



การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ “พะเยาล้อมรักรักษ์”

The Development of Community Based Treatment and Motivation Interview for Drug Addicts: The “Phayao Lom Rak” Model

ปานุพันธ์ ไพฑูรย์^{1*}, อภิชัย สีธิ¹, สิตติชัย ไสสม¹

Panupun Paitoon^{1*}, Apichai Sithi¹, Sittichai Saisom¹

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา จังหวัดพะเยา^{1*}

Phayao Provincial Public Health Office^{1*}

(Received: 11 November 2025.; Revised: 12 December 2025; Accepted: 26 December 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา ในพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มสหวิชาชีพ 6 คน เครือข่ายชุมชน 49 คน ผู้ป่วยยาเสพติด 35 คน และญาติผู้ป่วย 35 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบสอบถามแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเอง พฤติกรรมการใช้สารเสพติด คุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมของชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาหลักคือ ผู้เสพยาใหม่และการกลับมาเสพยาซ้ำในกลุ่มเยาวชนจากปัญหาครอบครัว การขาดอาชีพและรายได้ และกระบวนการทำงานด้านยาเสพติดแบบเชิงอำนาจที่ถูกสั่งการจากหน่วยงานรัฐและให้ชุมชนดำเนินการต่อ ซึ่งขาดการมีส่วนร่วม จึงได้มีการดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยให้ชุมชนเป็นผู้ออกแบบ จึงก่อให้เกิดรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ภายใต้ชื่อ “พะเยาล้อมรักรักษ์” ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวัง การบำบัด การติดตามโดยทีม “5 สหาย” (ทีมสหวิชาชีพ, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม., ผู้นำชุมชน, และตำรวจ) และการฟื้นฟูโดยใช้หลักการ “ให้อภัย ให้ออกาส” ผลการประเมินพบว่า หลังใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเองเพิ่มขึ้น (P-value < 0.001) พฤติกรรมการใช้สารเสพติดลดลง (P-value < 0.001) คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (P-value < 0.05) และการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P-value < 0.001)

คำสำคัญ: การบำบัดฟื้นฟู, การมีส่วนร่วม, สร้างแรงจูงใจ, ผู้ป่วยยาเสพติด

*ผู้ให้การติดต่อ: (Corresponding e-mail: pnpptt@gmail.com, ปานุพันธ์ ไพฑูรย์)

Abstract

This research and development aimed to develop a community-based treatment and motivation interview for drug addiction in Chun District, Phayao Province. The sample consisted of six drug rehabilitation team members, 49 community network members, 35 drug addicts, and 35 family members of the patients. Research instruments included In-depth interview guidelines, focus group guidelines, the Self-Recovery Motivation Questionnaire (SOCRATES 8D), the Drug Use Behavior Questionnaire, the Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF-THAI), and the Community Participation Assessment Form. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that the main problems were new drug users and relapses among youth, stemming from family problems, lack of employment and income, and a top-down, power-based approach to drug-related interventions. This conventional approach was characterized by government agencies issuing directives for communities to implement predetermined actions, which lacked genuine community participation and failed to respond to local needs. To address this gap, a new model was developed in which the community itself designed the intervention process. This collaborative effort resulted in a community-driven rehabilitation model called the "Phayao Lom Rak" Model, comprising four components: (1) screening, identification, and surveillance; (2) treatment; (3) follow-up by the "Five Partners" team (interdisciplinary rehabilitation team, public health personnel, village health volunteers, community leaders, and police); and (4) rehabilitation based on the principles of "forgiveness and opportunity." Evaluation results indicated that after implementing the model, patients exhibited significantly increased self-recovery motivation (P -value $< .001$), decreased drug use behavior (P -value $< .001$), improved quality of life (P -value $< .05$), and significantly enhanced community participation (P -value $< .001$).

Keywords: Rehabilitation, Community Participation, Motivation Interview, Drug Addicts

บทนำ

การเสพติดเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงต่อมวลมนุษยชาติทั่วโลกส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติบ้านเมือง จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ.2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการใช้สารเสพติด ซึ่งเทียบได้กับจำนวน 1 ในทุก ๆ 18 คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึง ร้อยละ 26 เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา

(United Nations Office on Drugs and Crime, 2022) จังหวัดพะเยาเป็นหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือที่ประสบปัญหายาเสพติดอย่างรุนแรง เนื่องจากเป็นพื้นที่ติดต่อกับพื้นที่เสี่ยงด้านการลักลอบนำเข้ายาเสพติดจากประเทศเพื่อนบ้านและเป็นเส้นทางผ่านของยาเสพติดจากสามเหลี่ยมทองคำ ส่งผลให้มีจำนวนผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่เพิ่มสูงขึ้น สร้างความเดือดร้อนให้กับชุมชนและครอบครัวอย่างมาก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2568) พบว่าสถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดพะเยา ในปี พ.ศ. 2566-2568 พบจำนวนผู้ป่วย 1,281, 671 และ 1,642 ราย ตามลำดับ และยังพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในระดับสีแดง (คลุ้มคลั่ง) ในปี พ.ศ. 2566-2568 พบจำนวนผู้ป่วย 98, 68 และ 86 ราย ตามลำดับ โดยเฉพาะอำเภอจุนในปี พ.ศ.2568 เป็นอำเภอที่พบผู้ป่วยยาเสพติดสูงเป็นอันดับ 2 ของจังหวัดรองจากอำเภอเมืองพะเยา พบผู้ป่วยยาเสพติดในอำเภอจุนในปี พ.ศ. 2566-2568 พบจำนวนผู้ป่วย 277, 87 และ 288 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มช่วงอายุ 39 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34.44 เป็นกลุ่มผู้ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 52.78 ยาเสพติดหลักที่ใช้ คือ ยาบ้า ร้อยละ 94.72 สถานะของผู้ใช้ส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 65.56 รองลงมาในสถานะผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 28.33 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับประเทศ ซึ่งผู้ใช้ยาเสพติดหน้าใหม่จะมีแนวโน้มอายุน้อยลงซึ่งเป็นกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยพบพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในระดับสีแดง (คลุ้มคลั่ง) ในปี พ.ศ. 2566-2568 พบจำนวนผู้ป่วย 2, 1 และ 0 ราย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มสีแดงดังกล่าวเป็นกลุ่มคนที่อันตรายและอาจจะสร้างความเดือดร้อนในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคมก็เป็นได้ นอกจากนี้ปัญหาอีกอย่างของกระบวนการบำบัดรักษา ในปี พ.ศ. 2565-2567 ร้อยละ 75.23, 66.67 และ 43.65 ตามลำดับ มีอัตราการคงอยู่ในระบบติดตามของ ผู้ผ่านการบำบัดทุกระบบมีแนวโน้มลดลงทุกปี นอกจากนี้ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดแล้ว ปัญหาการกลับไปเสพซ้ำในกลุ่มผู้ที่ผ่านกระบวนการดูแลบำบัดรักษาก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2568) นอกเหนือจากมาตรการป้องกัน บำบัด ปรามปรามแล้ว อีกมาตรการหนึ่งที่สำคัญ คือ มาตรการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือประคับประคองหลังจากกระบวนการบำบัดเสร็จสิ้นก็เป็นอีกหนึ่งตัวแปรสำคัญที่อาจจะช่วยลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำและเพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบติดตามเพื่อที่จะส่งผลให้ผู้ผ่านกระบวนการบำบัดเกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิด ทักษะชีวิตและพฤติกรรมอันจะนำไปสู่การเลิกยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดได้อย่างจริงจัง การแก้ไขปัญหานี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และชุมชน สิ่งที่จะช่วยให้ปัญหานี้ลดความรุนแรงลง คือ การช่วยให้ผู้เสพติดสามารถลด ละ หรือเลิกใช้ยาเสพติดได้ เพื่อคืนคนดีสู่สังคม โดยอาศัยพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ที่ประกาศให้ผู้ติดยาเสพติดทุกประเภท คือ ผู้ป่วยและต้องเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามกฎหมาย โดยการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ในขณะที่สถานการณ์ปัจจุบันภาครัฐเองไม่สามารถนำผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดทั้งหมดเข้าสู่กระบวนการบำบัดในสถานพยาบาลได้ทั้งหมด (Hospital based) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งจะต้องมีการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Community based) เพื่อตอบโจทยการแก้ไขปัญหายาเสพติด จึงมีแนวคิดที่ว่าผู้เสพทุกคนไม่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในสถานพยาบาลเท่านั้น แต่ครอบครัวและบุคคลในชุมชนสามารถดูแลบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ จึงเกิดแนวคิดการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Community Based Treatment and Care : CBTX) ขึ้น (นภัทร ภัคติสรวิชญ์ และคณะ, 2564) ซึ่งแนวทางนี้

สอดคล้องกับแนวคิดที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) แนะนำให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้เพื่อช่วยเหลือผู้เฒ่าและสารเสพติดให้สามารถอยู่ร่วมกับสังคม ชุมชน ที่ตนอาศัยอยู่ได้โดยไม่ทำให้สังคมชุมชนเดือดร้อน (นิตยา ฤทธิศรี และคณะ, 2565)

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม Community Based Treatment and Care : CBTx เป็นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีความยืดหยุ่นและแทรกแซงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยน้อยกว่าวิธีอื่น ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะชีวิตด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาตนเองให้สามารถลด ละหรือเลิกเสพยาเสพติดได้ โดยให้ชุมชนออกแบบระบบการบำบัดฟื้นฟูตามบริบทของพื้นที่ เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งเป็นการช่วยลดมลทิน (Stigma) และกระตุ้นให้ชุมชนมีการคาดหวังถึงผลลัพธ์เชิงบวกอันเป็นการเสริมพลังชุมชน องค์กร เครือข่าย องค์กรด้านสังคมในพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชน สมาชิกในชุมชนทุกคนส่งเสริมกันให้เกิดการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเครือข่ายการบูรณาการงานในรูปแบบของการสร้างเสริมพลังในตนเอง ลดการส่งผู้ป่วยเข้าสู่สถานบำบัดและลดการกักขังผู้ป่วยในศูนย์บำบัดหรือเรือนจำ กระบวนการหลักในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม จากการศึกษาของ ญัฐพร ผลงาม (2564) ในจังหวัดระยอง พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดช่วยสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนและลดปัญหาเสพยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การศึกษาของสันติ โพธิ์ทอง และมนัญญา เสรีวิวัฒนา (2567) ในจังหวัดนนทบุรี พบว่าการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และเพิ่มความร่วมมือของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย งานวิจัยหลายฉบับสะท้อนว่าแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนผสมผสานกับการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายและศรัทธาในตนเอง ช่วยลดอัตราการกลับไปใช้ซ้ำได้อย่างชัดเจน เช่น งานวิจัยของอารี จันโต และปรียา ภูพานิช (2561) ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการเสริมพลังด้านความรู้และทัศนคติของผู้ป่วย การศึกษาหลายชิ้นยังยืนยันว่า “การมีส่วนร่วมของชุมชน” ผ่านกระบวนการ เช่น การวางแผนร่วม การสร้างกลไกเฝ้าระวัง การอบรมทักษะอาชีพ และการติดตามต่อเนื่อง ช่วยเสริมสร้างความยั่งยืนในการฟื้นฟูและลดการเสพยาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ (นุชรีย์ ทองเจิม และคณะ, 2566 และประพัทธ์ ธรรมวงศา, 2567)

จังหวัดพะเยา เป็นพื้นที่ที่มีทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง ชุมชนยังคงมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติและมีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยจังหวัดพะเยาเดิมมีโครงการ “CBTx พะเยาล้อมรั้วอย่างยั่งยืน” เป็นโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมีศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติดจังหวัดพะเยา ร่วมกับ ตำรวจภูธรจังหวัดพะเยา เพื่อให้คนในชุมชนในพื้นที่จังหวัดพะเยา เกิดความเข้มแข็ง เข้าใจ รับรู้ถึงปัญหาและพิษภัยที่เกิดขึ้นจากยาเสพติด สามารถแก้ไขปัญหได้อย่างรอบด้าน โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลผ่านการบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินชีวิตและอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างสงบสุข แต่ด้วยการดำเนินงานเป็นแบบบนลงล่าง ชุมชนมักเป็นผู้รับคำสั่งมากกว่าผู้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ทำให้ขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของและความยั่งยืน เมื่อโครงการหรือการสนับสนุนหมดลง การดำเนินงานก็จะชะงักไปด้วย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2568)

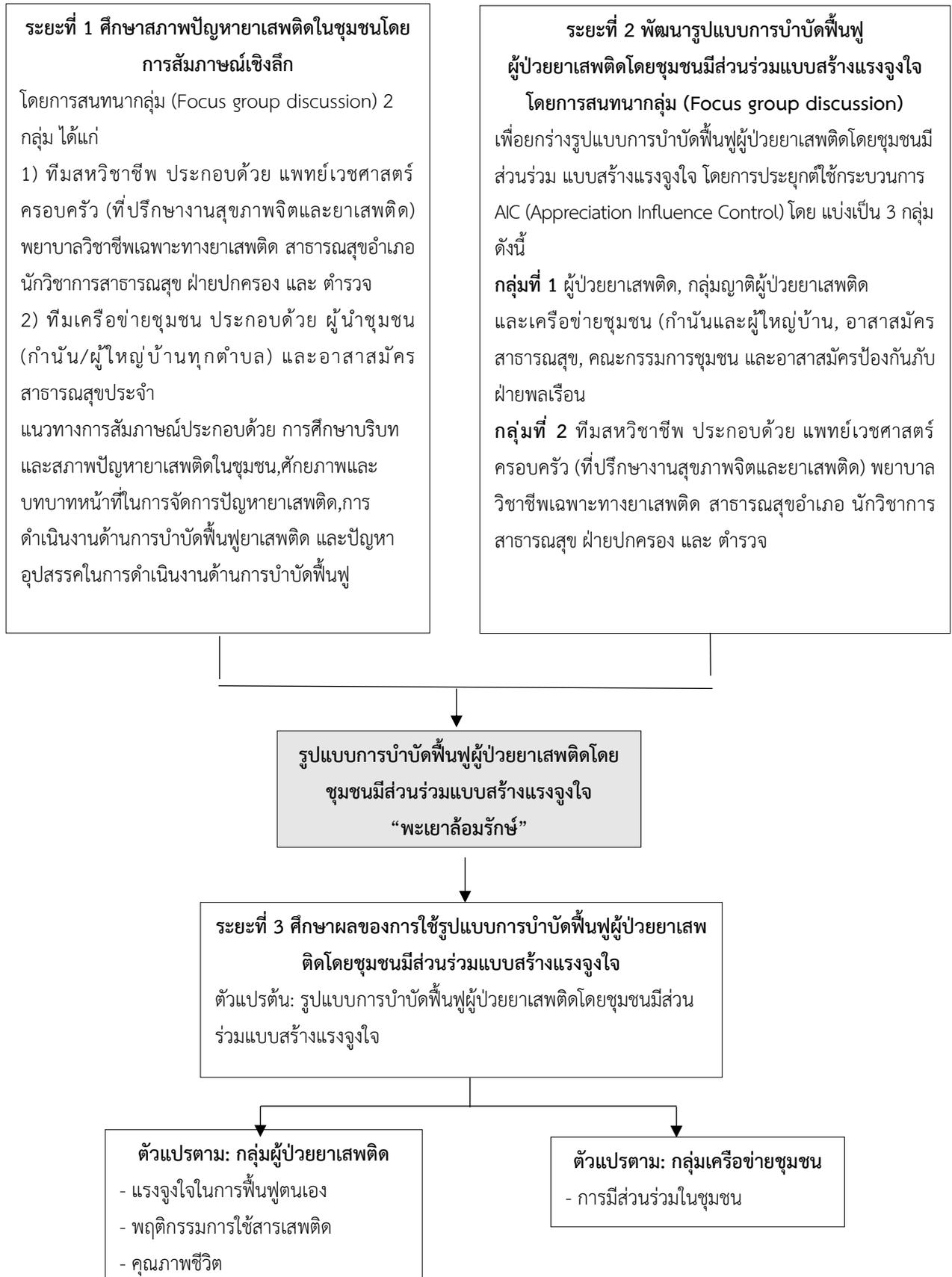
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนา “รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ” โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในดำเนินการตั้งแต่เริ่มวางแผน ออกแบบโปรแกรม จนถึงประเมินผล เพราะเป็นการใช้พลังของชุมชนและภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะการสร้างแรงจูงใจเชิงบวกให้กับผู้ป่วยในการเลิกใช้ยาเสพติดอย่างยั่งยืน และให้สอดคล้องกับบริบทในชุมชนของอำเภอจุน จังหวัดพะเยา โดยบูรณาการความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคประชาสังคม และภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการบำบัดฟื้นฟู ดังนั้น การศึกษาและพัฒนาแบบนี้จะไม่เพียงช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ แต่ยังสามารถนำไปขยายผลในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ เป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสังคมปลอดภัยจาก ยาเสพติดตามนโยบายของภาครัฐอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ได้รูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปขยายผลและประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไปได้ รวมทั้งเป็นการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาเสพติด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาเสพติดของชุมชนในอำเภอจุน จังหวัดพะเยา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจในอำเภอจุน จังหวัดพะเยา
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม แบบสร้างแรงจูงใจในอำเภอจุน จังหวัดพะเยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม แบบสร้างแรงจูงใจครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้ดำเนินการออกแบบการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาเสพติดของชุมชน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ และระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม แบบสร้างแรงจูงใจ โดยมีรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567-กันยายน 2568 โดยศึกษาการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจในพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้

1. ทีมสหวิชาชีพ คือ ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโรงพยาบาลจุนที่มีประสบการณ์ทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 6 คนประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ที่ปรึกษางานสุขภาพจิตและยาเสพติด) 1 คน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางยาเสพติด 1 คน สาธารณสุขอำเภอ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ฝ่ายปกครองระดับอำเภอ 1 คน และตำรวจ 1 คน
2. เครือข่ายชุมชน คือ ผู้ที่มีบทบาทในชุมชนและมีความเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนประกอบด้วย ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านทุกตำบล) 7 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 14 คน คณะกรรมการชุมชน 14 คน อาสาสมัครป้องกันฝ่ายพลเรือน (อปพร.) 14 คน
3. ผู้ป่วยยาเสพติด คือ ผู้สมัครใจเข้าร่วมการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดในชุมชน จำนวน 35 คน
4. ญาติผู้ป่วยยาเสพติด คือ สมาชิกในครอบครัวที่มีผู้สมัครใจเข้าร่วมการบำบัดยาเสพติดในชุมชนครอบครัวละ 1 คน จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด SOCRATES 8D 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สารเสพติด บคก.กสธ. V.2 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI และ 4) แบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation Assessment Form) (รอดิหัยะ เจ๊ะโซ๊ะ และคณะ, 2561; ราศรี อาษาจิตรและสุจิตตา ฤทธิ์มนตรี, 2566; เสาวลักษณ์ บุญรัตน์, 2567; และประพันธ์ ธรรมวงศา, 2567)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และ 2) แบบสนทนากลุ่ม (Focus group) ในประเด็นคำถามปัญหายาเสพติด การดำเนินการ การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ปัญหา อุปสรรคในอดีตและปัจจุบัน และความคาดหวังในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในอนาคต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณครั้งนี้เป็นแบบสอบถามมาตรฐาน ได้แก่ แบบสอบถามแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สารเสพติด แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และแบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งได้รับการยอมรับและนำไปใช้อย่างแพร่หลายในงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ แบบสอบถามดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบจากผู้พัฒนา ผู้วิจัยได้ขอและได้รับอนุญาตในการใช้แบบสอบถามและนำไปใช้ตามต้นฉบับโดยไม่มีการดัดแปลงหรือเปลี่ยนแปลงข้อความ เพื่อรักษาคุณภาพและมาตรฐานของเครื่องมือที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทและลักษณะแตกต่างจากงานวิจัยต้นฉบับ ผู้วิจัยจึงได้ทำการ

ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92, 0.80, 0.81 และ 0.85 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ (≥ 0.70) แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีความสอดคล้องภายในและมีความเหมาะสมในการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในบริบทของการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในส่วนเครื่องมือเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นและพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์จำนวน 3 คน แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบด้านข้อมูล (Data Triangulation) การตรวจสอบด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodology Triangulation) และการตรวจสอบด้านผู้วิจัย (Investigation Triangulation)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาเสพติดในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา รวมทั้งศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการสัมภาษณ์เชิงลึกในทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน และนำข้อมูลมาสรุปและจัดเวทีประชาคมเพื่อคืนข้อมูลและแลกเปลี่ยนข้อมูลชุมชนเกี่ยวกับสถานการณ์ยาเสพติดในพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ “พะเยาล้อมรั้ว” เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย ผู้ป่วยยาเสพติดและญาติที่ผ่านการบำบัดและไม่กลับมาเสพซ้ำ และเครือข่ายชุมชน และกลุ่มที่ 2 ทีมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหาเสพติด การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานในชุมชนในอดีต ปัจจุบัน ความคาดหวัง/ไฝฝืนการแก้ไขปัญหาเสพติด และแนวทางในการจัดรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในแบบฉบับของชุมชนดำเนินการ สำหรับการจัดรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการออกแบบรูปแบบการบำบัด โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ย้อนอดีต ทบทวนปัจจุบัน วาดฝันอนาคต (Appreciation) ร่วมกันค้นหาปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบฯ
2. สร้างรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด (Influence) โดยเครือข่ายชุมชน ผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกันกำหนดรูปแบบฯ
3. กำหนดแนวทางการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบสร้างแรงจูงใจ (Control) โดยนำแนวทางการพัฒนาจากขั้นตอน Influence มาจัดลำดับความสำคัญและร่วมกันกำหนดรูปแบบจากการมีส่วนร่วม
4. นำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติ

5. การติดตามและประเมินผล หลังจากการนำรูปแบบฯ ไปใช้ โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้
5.1. กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด ใช้เครื่องมือแบบสอบถามแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรม
การใช้สารเสพติด แบบสอบถามคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบ

5.2 กลุ่มเครือข่ายชุมชน ใช้เครื่องมือแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในก่อนและหลังเข้าร่วมใช้รูปแบบฯ
ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้าง
แรงจูงใจ นำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูไปใช้จริงในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่สมัครใจอำเภอจุน จำนวน 35 คน กลุ่ม
เครือข่ายชุมชน ประกอบด้วยกำนันและผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข คณะกรรมการชุมชน และ
อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) จำนวน 49 คน โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามแรงจูงใจในการฟื้นฟู
ตนเอง, พฤติกรรมการใช้สารเสพติด, และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด และแบบสอบถามการมีส่วนร่วม
ของเครือข่ายชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูในอำเภอจุน จังหวัดพะเยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีสถิติที่ใช้ ประกอบด้วย
สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ
แรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด, พฤติกรรมการใช้สารเสพติด, คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด
และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการวิจัยด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ ในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พะเยาตรวจสอบ ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรม เลขที่ 030/2568 วันที่ 4 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป สภาพปัญหา ยาเสพติดและความต้องการของชุมชนพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ในชุมชนพบผู้เสพยาใหม่และกลับมาเสพยาจำนวนมาก โดยเฉพาะ
กลุ่มเยาวชนด้วยปัญหาด้านครอบครัว ส่วนใหญ่เยาวชนจะอาศัยอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย เนื่องจากบิดาและมารดา
ต้องทำงานนอกบ้านทำให้ขาดความใกล้ชิดและระยะของช่วงอายุทำให้มีความคิดที่แตกต่างระหว่างเยาวชน
และครอบครัว ส่งผลให้เยาวชนหันไปปรึกษาเพื่อน จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่เยาวชนติดเพื่อนและมีพฤติกรรม
เสี่ยงที่จะใช้ ยาเสพติด ประกอบกับการถูกชักชวนโดยวัยรุ่นจากหมู่บ้านอื่น ปัญหาการกลับมาเสพยา ส่วนใหญ่
ผู้เสพยาไม่มีอาชีพเป็นหลักแหล่งทำให้ขาดรายได้ จึงหันกลับไปเป็นผู้ใช้แรงงานหรือผู้เสพยา รวมทั้งครอบครัวไม่ให้ความ
ร่วมมือในการดูแลผู้เสพยาหลังจากผ่านการบำบัดหรือผ่านการดำเนินคดี ระยะเวลาในการบำบัดน้อยเกินไป
ปัญหากระบวนการทำงานด้านยาเสพติดในชุมชน ส่วนใหญ่ใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจ ขาดการมี

ส่วนร่วมในชุมชน โดยให้หน่วยงานภาครัฐ เป็นผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ โดยชุมชนจะเป็นผู้รับคำสั่งและดำเนินการตามแนวทางที่ได้รับการสั่งการเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ชุมชนขาดความใส่ใจในการเข้าใจปัญหา และแก้ไขปัญหาที่แท้จริง อีกทั้งคนในชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเนื่องจากปัญหาหายาเสพติดเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน อ่อนไหวต่อความรู้สึกของคนในชุมชน มีความซับซ้อนต่อกลไกและกระบวนการทางสังคมในชุมชน ดังนั้นชุมชนมีความต้องการเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้ชุมชนเป็นผู้ออกแบบ ร่วมกันคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไรให้สอดคล้องกับบริบทของอำเภอจุน เน้นความสมัครใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเสียสละที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติ ติดตามและประเมินผลให้เกิดความยั่งยืนในชุมชน

2. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ “พะเยาล้อมรั้ว”

จากการออกแบบโดยชุมชนมีส่วนร่วม จากการศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการของชุมชน และการร่วมกันคิด วางแผน กำหนดรูปแบบผ่านการสนทนากลุ่มอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน จึงก่อให้เกิดรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ ภายใต้ชื่อ “พะเยาล้อมรั้ว” ที่ตอบสนองต่อบริบทของอำเภอจุน จังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นการนำแนวคิดความรักและความเอื้ออาทรของชุมชนมาเป็นพลังในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดให้กลับมาเป็นคนดีของสังคม ลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และลดผลกระทบเชิงลบที่มีต่อชุมชนและครอบครัวในระยะยาว โดยบูรณาการความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการบำบัดฟื้นฟู ดังนี้

2.1 การค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวัง กำหนดให้มีศูนย์คัดกรองทั้งระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้านทุกแห่ง แบ่งหน้าที่การดูแลอาสาสมัครเฝ้าระวังภัยและยาเสพติด 1 คนดูแล 5-7 ครัวเรือน โดยมีการประชุมหมู่บ้าน ประชาคมเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ ร่วมคิด วิเคราะห์แนวทางการดำเนินงาน แจ้งข่าวสารและกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งค้นหา คัดกรองและเฝ้าระวังผู้ใช้ยาเสพติดและหาวิธีแก้ไข ปัญหาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัด โดยการนำผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดทั้งจากข้อมูลตำรวจ ชุมชน โดยใช้หลักความสมัครใจ และสร้างความเข้าใจแก่ครอบครัวของผู้เข้ารับการบำบัด โดยมีเงื่อนไข คณะกรรมการจะทราบรายชื่อหรือข้อมูลได้ ไม่เปิดเผยชื่อและที่อยู่ ไม่ส่งตำรวจ จะดูแลกันในชุมชน รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อสร้างเข้าใจ การยอมรับและความไว้วางใจจากคนในชุมชน

2.2 การบำบัด กิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูโดยเน้นเสริมสร้างแรงจูงใจโดยถูกออกแบบจากชุมชน ใช้เวลาการดำเนินกิจกรรม 20 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้งๆละ 60-90 นาที โดยใช้ระยะเวลา 5 เดือน (รอดิหะยะ เจ๊ะโซ๊ะ และคณะ, 2561) ดังนี้ ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจตัวตน ครั้งที่ 2 การรู้จักและยอมรับปัญหา ครั้งที่ 3 การค้นหาแรงจูงใจภายใน ครั้งที่ 4 การสร้างเป้าหมายชีวิตใหม่ ครั้งที่ 5 การจัดการอารมณ์และความเครียด ครั้งที่ 6 การสร้างความภูมิใจในตัวเอง ครั้งที่ 7 การเผชิญหน้ากับสิ่งกระตุ้น ครั้งที่ 8 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ครั้งที่ 9 การค้นหาความหมายและจุดประสงค์ชีวิต ครั้งที่ 10 การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา ครั้งที่ 11 Art

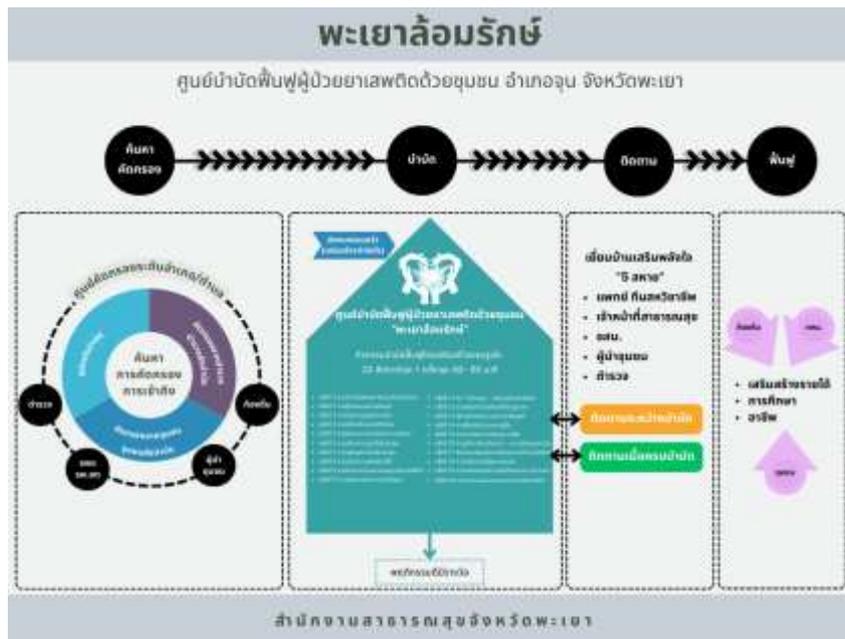
Therapy – แสดงออกผ่านศิลปะ ครั้งที่ 12 การสร้างกิจวัตรใหม่ที่ดีต่อสุขภาพ ครั้งที่ 13 Mindfulness และการเจริญสติ ครั้งที่ 14 การให้อภัยตัวเองและผู้อื่น ครั้งที่ 15 การวางแผนการเงินและอาชีพ ครั้งที่ 16 การสร้าง Resilience – ความยืดหยุ่นทางใจ ครั้งที่ 17 กิจกรรมกลุ่มกลางแจ้งและการทำงานเป็นทีม ครั้งที่ 18 การเตรียมตัวสู่โลกภายนอก ครั้งที่ 19 การเฉลิมฉลองความสำเร็จและความก้าวหน้า และครั้งที่ 20 การวางแผนอนาคตและการเดินทางต่อไป ตัวแทนชุมชนร่วมกันทำค้ำยันสัญญาร่วมกับผู้บำบัดและสร้างความสัมพันธ์ในชุมชน ในระหว่างการบำบัดมีการเสริมกำลังใจโดยนัดพบครอบครัวกับผู้บำบัดพบปะกันและชุมชนมีการมอบรางวัลแก่ผู้บำบัดที่มีพฤติกรรมที่ดี

2.3 การติดตาม ชุมชนจะมีการติดตามและประเมินผลทั้งระหว่างบำบัดและหลังจากบำบัดเสร็จ โดยเยี่ยมบ้านเสริมพลังใจจากทีม “5 สหาย” ได้แก่ แพทย์หรือทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อสม. ผู้นำชุมชน และตำรวจ อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้บำบัดกลับไปเสพซ้ำ รวมทั้งลดผู้เสพรายใหม่ ด้วยการดูแลในชุมชน โดยการติดตาม 2 ช่วงได้แก่ การติดตามระหว่างบำบัด จะมีการติดตามเดือนละ 1 ครั้ง จนครบระยะเวลาการบำบัด และการติดตามหลังการบำบัด จะมีการติดตามทุก 3,6,9 เดือน 1 ปี และ 2 ปี

2.4 การฟื้นฟู ใช้หลักการ “ให้อภัย ให้โอกาส” โดยจัดกิจกรรมสร้างความสามัคคี จิตอาสา ระหว่างผู้บำบัดและชุมชน ให้เกิดความตระหนักและจิตสำนึกในการช่วยเหลือและร่วมมือกัน จัดกิจกรรมสร้างอาชีพ สร้างฝีมือ ส่งเสริมการศึกษานอกโรงเรียน โดยหน่วยงานจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) กรมส่งเสริมการเรียนรู้ (สกร.) และชุมชน

3. ผลของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ “พะเยาล้อมรั้ว”

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ ภายใต้ชื่อ “พะเยาล้อมรั้ว” มาทดลองใช้ในกลุ่มผู้บำบัดยาเสพติดในอำเภोजุน จังหวัดพะเยา จำนวน 35 คน โดยโปรแกรมกิจกรรมบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด เข้ารับการบำบัดทั้งหมด 20 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้งๆละ 60-90 นาที และมีการติดตามระหว่างบำบัดทุกเดือน พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยยาเสพติด 35 คน ในอำเภोजุน พบว่าส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 98.00 อยู่ในช่วงอายุ 21-45 ปี ร้อยละ 64.00 สถานภาพโสด ร้อยละ 68.00 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 58.00 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 52.00 ช่วงรายได้ 0-5,000 บาท ร้อยละ 78.00 อาศัยร่วมกับครอบครัว ร้อยละ 80.00 ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความราบรื่น ร้อยละ 58.00 การเข้าร่วมระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสมัครใจยินยอมตามมาตรการกีดกันทางกฎหมาย (ม.114) ร้อยละ 60.00 ยาเสพติดที่ใช้หลักในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเป็นยาบ้า ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1



ภาพที่ 2 โมเดลพะเยาล้อมรักรักษ์

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างรูปแบบ CBTx พะเยาล้อมรักรักษ์อย่างยั่งยืน กับ พะเยาล้อมรักรักษ์ อำเภोजุน

ประเด็นเปรียบเทียบ	CBTx พะเยาล้อมรักรักษ์อย่างยั่งยืน (รูปแบบเดิม)	พะเยาล้อมรักรักษ์ อำเภोजุน (รูปแบบใหม่)
ที่มาและแนวคิดหลัก	เน้นแนวคิด CBTx การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสร้างแรงจูงใจ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นำกระบวนการร่วมกับชุมชน	เกิดจากกระบวนการ AIC โดยชุมชนร่วมคิด-วางแผน-ออกแบบรูปแบบการบำบัดเอง
จุดมุ่งหมายหลัก	เพิ่มความเข้มแข็งของชุมชนให้สามารถดูแลผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบติดตามต่อเนื่อง	พัฒนารูปแบบบำบัดแบบสร้างแรงจูงใจ ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน มุ่งฟื้นฟูความสัมพันธ์ ความรัก และความเอื้ออาทรในชุมชน
โครงสร้างกิจกรรม	เน้นการพัฒนาศักยภาพทีมคณะทำงาน ในการเฝ้าระวัง ค้นหา บำบัดฟื้นฟู และติดตาม	ครอบคลุม 4 กระบวนการหลัก (ค้นหา/คัดกรอง - บำบัด - ติดตาม - ฟื้นฟู) โดยเนื้อหาออกแบบเองโดยชุมชน
บทบาทของชุมชน	ชุมชนมีบทบาทสำคัญ แต่โครงสร้างถูกกำหนดจากส่วนกลางและหน่วยงานรัฐเป็นหลัก	ชุมชนเป็นผู้คิด-วางแผน-ดำเนินการ-ออกแบบ โปรแกรมบำบัด-ติดตาม-และประเมินผลด้วยชุมชนเอง
รูปแบบการบำบัด	ใช้ค่าย CBTx รูปแบบมาตรฐาน ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, เสริมแรงจูงใจ, และส่งเสริมอาชีพ	ใช้โปรแกรมบำบัด 20 สัปดาห์ ระยะเวลาสั้นขึ้น เน้นแรงจูงใจภายใน, ศิลปะบำบัด, การเจริญสติ, การพัฒนาชีวิต, และส่งเสริมอาชีพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	CBTx พะเยาล้อมรั้วอย่างยั่งยืน (รูปแบบเดิม)	พะเยาล้อมรั้ว อำเภोजุน (รูปแบบใหม่)
ระยะเวลาโปรแกรมบำบัด	ระยะเวลาสั้น 8 สัปดาห์ (ขึ้นกับค่าย CBTx มาตรฐาน)	20 สัปดาห์ (5 เดือน) เข้มข้นและต่อเนื่อง
วิธีคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยง	ใช้ระบบ Re-Xray ระดับรุนแรงสีเขียวและเหลือง ผ่านศูนย์คัดกรอง	ใช้โครงสร้างคัดกรองหลายระดับ (อำเภอ-ตำบล-หมู่บ้าน) และ อส. ดูแล 5-7 คริวเรือน พร้อมประชาคมหมู่บ้าน
การติดตามหลังบำบัด	ใช้ชุดติดตามหมู่บ้าน (ขตม.) ร่วมกับตำรวจ (ขป.) เผื่อระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง	ทีม “5 สหาย” ได้แก่ แพทย์หรือสหวิชาชีพ สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ตำรวจ ระหว่างบำบัดติดตามทุก 1 เดือน และหลังบำบัดติดตาม 3-6-9-12-24 เดือน
ความต่อเนื่องในการฟื้นฟูผู้บำบัด	เชื่อมต่อการส่งเสริมอาชีพ และให้ขตม. ติดตามช่วยเหลือ	เน้น “ให้อภัย ให้โอกาส” สร้างกิจกรรมชุมชน, จิตอาสาและพัฒนาทักษะอาชีพ โดยหลายหน่วยงานร่วมสนับสนุน
ความเหมาะสมตามบริบทพื้นที่	ใช้รูปแบบกลางที่ประยุกต์ให้เข้ากับจังหวัดพะเยา	ออกแบบให้มีความเหมาะสมสูงที่สุดตามบริบทชุมชน
ความยั่งยืน	ยั่งยืนผ่านระบบขตม. และการบูรณาการหลายฝ่าย	ยั่งยืนด้วยการที่ ชุมชนเป็นเจ้าของรูปแบบและร่วมดูแลทุกขั้นตอน

ผลการเปรียบเทียบแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเอง พฤติกรรมใช้สารเสพติด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู พบว่าค่าเฉลี่ยแรงจูงใจด้านการรับรู้ตนเองก่อนเท่ากับ 22.04 และหลังเพิ่มเป็น 29.02 แรงจูงใจด้านความลึกลับก่อนเท่ากับ 10.80 และหลังลดลงเป็น 7.52 แรงจูงใจด้านการลงมือทำก่อนเท่ากับ 33.28 และหลังเพิ่มเป็น 35.56 และแรงจูงใจรวมก่อนเท่ากับ 66.12 และหลังเพิ่มเป็น 72.10 โดยแรงจูงใจทุกด้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ $p\text{-value} < 0.001$ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้สารเสพติดก่อนและหลังใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู พบว่า ก่อนบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเท่ากับ 18.00 และหลังจากบำบัดฯ มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลดลง 11.64 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ $p\text{-value} < 0.001$ ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายก่อนเท่ากับ 31.32 และหลังเพิ่มเป็น 32.82 ด้านจิตใจก่อนเท่ากับ 25.16 และหลังลดลงเป็น 24.12 ด้านสัมพันธภาพทางสังคมก่อนเท่ากับ 10.58 และหลังเพิ่มเป็น 11.84 ด้านสิ่งแวดล้อมก่อนเท่ากับ 29.92 และหลังเพิ่มเป็น 31.64 และคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนเท่ากับ 100.88 และหลังเพิ่มเป็น 104.26 โดยคุณภาพชีวิตทุกด้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในชุมชนก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ ประกอบด้วยเครือข่ายชุมชน พบว่า พบว่าค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการคิด วางแผน และตัดสินใจก่อนเท่ากับ 10.41 และหลังเพิ่มเป็น 12.55 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานก่อนเท่ากับ 3.64 และหลังเพิ่มเป็น 4.46 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ก่อนเท่ากับ 3.71 และหลังเพิ่มเป็น 4.29 การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลก่อนเท่ากับ 3.70 และหลัง

เพิ่มเป็น 4.41 และการมีส่วนร่วมโดยรวมก่อนเท่ากับ 21.47 และหลังเพิ่มเป็น 25.70 โดยคุณภาพชีวิต ทุกด้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ P-value < 0.001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเอง พฤติกรรมใช้สารเสพติด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด และการมีส่วนร่วมในชุมชนของเครือข่ายชุมชนก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ

	ด้าน	ระดับ	M	SD.	t	df	P-value	
แรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด (n=35)	ด้านการรู้ตนเอง	ก่อน	ต่ำมาก	22.04	5.63	-10.71	34	<0.001***
		หลัง	ต่ำ	29.02	2.54			
	ด้านความลังเล	ก่อน	ต่ำมาก	10.80	3.29	5.95	34	<0.001***
		หลัง	ต่ำมาก	7.52	2.51			
	ด้านการลงมือทำ	ก่อน	ปานกลาง	33.28	4.16	-4.99	34	<0.001***
		หลัง	ปานกลาง	35.56	3.02			
แรงจูงใจโดยรวม	ก่อน	ปานกลาง	66.12	10.02	-5.42	34	<0.001***	
	หลัง	สูง	72.10	5.27				
พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติด (n=35)	พฤติกรรมการใช้สารเสพติด	ก่อน	ปานกลาง	18.00	7.61	8.62	34	<0.001***
	หลัง	น้อย	11.64	5.94				
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด (n=35)	ด้านสุขภาพกาย	ก่อน	ดี	31.32	4.78	-2.65	34	0.011*
		หลัง	ดี	32.82	3.48			
	ด้านจิตใจ	ก่อน	ดี	25.16	3.63	2.74	34	0.008**
		หลัง	ดี	24.12	2.64			
	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ก่อน	ปานกลาง	10.58	2.38	-3.35	34	0.002**
		หลัง	ดี	11.84	1.09			
	ด้านสิ่งแวดล้อม	ก่อน	ดี	29.92	5.17	-3.31	34	0.002**
		หลัง	ดี	31.64	4.66			
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	ก่อน	ดี	100.88	13.86	-2.48	34	0.017*
		หลัง	ดี	104.26	10.15			
การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (n=49)	การคิด วางแผน และตัดสินใจ	ก่อน	ปานกลาง	10.41	2.47	-11.27	49	<0.001***
		หลัง	ดี	12.55	2.09			
	การดำเนินงาน	ก่อน	ดี	3.64	0.93	-9.15	49	<0.001***
		หลัง	ดี	4.46	0.50			
	การรับผลประโยชน์	ก่อน	ดี	3.71	0.79	-7.48	49	<0.001***
		หลัง	ดี	4.29	0.53			
การติดตามและ	ก่อน	ดี	3.70	1.01	-8.94	49	<0.001***	
	หลัง	ดี	4.29	0.53				

ด้าน	ระดับ	M	SD.	t	df	P-value
ประเมินผล	หลัง ดี	4.41	0.65			
การมีส่วนร่วม	ก่อน ปานกลาง	21.47	4.25	-12.22	49	<0.001***
โดยรวม	หลัง ดี	25.70	3.34			

***P-value \leq 0.001, ** P-value \leq 0.01, * P-value \leq 0.05

อภิปรายผล

1. สภาพปัญหาสุขภาพเสพติดและความต้องการของชุมชนพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

ปัญหาผู้เสพรายใหม่และการกลับมาเสพซ้ำในกลุ่มเยาวชน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ปัญหาหลักเกิดจากปัจจัยด้านครอบครัว โดยเยาวชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย เนื่องจากบิดามารดาต้องทำงานนอกบ้าน ส่งผลให้ขาดความใกล้ชิดและมีช่องว่างของความเข้าใจระหว่างวัย ทำให้เยาวชนหันไปพึ่งพากลุ่มเพื่อนและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ เอกรัตน์ หามนตรี (2561) พบว่าการขาดความอบอุ่นในครอบครัว การขาดพ่อแม่ดูแลและการขาดแบบอย่างที่ดีจากผู้ปกครองเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเสพยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนภาคเหนือ นอกจากนี้ยังพบว่าช่องว่างระหว่างวัยและความแตกต่างทางความคิดระหว่างเยาวชนกับผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารและความเข้าใจในครอบครัว และการพึ่งพากลุ่มเพื่อนเป็นแหล่งปรึกษาแทนครอบครัว (ผกามาศ โรยทอง, 2565) ปัญหาการกลับมาเสพซ้ำ พบว่า สาเหตุหลักมาจากการขาดอาชีพและรายได้ที่มั่นคง ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดหันกลับไปค้าหรือเสพยาเสพติดอีกครั้ง ประกอบกับการขาดความร่วมมือจากครอบครัวในการดูแลหลังการบำบัด และระยะเวลาในการบำบัดที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร และคณะ (2564) ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญของการกลับไปเสพซ้ำคือ การขาดการสนับสนุนทางสังคม การขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ และระบบการติดตามดูแลหลังการบำบัดที่ไม่มีประสิทธิภาพและการขาดเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นตัวอย่างยั่งยืนของผู้เสพ การดำเนินงานด้านยาเสพติด ในพื้นที่ส่วนใหญ่ใช้แนวทางเชิงอำนาจ โดยหน่วยงานภาครัฐ เป็นผู้กำหนดนโยบายและสั่งการ ขณะที่ชุมชนเป็นเพียงผู้ปฏิบัติตามคำสั่ง ส่งผลให้ชุมชนขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและขาดแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศศิวิมล คำเมือง และคณะ (2565) ที่พบว่า การแก้ปัญหาเสพติดที่ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องมีการมีส่วนร่วมของชุมชนเริ่มจากสถาบันครอบครัว ชุมชนและการเมือง ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในบริบทท้องถิ่นและการยอมรับจากคน ในชุมชน (ประสงค์ รัศมีมูงทอง และคณะ, 2566)

2. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ “พะเยาล้อมรัศมี”

รูปแบบการบำบัดฯ ที่ได้รับการออกแบบโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การค้นหา คัดกรอง และเฝ้าระวัง รูปแบบฯ กำหนดให้มีศูนย์คัดกรองทั้งระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประสงค์ รัศมีมูงทอง และคณะ (2566) ที่พบว่า ระบบเฝ้า

ระวังชุมชนที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครที่เข้มแข็ง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ฤทธิศรี (2565) ที่เน้นความสำคัญของการจัดตั้งศูนย์คัดกรองในหลายระดับเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง การใช้หลักความสมัครใจและการไม่เปิดเผยชื่อที่อยู่ของผู้เข้ารับการรักษาในรูปแบบนี้ การสร้างความไว้วางใจและการรักษาความลับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัวกล้าเข้าสู่กระบวนการบำบัด กิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูแบบสร้างแรงจูงใจ โดยถูกออกแบบจากชุมชน ใช้เวลาการดำเนินกิจกรรม 20 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที โดยใช้ระยะเวลา 5 เดือน ซึ่งการบำบัดที่มีประสิทธิภาพควรใช้ระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไปสอดคล้องกับงานวิจัยของผ่องพรรณ คำน้อย (2568) ที่พบว่ากลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาด้วยโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางและติดตามในระยะเวลา 3 เดือน มีการกลับไปเสพยาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่เข้ารับการรักษาแบบปกติ และการบำบัดควรใช้แนวทางสร้างแรงจูงใจ ที่เน้นการให้ผู้บำบัดตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบของการใช้ยาเสพติดด้วยตนเอง พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง เน้นความสำคัญของการพัฒนาทักษะชีวิตและการสร้างทางเลือกใหม่ในชีวิตสำหรับผู้บำบัด การบูรณาการกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งด้านจิตใจ สุขภาพกาย และทักษะอาชีพ เน้นการดูแลผู้บำบัดอย่างครอบคลุมทุกมิติ (สันติ โพธิ์ทอง และมนัชญา เสรีวิวัฒนา, 2567) รูปแบบฯ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวระหว่างการบำบัด โดยมีการนัดพบระหว่างครอบครัวกับผู้บำบัด รวมทั้งชุมชนมีการมอบรางวัลแก่ผู้บำบัดที่มีพฤติกรรมที่ดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ เอกรัตน์ หามนตรี (2561) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอัตราการกลับไปเสพยา การติดตามโดยทีม "5 สหาย" รูปแบบการติดตามและประเมินผลที่ใช้ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์/ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และตำรวจ เพื่อเยี่ยมบ้านและเสริมพลังใจอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อารมณ์ ภูมิ (2567) พบว่า การทำงานแบบบูรณาการของทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนและการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันการกลับไปเสพยา การฟื้นฟูโดยใช้หลักการ "ให้อภัย ให้โอกาส" รูปแบบการฟื้นฟูที่เน้นการสร้างความสัมพันธ์ จิตอาสา ระหว่างผู้บำบัดและชุมชน การจัดกิจกรรมสร้างอาชีพและส่งเสริมการศึกษา โดยความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐและชุมชน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐภัทร ดีช่วย และคณะ (2568) ที่พบว่า ความสำเร็จในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่ใช้หลักการ "ชุมชนบำบัด" (Community-Based Treatment) การสร้างโอกาสในการประกอบอาชีพ และการยอมรับจากชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ ผู้ผ่านการบำบัดสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี

3. ผลของการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบสร้างแรงจูงใจ "พะเยาล้อมรักรักษ์"

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศเยาวชนชาย การศึกษามัธยมศึกษา ว่างานและรายได้น้อยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ผกามาศ โรยทอง (2565) ที่พบว่า กลุ่มผู้ใช้ยา

เสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงาน มีการศึกษาและรายได้ต่ำ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดและการกลับไปเสพติด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เอกรัตน์ หามนตรี (2561) ที่ระบุว่า ผู้ใช้ยาเสพติดที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำและมีอาชีพไม่มั่นคงมีแนวโน้มที่จะใช้ยาเสพติดต่อเนื่องเนื่องจากขาดทางเลือกในการดำรงชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับครอบครัว (ร้อยละ 80.00) และมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ราบรื่น (ร้อยละ 58.00) แสดงให้เห็นว่า แม้จะมีครอบครัวแต่ยังคงมีปัญหาการใช้ยาเสพติด สอดคล้องกับงานวิจัยของ วชลี อินต๊ะสงค์ (2565) ที่พบว่า การมีครอบครัวเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการป้องกันการใช้ยาเสพติด หากขาดการสื่อสารที่มีคุณภาพและการเฝ้าระวังที่เหมาะสม ผลต่อแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเอง พบว่า หลังการใช้รูปแบบ "พะเยาล้อมรั้ว" ผู้ป่วยมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} < .001$) ทั้งด้านการรับรู้ตนเอง (จาก 22.04 เป็น 29.02) ด้านการลงมือทำ (จาก 33.28 เป็น 35.56) และแรงจูงใจรวม (จาก 66.12 เป็น 72.10) ขณะที่ความล้มเหลว (จาก 10.80 เป็น 7.52) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วชลี อินต๊ะสงค์ (2565) ที่พบว่า การใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) สามารถเพิ่มการรับรู้ตนเองและลดความล้มเหลวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ใช้ยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการบังคับหรือสั่งการ ผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่า หลังการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} < .001$) จาก 10.80 เป็น 7.52 สอดคล้องกับงานวิจัยของ สันติ โพธิ์ทอง และคณะ (2567) ที่พบว่า การบำบัดที่มีการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวสามารถลดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดได้มากกว่าการบำบัดแบบปกติที่เน้นเฉพาะตัวผู้บำบัด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อารณ ภูมิ (2567) ที่ระบุว่า การติดตามอย่างใกล้ชิดโดยทีม สหวิชาชีพ และชุมชน เช่น ทีม "5 สหาย" เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยป้องกันการกลับไปเสพติด แม้ว่าพฤติกรรมที่ใช้สารเสพติดจะลดลง แต่ยังไม่หมดไปอย่างสิ้นเชิง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดยาเสพติดที่ว่าเป็นกระบวนการต่อเนื่องและต้องการการติดตามระยะยาวเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ผลต่อคุณภาพชีวิต พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} < .05$) ทั้งด้านสุขภาพกาย (จาก 31.32 เป็น 32.82) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (จาก 10.58 เป็น 11.84) ด้านสิ่งแวดล้อม (จาก 29.92 เป็น 31.64) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (จาก 100.88 เป็น 104.26) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สันติ โพธิ์ทอง และมนัญญา เสรีวิวัฒนา (2567) ที่พบว่า การบำบัดแบบองค์รวมที่ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดได้การได้รับการยอมรับจากชุมชนและการมีโอกาสนในการประกอบอาชีพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตด้านจิตใจกลับลดลง (จาก 25.16 เป็น 24.12) แม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาจเกิดจากการที่ผู้บำบัดเริ่มตระหนักถึงปัญหาและความท้าทายที่ต้องเผชิญในการเปลี่ยนแปลงชีวิต ในช่วงแรกของการบำบัด ผู้บำบัดอาจมีความวิตกกังวลและความกดดันทางจิตใจเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเผชิญหน้ากับความเป็นจริงและการปรับตัว แต่มักจะดีขึ้นในระยะติดตามระยะยาว ผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ เครือข่าย

ชุมชนและญาติผู้ป่วยยาเสพติดมีการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P-value < .001) ทุกด้าน ได้แก่ ด้าน การคิด วางแผน และตัดสินใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรีชญานี คำเหลือ และพงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์ (2566) ที่พบว่า การใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงสามารถเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและความรับผิดชอบของชุมชนในการแก้ปัญหาเสพติด การให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นการออกแบบจนถึงการ ประเมินผลจะช่วยให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาชุมชนแบบยั่งยืนที่ เน้นการสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน (Community Empowerment) (ณัฐภัทร ดีช่วย และคณะ, 2568)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดให้สอดคล้องกับ บริบทของชุมชนมากขึ้น และผลการดำเนินงานสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบของการบำบัดฟื้นฟูในพื้นที่อื่น ตลอดจนการประสานงานร่วมกับเครือข่ายทุกภาคส่วน ได้แก่ วัด โรงเรียน กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงภาคเอกชน โดยเฉพาะในการสร้างโอกาสการประกอบอาชีพให้กับผู้ผ่านการบำบัด สร้างเครือข่ายผู้ผ่านการบำบัด ให้เป็นกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Peer Support Group) ซึ่งจะช่วยลดการ เสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดและลดจำนวนผู้เสพยาเสพติดในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาระบบสนับสนุนครอบครัว เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับยา เสพติด ทักษะการสื่อสาร และการดูแลสนับสนุนผู้ป่วยจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนญาติผู้ป่วย ให้เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยน ประสบการณ์
2. ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว อย่างน้อย 2-3 ปีหลังการบำบัด เพื่อประเมินความยั่งยืนของ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อัตราการกลับไปเสพยา และคุณภาพชีวิตในระยะยาว
3. การวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพและประสิทธิผล เปรียบเทียบรูปแบบ "พะเยาล้อมรั้ว" กับรูปแบบ การบำบัดอื่นๆ ทั้งแบบ Hospital-based และ Community-based แบบอื่นๆ เพื่อประเมินข้อได้เปรียบ ข้อจำกัด และความคุ้มค่า วิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness Analysis) ของรูปแบบ "พะเยาล้อมรั้ว" เพื่อ เป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณและขยายผลในระดับนโยบาย

รายการอ้างอิง

- กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร, เนาวรัตน์ เกษมพร, ภาสินี โทอินทร์, และนวลละออง ทองโคตร. (2564). ปัจจัยที่มีผล ต่อการบำบัดรักษาเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(2), 1-12.
- ณัฐพร ผลงาม. (2564). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนจังหวัดระยอง. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรมการ*, 1(2), 49-71.

- ณัฐภัทร ดีช่วย, อมร หวังอัครางกูร, และวาสนา จาตุรัตน์. (2568). ถอดบทเรียนชุมชนต้นแบบด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กรณีศึกษา:ชุมชนบ้านปากด่าน หมู่ 5 ตำบลบางเหรียง อำเภอบ้านลาด จังหวัดพะเยา. *วารสารศิลปการจัดการ*, 9(4), 90-104.
- นภัทร ภักดีสรวิชัย, ภาคิน เจริญนนทสิทธิ์, และวรรณวรงค์ ศุภชัย. (2564). การมีส่วนร่วมขององค์กรภาครัฐกับภาคประชาชนในการพัฒนาการบริการสาธารณสุขด้านบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. *วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 11(3), 371-383.
- นิตยา ฤทธิ์ศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, และศุภลักษณ์ จันทาญ. (2565). รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง:กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 19(2), 50-63.
- นุชรีย์ ทองเจิม, ธีรวัฒน์ สกฤตมานนท์, และลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์*, 13(2); 17-30.
- ประพันธ์ ธรรมวงศา. (2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 6(1), 1-14.
- ประสงค์ รักมียุงทอง, ยอดชาย สุวรรณวงษ์, สุภาพร พูลเพิ่ม, และสิทธิธานนท์ แจ่มหอม. (2566). การพัฒนารูปแบบกสนจัดการเครือข่ายชุมชนเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมด้านการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพของชุมชนรอยต่อชายขอบจังหวัดสระบุรี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุนทรินทร์ บุรีรัมย์*, 38(1), 187-199.
- ปรัชญาณี คำเหลือ, และพงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วมอำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, 2(3), 115-129.
- ผกามาศ ไรยทอง. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเสพยาเสพติดของเด็กและเยาวชนที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการ จังหวัดภูเก็ต. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 2(3), 63-80.
- ผ่องพรรณ คำน้อย. (2568). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางในการกลับไปเสพซ้ำของผู้เข้ารับการรักษาติดยาเสพติด. *วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย*, 2(1), 1-17.
- รอดิหะ เจ๊ะโซ๊ะ, อรพิน คงหนู, และทิพย์สุคนธ์ มุลจันที. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเฮโรอีนในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. (รายงานการวิจัย). โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. ปัตตานี.
- ราศรี อาษาจิตร และสุจิตตา ฤทธิ์มนตรี. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านลาด จังหวัดพะเยา. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ*. 16(2), 244-257.
- วัลลี อินตะสงค์. (2565). ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติด. *วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา*, 2(2), 11-25.

- ศศิวิมล คำเมือง, สระเกตุ ปานเถื่อน, อีรตนัย คงสิทธิ์รัตนตระกูล, และภาสกร ดอกจันทร์. (2565). นโยบายสาธารณสุขด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดของประเทศไทย. *วารสารวิชาการธรรมศาสตร์*, 22(2), 409-420.
- สันติ โพธิ์ทอง, และมนัชญา เสรีวิวัฒนา. (2567). ผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนนทบุรี. *วารสารร้อยแก่นสาร*, 9(12), 1658-1675.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2568). *งานยาเสพติดและสุขภาพจิต*. กระทรวงสาธารณสุข. <https://pyo.moph.go.th/index.php>.
- เสาวลักษณ์ บุญรัตน์. (2567) การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมในชุมชนบ้านน้ำเขียว อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 9(4), 236-247.
- อาภรณ์ ภูมิ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 8(16), 70-85.
- เอกรัตน์ หามนตรี. (2561). ความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง. *วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์*, 5(2), 434-451.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World Drug Report 2022: Booklet 2 — Global overview of drug demand and drug supply* [PDF]. United Nations. https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_2.pdf