพของผู้ผ่านการบำบัดรักษา รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดที่ได้จากการพัฒนาครั้งนี้ สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการบำบัดดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (2562) ที่ได้ให้แนวทางดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ลักษณะผู้เสพยาเสพติดเป็นศูนย์กลาง เป็นรูปแบบการบำบัดที่ถือว่าได้ผลเหมาะสมกับสภาพปัญหาของการเสพติด เป็นการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) แนะนำให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ติดยาและสารเสพติดให้ได้รับการดูแลตั้งแต่การป้องกัน การคัดกรอง จูงใจให้เข้ารับการรักษาตามสภาพความรุนแรง การดูแลในชุมชน สร้างปัจจัยเชิงบวกให้เกิดการยอมรับและให้โอกาสในการเลิกยาเสพติด รวมทั้งการติดตามดูแลต่อเนื่อง ผู้ผ่านการบำบัดที่ฟื้นฟูสภาพความรุนแรงจากการติดยาเสพติด ข้อค้นพบจากการวิจัยอีกด้าน คือ กระบวนการดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ศักยภาพและทรัพยากรของชุมชน ทั้งนี้เป้าหมายเพื่อให้พนักงานลูกจ้างท่าอากาศยาน ยาเสพติด มุ่งสร้างกำลังใจ ให้โอกาสผู้หลงผิดใช้ยาเสพติดได้กลับตัวกลับใจใหม่ สามารถเลิกยาเสพติดได้และไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก สอดคล้องกับแนวทางป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานประกอบการ (กองสวัสดิการแรงงาน, 2555) กระบวนการดำเนินงานตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดเชิงรุกในสถานประกอบการครอบคลุม การค้นหา คัดกรอง การบำบัดฟื้นฟู การติดตามดูแลช่วยเหลือหลังการบำบัด การให้บริการปรึกษา แนวทาง การส่งต่อ หากคัดกรองพบพนักงานมีสารเสพติดในปัสสาวะตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปจะถูกส่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดตามโปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ในสถานประกอบการ (Modified Matrix Program) โดยดำเนินการบำบัดฟื้นฟูในศูนย์เพื่อนใจของสถานประกอบการ กิจกรรมบำบัดฟื้นฟูจะยึดกิจกรรมหลักของโปรแกรมจิตสังคมบำบัด Matrix Program (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) และเพิ่มกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจในการบำบัด โดยใช้เทคนิคที่สำคัญคือ การสัมภาษณ์เพื่อการสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ตามแนวทางการบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจหรือ Motivational enhancement therapy (Miller WR, 1989 อ้างใน นันทชัย พิชิตพันธ์, 2556) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญทำให้ผู้บำบัดช่วยเหลือผู้เสพติดให้สามารถเอาชนะความลังเลใจ มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นคนดีของสังคมได้

2. พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดระยอง (CBTx-Rayong Model) โดยผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาให้ชุมชน

ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในทุกขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้คนในชุมชนคิดและออกแบบวิธีการโดยชุมชนเอง ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนให้เริ่มต้นจากการร่วมกันคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเสียสละที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติ รวมทั้งติดตามประเมินผลที่การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ โดยทีมหรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่ตามแนวคิดการจัดการ รายกรณี (Case management: CM) การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Holistic Rehabilitation) และภาคีเครือข่าย (Network) เพื่อให้กระบวนการความร่วมมือในการประเมิน วางแผน จัดการและให้คำปรึกษาในการเลือกหนทางรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการดูแลตามความต้องการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการสื่อสาร และการจัดการทรัพยากรที่สอดคล้องกับแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and Care) ของกระทรวงสาธารณสุข (2561) ที่มีมุมมองต่อรูปแบบการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบเดิม ที่ใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์ โดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน (Hospital based) เพียงอย่างเดียว ย่อมไม่สามารถตอบโจทย์ต่อสภาพปัญหาและผลกระทบของยาเสพติดได้ ดังนั้น การจัดบริการทางเลือกในรูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based) ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ที่ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าถึงบริการได้ง่ายและให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาของธราเทพ โอชารสและคณะ (2554) ชโลธร อัญชลีสหกร (2558) สุริรัตน์ ปรานี (2559) เอกรัตน์ หามนตรี (2561) ที่พบว่า การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดช่วยให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดประสบผลสำเร็จมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

ในการนำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนขับเคลื่อนการดำเนินงานนั้น ควรเน้นให้ชุมชนใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในทุกขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้คนในชุมชนคิดและออกแบบวิธีการโดยชุมชนเอง ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนให้เริ่มต้นจากการร่วมกันคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเสียสละที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติ รวมทั้งติดตามประเมินผลที่การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ในส่วนของจังหวัดควรประกาศใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในจังหวัด โดยกำหนดเป็นนโยบายของจังหวัดที่ชัดเจนให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ และควรมีความต่อเนื่องทุกปี โดยหน่วยงานสาธารณสุข ควรปรับบทบาทหน้าที่ให้มีความพร้อมรองรับการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดจากชุมชน รวมทั้งเตรียมพร้อมในการกำหนดเกณฑ์ เพื่อคัดเลือกชุมชนที่เหมาะสมในการดำเนินงาน โดยชุมชนควรมีความพร้อมด้านแกนนำ

และกรรมการหมู่บ้านที่เข้มแข็งและเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน นอกจากนี้ควรเน้นให้ครอบครัว ชุมชนและชาชนทั่วไปได้ทำหน้าที่ตามที่กำหนด โดยชุมชนต้องร่วมกันสนับสนุนการดำเนินงาน พร้อมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานให้การสนับสนุนในส่วนที่เกี่ยวข้องให้ประสบความสำเร็จ รวมทั้งจัดทำแนวทาง ระบุขั้นตอนวิธีการดำเนินงาน แยกบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน และควรเป็นหน่วยงานหลักในการประสานความร่วมมือในการสนับสนุนความรู้และวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด เป็นพี่เลี้ยงและให้การสนับสนุนทั้งด้านวิชาการ รวมทั้งจัดทำสื่อ ประชาสัมพันธ์ให้กับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุม นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญกับ "บวร" (บ้าน วัด โรงเรียน) ซึ่งเป็นสิ่งใกล้ตัวและเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจและปลูกฝังสิ่งที่ดีงามตั้งแต่วัยเด็กของคนในชุมชน และควรทำ MOU กับสถานประกอบการที่ให้ความสำคัญกับการคืนคนดีสู่สังคมโดยหลังการบำบัดรักษาควรมีการฝึกทักษะในการประกอบอาชีพ และให้อาสาได้ทำงานในสถานประกอบการ เพื่อเป็นกำลังใจและความหวังให้กับผู้ป่วยยาเสพติดในการประกอบอาชีพมีรายได้เลี้ยงครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาต้นแบบชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. ควรสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาแบบการสร้างเครือข่ายชุมชนเพื่อลดการเสพติดในชุมชนที่มีบริบทที่แตกต่างกัน
3. ควรสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาในสถานประกอบการซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงาน และสถานศึกษาซึ่งเป็นกลุ่มวัยเรียน เพื่อพัฒนาให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและจะช่วยให้การเข้าถึงบริการเป็นไปอย่างทั่วถึง เป็นธรรม

Reference

- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. (2555). คู่มือการดำเนินงานมาตรฐานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในสถานประกอบการ. กรุงเทพมหานคร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือผู้ปฏิบัติงานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบการรู้คิด-พฤติกรรมบำบัด. กรุงเทพมหานคร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง. สมุทรสาคร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติที่ดี. นนทบุรี.
- คะนอง พิรุณ. (2558). การพัฒนารูปแบบการป้องกันยาเสพติดโดยประชาชนมีส่วนร่วมกรณีศึกษาบ้านฮองฮีตำบลยางตลาดอำเภอยางตลาดจังหวัดกาฬสินธุ์. ในวารสารมนุษยศาสตร์และ

- สังคมศาสตร์การประชุมวิชาการมหาสารคามวิจัยครั้งที่ 10. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชโลธร อัญชลีสหกร. (2558). กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนกรณีศึกษา. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธราเทพ โอชาสและคณะ. (2554). รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลคำบงอำเภอห้วยผึ้งจังหวัดกาฬสินธุ์. มหาสารคาม.
- นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2556). การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด. กรุงเทพมหานคร.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน.
- รัตน์ บัสนันท์. (2555). วิธีการเชิงผสมผสานสำหรับการวิจัยและประเมิน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมหวัง พริยานุวัฒน์. (2537). รวมบทความการประเมินโครงการ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชาติ จักรพิสุทธิ์. (2547). การศึกษาทางเลือกของชุมชน. วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 27 (4) : 18-23 ; มิถุนายน-สิงหาคม.
- สุรรัตน์ ปรานี. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดกรณีศึกษา. มหาวิทยาลัยรังสิต.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. (2563). รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดระยอง ปีงบประมาณ 2562. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. (2564). รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดระยอง ปีงบประมาณ 2563. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง.
- อศิน รพีพัฒน์. (2547). การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา. กรุงเทพฯ : ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข.
- อัญชลี บุญอินทร์. (2553). การประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพของหมู่บ้าน/ชุมชน (SML): กรณีศึกษาชุมชนในเขตเทศบาลตำบลเสม็ดจังหวัดชลบุรี. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อาภาศิริ สุวรรณานนท์. (2558). การศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร.
- เอกรัตน์ หามนตรี. (2561). ความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง. กรุงเทพมหานคร.

- Cohen, J.M. and Uphoff, N.T. (1981). Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.
- Fornaroff, A. (1980). Community Involvement in Health System for Primary Health Care. Geneva: World Health Organization.
- Johnstone, J. N. (1981). Indicators of Educational Systems. UK.: The Anchor Press Tiptree.
- Kemmis, S. and McTaggart, R. (1988). The Action Research Planner. 3rd ed. Australia: Deakin University.
- Ministry of Public Health. (2016). Guidelines for the drug. 1. Bangkok Edition: Bourne B Publishing Limited.
- Ministry of Public Health. (2017). Guidelines for harm reduction drug (Harm Reduction). Edition 1. Bangkok: Bourne B Publishing Limited.
- Ministry of Public Health. (2017). The standard rehabilitation of drug addicts detained in a healing force. According to the Rehabilitation Act of 2545. Addiction Edition 1. Bangkok: Bourne B Publishing Limited.
- Ministry of Public Health. (2017). Standards for rehabilitation of drug users / drug addicts. Penal system, prison / detention. Edition 1. Bangkok: Bourne B Publishing Limited.
- Rossi, P. H., Freeman, H. E., and Wright, S. R. (1979). Evaluation: A Systematic Approach. Newbury Park, CA: Sage.