

## การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

นิภาวรรณ ตติยนันทพร, พ.บ.\*<sup>a</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาวิถีสุขภาพประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเสพติด อ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ และ 2) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเสพติด การวิจัยเชิงคุณภาพใช้เทคนิคเดลฟายโดยเจาะจงเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้นำชุมชน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติด จำนวน 27 คน การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบอ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G\*Power version 3.1.9.4 จำนวน 30 คน สุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามปลายเปิดสำหรับการสร้างและพัฒนารูปแบบตามกระบวนการเดลฟายครั้งที่หนึ่ง 2) แบบสอบถามสำหรับการสร้างและพัฒนารูปแบบตามกระบวนการเดลฟายครั้งที่สอง 3) แบบสอบถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และ 4) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและรักษาเสพติด ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติทีแบบไม่อิสระ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเสพติดอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) วางแผนการดำเนินงาน 3) ปฏิบัติการรักษาผู้ยาเสพติด 4) ร่วมติดตามและประเมินผล และ 5) การดูแลระยะยาวหลังการรักษา ก่อนการใช้รูปแบบตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและรักษาเสพติดในระดับน้อย ( $\bar{X} \pm SD = 3.38 \pm 0.49$ ) หลังการใช้รูปแบบ การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ( $\bar{X} \pm SD = 4.23 \pm 0.33$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ :** การมีส่วนร่วม; ครอบครัวและชุมชน; การป้องกันและบำบัดยาเสพติด

\* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

<sup>a</sup> Corresponding author : นิภาวรรณ ตติยนันทพร Email : nipawunt@gmail.com

รับบทความ: 19 พ.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 1 มิ.ย. 65; ตอรับตีพิมพ์: 1 มิ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 มิ.ย. 65

## Family and Community Involvement in Drug Prevention and Treatment, Khon Sawan District, Chaiyaphum Province

Nipawun Tatiyanuntaporn, MD<sup>\*a</sup>

### Abstract

This research and development aimed to: 1) develop drug prevention and treatment model in Khon Sawan district, Chaiyaphum province with family and community participations and 2) examine the results after using the model. The study was consisted of two parts: qualitative and quantitative studies. In qualitative part, data were collected from 27 key informants who were community leaders, chief executives of subdistrict administrative organizations, secondary school principals, hospital administrators at district and subdistrict (tambon health promoting hospitals) levels, and representatives from families affected by drug issues. In quantitative part, thirty representatives from families affected by drug problems attended the developed program. samples were determined using G\*Power Version 3.1.9.4 and were selected through multi- stage random sampling. Research instruments were consisted of 1) open-ended questions for developing the model according to the first Delphi process, 2) questionnaire for developing the model according to second Delphi process, 3) assessment of the suitability of the developed model, and 4) questionnaire for participation in drug prevention and treatment. The qualitative data were analyzed using content analysis, while the quantitative data were analyzed using percentages, means, standard deviations and t-test for dependent samples.

The results showed that the developed model for drug prevention and treatment of of Khon Sawan district, Chaiyaphum province with family community participations were consisted of 5 steps: 1) involving families and communities, 2) planning, 3) implementing the treatments for drug addict, 4) monitoring and evaluation, and 5) extensive follow-ups after the

---

\* Medical Physician, Senior Professional Level, Khon Sawan Hospital, Chaiyaphum Province

<sup>a</sup> Corresponding author : Nipawun Tatiyanuntaporn Email : nipawunt@gmail.com

*Received: May 19, 22; Revised: Jun. 1, 22; Accepted: Jun. 1, 22; Published Online: Jun 26, 22*

treatments. It was also found that, before using the model, family and community involvements in drug prevention and treatment were at a low level ( $\bar{X} \pm SD = 3.38 \pm 0.49$ ) while after using the model, their involvements significantly improved to a high level ( $\bar{X} \pm SD = 4.23 \pm 0.33$ ) at significant level of 0.05.

**Keywords :** Involvement; Family and community Drug prevention and treatment

## บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก สถานการณ์จากรายงานของ World Drug Report 2021 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime) พบผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.50 ของประชากรโลก โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 299 ล้านคน สถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทยก็ยังไม่ลดระดับความรุนแรงลง อันเป็นผลมาจากการขยายตัวของการผลิตยาเสพติดในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำในช่วงหลายปีที่ผ่านมา กลุ่มขบวนการค้ายาเสพติดยังมีการลักลอบนำยาเสพติดจำนวนมากเข้ามายังประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการจับกุมยาเสพติดได้เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ (ยาบ้าและยาไอซ์)<sup>(1)</sup>

การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทยมีแนวโน้มที่แพร่ระบาดมากขึ้นตามการขับเคลื่อนของอุปทานของการผลิตยาเสพติดนอกประเทศ จากปริมาณยาเสพติดที่มีการลักลอบนำเข้าเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ยาเสพติดกระจายไปยังพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ และด้วยกลยุทธ์การค้าของกลุ่มผู้ค้ายาเสพติดที่ทำให้ยาเสพติดมีราคาที่ถูกลง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการใช้ยาเสพติดในประเทศ ผู้เสพรายใหม่จะเข้าสู่วงจรยาเสพติดมากขึ้น อีกทั้งมีการแสวงประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีในการค้ายาเสพติด การติดต่อสื่อสาร การเงิน และการขนส่ง ส่งผลให้ผู้เสพยาเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายขึ้นด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร การค้ายาเสพติดในปัจจุบัน นอกจากการค้ายาเสพติดแบบทั่วไปแล้ว ยังพบว่ากลุ่มผู้ค้ายาเสพติดใช้ช่องทางออนไลน์ควบคู่กับการส่งยาเสพติดทางพัสดุไปรษณีย์ในการกระจายยาเสพติดไปสู่กลุ่มผู้เสพยามากขึ้น เช่น Line Twitter Facebook Instagram ฯลฯ โดยเฉพาะช่องทาง Twitter เป็นช่องทางที่ได้รับความนิยมสูงสุดในการซื้อขาย ที่เด็กและเยาวชนใช้ในการซื้อขายยาเสพติดเกือบทุกชนิดอย่างแพร่หลาย มีช่องทางการส่งยาเสพติดให้เลือกที่หลากหลาย เช่น นักร้อง ส่งผ่านไปรษณีย์ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เป็นธุรกิจโลจิสติกส์ ทำให้การขนส่งมีความสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น<sup>(2)</sup> ข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ของกระทรวงสาธารณสุข มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 155,500 ราย (ปีงบประมาณ

พ.ศ. 2563 มีผู้เข้ารับการรักษาบำบัดรักษายาเสพติด 212,646 ราย) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.66 เมื่อพิจารณาจากกลุ่มอายุของผู้เข้าบำบัดทั้งหมด ส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 18.24) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 17.01) กลุ่มอายุ 30-34 ปี (ร้อยละ 15.29) และกลุ่มอายุ 35-39 ปี (ร้อยละ 13.78) ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ (ร้อยละ 63.61) รองลงมาคือผู้ติด (ร้อยละ 31.99) และผู้ใช้ (ร้อยละ 4.40) ผู้เข้าบำบัดรักษาที่เข้าสู่ระบบจะพบสัดส่วนผู้เสพรายใหม่ถึงร้อยละ 70.34 ไม่นับรวมผู้เสพจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา หลบซ่อนไม่แสดงตัว ส่งผลต่ออาการทางจิตเวชจากยาเสพติดที่เพิ่มมากขึ้น<sup>(1-2)</sup>

รัฐบาลได้ยกปัญหาเสพติดให้เป็นวาระแห่งชาติมียุทธศาสตร์ดำเนินงาน ทั้งเชิงป้องกันและแก้ไข ปัญหาเสพติด โดยดำเนินงานแก้ไขปัญหาเสพติดตามแนวทาง UNGASS 2016 คือ สังคมที่ปราศจากการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและดำเนินการบำบัดผู้เสพยาเสพติดที่ไม่มีคดีอาญาอื่นร่วม โดยถือว่า “ผู้เสพคือผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร” โดยรัฐบาลได้มีนโยบายให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดและผู้ติดยาเสพติดโดยมีการใช้กระบวนการชุมชนเป็นฐาน ในการค้นหา ชักชวน และร่วมดูแลช่วยเหลือผู้เข้ายาเสพติดให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และบริบทของพื้นที่ที่เหมาะสม ประกอบกับสถานการณ์ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในทุกระบบ ทำให้การบำบัดฟื้นฟูบางกิจกรรมไม่สามารถดำเนินการได้ จำเป็นต้องปรับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูให้เหมาะสม สอดรับกับสถานการณ์ ในการขับเคลื่อนการแก้ไข ปัญหาเสพติดในชุมชน<sup>(3-4)</sup>

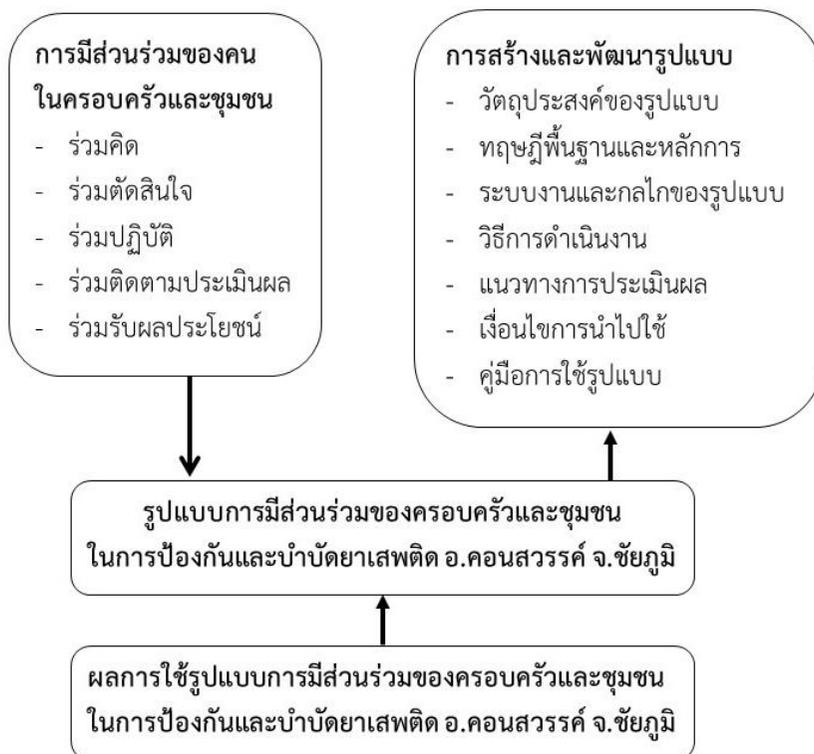
จังหวัดชัยภูมิ ประสบกับปัญหาการระบาดของยาเสพติด พื้นที่ที่มีปัญหาการค้ำและแพร่ระบาดของยาเสพติดมากที่สุด 3 ลำดับ คือ อำเภอเมืองชัยภูมิ อำเภอกอนสวรรค์ และอำเภอจัตุรัส โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอกอนสวรรค์เป็นทั้งพื้นที่พักยาและจุดนัดหมายในการส่งยา ด้วยมีสภาพพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่ยากต่อการจับกุม อันเป็นปัจจัยสำคัญที่เสริมให้เกิดการแพร่ระบาดของยาเสพติดมากขึ้น อีกทั้งสถานการณ์ผู้ติดยาเสพติดของจังหวัดชัยภูมียังมีการใช้ยาเสพติดทั้งรายใหม่ และการกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัดเพิ่มขึ้น<sup>(4)</sup> จึงทำให้ผู้วิจัยร่วมกับชุมชนมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและรักษาเสพติด อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน อันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย ที่เชื่อมโยงมิติทางด้านผู้ป่วยยาเสพติด ครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติดและคนในชุมชนให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น สามารถป้องกันและรักษาเสพติด อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษายาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษา ยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด<sup>(5)</sup> แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน<sup>(6)</sup> ที่เป็นกระบวนการสื่อสารในระบบเปิด ซึ่งเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างบุคคลกลุ่มบุคคล ชุมชน หรือองค์การ ในการดำเนินกิจกรรมในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมติดตามและประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ และแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างและพัฒนารูปแบบเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุข<sup>(7)</sup> นำมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ มีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาที่ใช้วิธีการวิจัยแบบผสม ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) มีขั้นตอน ดังนี้

**ครั้งที่ 1** ส่งแบบสอบถามปลายเปิดให้กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญทางไปรษณีย์เพื่อสอบถามความคิดเห็นเมื่อได้รับการตอบกลับมาครบแล้วรวบรวมข้อมูลเพื่อสรุปประเด็น วิเคราะห์เพื่อนำไปประกอบการจัดทำแบบสอบถามของกระบวนการเดลฟาย ครั้งที่ 2

**ครั้งที่ 2** ส่งแบบสอบถามสำหรับการเดลฟาย ครั้งที่ 2 ให้กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มเดิม พร้อมผลการวิเคราะห์และสรุปประเด็นในภาพรวมและผลสรุปเฉพาะบุคคลของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละบุคคลในครั้งที่ 1 เมื่อได้รับการตอบกลับมาครบแล้ว วิเคราะห์และสรุปข้อมูลภาพรวมของความคิดเห็น และผลสรุปเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละบุคคลของแบบสอบถาม ครั้งที่ 2 เพื่อใช้ประกอบการตอบแบบสอบถามในกระบวนการครั้งที่ 3

**ครั้งที่ 3** ส่งแบบสอบถามสำหรับการเดลฟาย ครั้งที่ 3 ให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มเดิม พร้อมผลการวิเคราะห์และสรุปประเด็นในภาพรวม และผลสรุปเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละบุคคลของแบบสอบถามครั้งที่ 2 เมื่อได้รับการตอบกลับมาของแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว ทำการวิเคราะห์และสรุปข้อมูล หากผลสรุปข้อมูลยังไม่คงที่ที่เป็นฉันทามติ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญแสดงความคิดเห็นยังไม่สอดคล้องกันถึงร้อยละ 70 และความคงที่ของคำตอบจากระดับฉันทามติที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงมากกว่าร้อยละ 15 จะทำการเก็บข้อมูลอีกครั้งหรือ จนกว่าผู้ให้ข้อมูลนั้นแสดงความคิดเห็นสอดคล้องกันถึงร้อยละ 70 และความคงที่ของคำตอบจากระดับฉันทามติที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงน้อยกว่าร้อยละ 15 แล้ว จึงนำข้อสรุปที่ได้ไปรวมประเด็นกับแนวคิดหลักการที่เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเยสพิติต์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิต่อไป

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามวิธีการวิจัย ดังนี้

การวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเยสพิติต์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ได้จากการเจาะจงเลือก (Purposive sampling) จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้นำชุมชน ที่เป็นกำนันของ 9 ตำบลในอำเภอคอนสวรรค์ จำนวน 9 คน 2) กลุ่มนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ทั้ง 10 แห่ง จำนวน 10 คน 3) กลุ่มผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษา ทั้ง 4 แห่ง จำนวน 4 คน 4) กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้ง 10 แห่ง จำนวน 10 คน และ 5) กลุ่มตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดจาก 9 ตำบลๆ ละ 3 คน รวม 27 คน รวมทั้งสิ้น 70 คน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเหล่านี้ ต้องเป็นผู้ที่

ต้องการมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างและพัฒนารูปแบบ มีข้อมูลเพียงพอที่จะแลกเปลี่ยน มีแรงจูงใจที่อยากเข้าร่วมในกระบวนการ และมีความสนใจในผลที่ได้จากการสรุปความคิดของผู้ที่เกี่ยวข้องที่ไม่สามารถหาได้จากที่อื่น โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามตามกระบวนการเดลฟาย

การวิจัยเชิงปริมาณ สำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบก่อนการนำไปใช้จริง และศึกษาผลการใช้รูปแบบ ในการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ เก็บข้อมูลด้วยการสอบถามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ที่ได้จากการเจาะจงเลือกผู้ทรงคุณวุฒิด้านรูปแบบ 2 คน ผู้นำชุมชนหรือนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5 คน ผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษา 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 5 คน และตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติด 5 คน รวมทั้งสิ้น 17 คน

การศึกษาผลการใช้รูปแบบผู้วิจัยได้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ด้วยการจับฉลากจากพื้นที่ 9 ตำบลของอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ สุ่มได้ตำบลคอนสวรรค์ เป็นพื้นที่ดำเนินการศึกษาผลการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่ได้จากการการจับฉลาก กำหนดขนาดจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G\*Power version 3.1.9.4 สำหรับการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ 0.95 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเสนอแนะของ Cohen<sup>(6)</sup> ในขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect size) ที่ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 23 คน แต่เนื่องจากวิจัยนี้เป็นประเด็นอ่อนไหว โอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะถอนตัวออกจากการวิจัยมีสูง ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน เก็บข้อมูลด้วยการสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและรักษายาเสพติด

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กระบวนการวิจัย (Inclusion criteria) มีดังนี้

- 1) เป็นตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติด ในพื้นที่อำเภอคอนสวรรค์ มีอายุไม่เกิน 60 ปี
- 2) ไม่มีความผิดปกติของการได้ยินและการมองเห็นหรือการสื่อความหมาย
- 3) ถูกเจาะจงเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากกระบวนการวิจัย (Exclusion criteria) มีดังนี้

- 1) ได้รับการเจาะจงเลือกเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัยแต่ไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ
- 2) ป่วยกะทันหันหรือมีเหตุจำเป็นฉุกเฉิน

### เครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามปลายเปิดสำหรับการสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษายาเสพติด ตามกระบวนการเดลฟาย ครั้งที่ 1 จำนวน 7 ข้อ ในประเด็น วัตถุประสงค์ของรูปแบบ หลักการของรูปแบบ ระบบงานและกลไกของรูปแบบ วิธีการดำเนินงาน แนวทางการประเมินผลเงื่อนไขการนำไปใช้ และคู่มือการใช้รูปแบบ

แบบสอบถามสำหรับการสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการป้องกันและรักษาเยสพิติ ตามกระบวนการเดลฟาย ครั้งที่ 2 และ 3 จำนวน 20 ข้อ

แบบสอบถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ จำนวน 10 ข้อ

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและรักษาเยสพิติ จำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามปลายเปิดได้ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถาม กับวัตถุประสงค์การวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นนำข้อคำถามมาปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้โดยการสัมภาษณ์คนที่มีคุณสมบัติเหมือนผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 1 คน ที่อยู่ในพื้นที่อื่น นอกพื้นที่วิจัย จากนั้นนำข้อคำถามมาปรับอีกครั้งเพื่อใช้จริงต่อไป

สำหรับแบบสอบถามสำหรับการสร้างและพัฒนารูปแบบ การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและรักษาเยสพิติ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด=5 มาก=4 ปานกลาง=3 น้อย=2 และ น้อยที่สุด=1 สร้างและกำหนดรูปแบบ ของคำถามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้าง ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of congruence) ที่ได้จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นรายข้อจำนวน 5 คน และค่าความเชื่อมั่น ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อระหว่าง 0.60-0.80 ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งฉบับ 0.72, 0.71 และ 0.73 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.70, 0.74 และ 0.72 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธี ของครอนบาค โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนชนในตำบลช่องสามหมอ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีลักษณะทางประชากรและพื้นที่ ใกล้เคียงกัน นำผลการทดลองใช้มาหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะเป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงที่สามารถนำไปใช้ได้ ได้ค่า ความเที่ยงเท่ากับ 0.70, 0.72 และ 0.71 พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพรายข้อด้วยค่าอำนาจจำแนกโดยวิธีการ หาค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม ผลการทดสอบพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีเกณฑ์ในการ แปลความหมายคะแนนเฉลี่ยสำหรับการแบ่งระดับ โดยให้ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 แปลความหมายเป็น ระดับมากที่สุด 3.51-4.50 คะแนนเป็นระดับมาก 2.51-3.50 คะแนนเป็นระดับปานกลาง 1.51-2.50 คะแนน เป็นระดับน้อย และ 1.00-1.50 คะแนนเป็นระดับน้อยที่สุด

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วย ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสถิติอ้างอิง วิเคราะห์ด้วย ค่าสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05 โดยข้อมูลการวิจัย มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Shapiro-Wilk, p-value=0.08)

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 8/2565 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและกลุ่มตัวอย่างต้องยินยอมเข้าร่วมกระบวนการวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับและไม่เปิดเผยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล

## ผลการวิจัย

1. การดำเนินงานป้องกันและรักษาเยสพติด ของอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ เป็นการดำเนินงานภายใต้การกำหนดแนวทางและสั่งการจากภาครัฐ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตำรวจ สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด) ให้ผู้นำชุมชนคัดกรองส่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดที่กำหนดไว้ ซึ่งไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน ครอบครัวและชุมชนขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ติดยาเสพติด เนื่องจากเป็นประเด็นที่อ่อนไหวทำให้ผู้ติดยาเสพติดและครอบครัวไม่ได้รับการยอมรับในชุมชนและขาดที่พึ่งในการให้คำปรึกษาเชิงลึก อีกทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องการมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับพื้นที่ นำไปสู่การสร้างและพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเยสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ที่มีองค์ประกอบดังนี้

1.1 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ เพื่อให้ชุมชนและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันและรักษาเยสพติด มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน และเกิดภาคีเครือข่ายการดำเนินงานในการป้องกันและรักษาเยสพติด

1.2 หลักการของรูปแบบ ดำเนินงานภายใต้หลักการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และเครือข่ายการดำเนินงาน

1.3 ระบบและกลไกการดำเนินงานของรูปแบบ ประกอบด้วย

1.3.1 ระบบการป้องกันการติดยาเสพติด เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันและส่งเสริมนิเวศสังคมชุมชน และครอบครัวแบบมีส่วนร่วม

1.3.2 ระบบการรักษาผู้ติดยาเสพติด เป็นระบบการรักษาโดยครอบครัวและชุมชนบำบัดแบบมีส่วนร่วม ด้วยการสมัครใจบำบัด พื้นฟู และติดตาม

1.3.3 กลไกการดำเนินงานของรูปแบบ ประกอบด้วยคณะกรรมการป้องกันและรักษาเยสพติด ชุมชนที่คัดเลือกจากทุกภาคส่วนในสัดส่วนที่เน้นครอบครัวและองค์กรชุมชนเป็นหลัก ประกอบด้วยผู้นำชุมชน ตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติด ตัวแทนผู้ที่ผ่านการบำบัดแล้ว ตัวแทนภาคท้องถิ่น ภาครัฐ และภาคเอกชน ในจำนวนที่เหมาะสมกับขนาดของชุมชน

ขั้นตอนของรูปแบบ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้กระบวนการร่วมคิด: ดำเนินการโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ที่มีกิจกรรมในการทำความเข้าใจปัญหา กำหนดวิธีการแก้ปัญหาและกิจกรรมในการป้องกันและรักษาเยสพติดแบบใหม่ที่เป็นเสริมสร้างศักยภาพและสอดคล้องกับชุมชนที่ง่ายต่อการเข้าถึง คัดเลือกคณะกรรมการระดับชุมชนเพื่อเป็นองค์กรในการบริหารจัดการ ประสานงาน กำกับ การดำเนินงานที่สอดคล้องกับวิธีการแก้ปัญหา ทั้งนี้ต้องสมัครใจและเสียสละเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนของการดำเนินงาน

**ขั้นตอนที่ 2** วางแผนการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการร่วมตัดสินใจในการกำหนดระยะเวลา ในการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมของวิธีการแก้ปัญหาในการป้องกันและรักษาเยสพติดด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการให้ได้แนวปฏิบัติในการดำเนินงาน คณะกรรมการร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขเชิงชุมชน และคัดกรองผู้ติดยาเยสพติดและครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันและรักษาเยสพติด

**ขั้นตอนที่ 3** ปฏิบัติการรักษาผู้ยาเยสพติด โดยใช้กระบวนการร่วมปฏิบัติที่เริ่มด้วยการจัดให้ความรู้ ความเข้าใจในการบำบัดรักษาและการป้องกันปัญหาเยสพติด โครงสร้างของคณะกรรมการป้องกัน และรักษาเยสพติดของชุมชนเพื่อการเข้าถึงกระบวนการรักษาและการให้คำปรึกษาที่เฉพาะเจาะจง แต่ละครอบครัวและบุคคล ปรับทัศนคติของครัวครัวและชุมชน ผ่านทางโครงการอบรมให้ความรู้ การบำบัดรักษาและการป้องกันปัญหาเยสพติดระดับครอบครัวและชุมชน จากนั้นนำเข้าสู่กระบวนการรักษา ตามแนวปฏิบัติที่ยืดหยุ่นตามสิทธิที่จะเปิดเผยตัวตนหรือไม่เปิดเผยตัวตนก็ได้ โดยแทรกแซงชีวิตประจำวัน ให้น้อยที่สุดจนสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมและหยุดใช้ยาได้ในที่สุด

**ขั้นตอนที่ 4** ร่วมติดตามและประเมินผล โดยผู้ติดยาเยสพติดและครอบครัวร่วมติดตามและประเมิน ผลการรักษาของเพื่อครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจเสริมพลัง ซึ่งกันและกันในเครือข่ายผู้เข้าร่วมรักษาและครอบครัว รวมถึงเสริมพลังการมีส่วนร่วมและร่วมประเมิน ความรู้ ความเข้าใจที่มีต่อการกิจกรรมป้องกันและรักษาเยสพติด เสนอประเด็นเพิ่มเติมแก้ไขข้อบกพร่อง และเสริมจุดแข็งของกระบวนการเพื่อการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น

**ขั้นตอนที่ 5** ดูแลระยะยาวหลังการรักษา โดยใช้กระบวนการร่วมรับผลประโยชน์ ด้วยการให้อภัย ให้โอกาส ให้ความรักและดูแล รวมถึงคณะกรรมการ ครัวครัว และชุมชนร่วมติดตาม ดูแลช่วยเหลือ ในด้านอาชีพ การศึกษา และให้โอกาสทางสังคมแก่ผู้ผ่านการรักษาอย่างต่อเนื่องตามที่ได้ผ่านการรักษา ต้องการ รวมถึงประคับประคองให้ปลอดภัยจากปัญหาเยสพติดในอนาคตทั้งของผู้รักษาและบุคคล ในครอบครัวที่อยู่ใน ช่วงวัยที่อ่อนไหวต่อการติดยาเยสพติด

#### 1.4 การประเมินผลการดำเนินงาน

ประเมินผลจากจำนวนครอบครัวและผู้เสพยาเสพติดที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันและรักษา ยาเสพติดของรูปแบบและผู้ติดยาที่ผ่านการบำบัด จำนวนครอบครัวที่หยุดเข้าร่วมกิจกรรมกลางคืน จำนวน ผู้เสพยาใหม่ ความคิดเห็นของครอบครัวและผู้เสพยาเสพติดที่มีต่อกิจกรรมดำเนินการ ความพึงพอใจ ที่มีต่อกิจกรรมตามรูปแบบ ประเมินระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้เสพยาเสพติด และองค์กรชุมชน

1.5 เงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จ คณะกรรมการที่มีความสมัครใจและเสียสละเวลา ในการดำเนินงานมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการดำเนินงานที่นำมาซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัวและผู้ติดยาเสพติด นำไปสู่การเห็นความสำคัญของการป้องกันและรักษา ยาเสพติดเพื่อคุณภาพชีวิต ที่ดีของประชาชน

1.6 คู่มือการใช้รูปแบบ ประกอบด้วยรายละเอียดของวัตถุประสงค์ หลักการ ระบบกลไก การดำเนินงานที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่อธิบายให้เข้าใจได้ง่ายทั้ง 5 ขั้นตอน และการประเมินผล การดำเนินงานของรูปแบบ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างสัมฤทธิ์ผล

รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษา ยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} \pm S.D. = 4.51 \pm 0.27$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การประเมินความเหมาะสมของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการ ป้องกันและรักษา ยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (n=17)

ประเด็นการประเมิน	$\bar{X} \pm SD$	ระดับความเหมาะสม
1. ความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่	4.51±0.33	มากที่สุด
2. ความเหมาะสมกับการดำเนินงาน	4.52±0.25	มากที่สุด
3. โครงสร้างรูปแบบ	4.53±0.22	มากที่สุด
4. เป้าหมายรูปแบบ	4.52±0.23	มากที่สุด
5. ขั้นตอนของรูปแบบ	4.50±0.20	มาก
6. กิจกรรมของรูปแบบ	4.52±0.21	มากที่สุด
7. การประเมินผลของรูปแบบ	4.51±0.29	มากที่สุด
8. เงื่อนไขการนำไปใช้	4.52±0.24	มากที่สุด
9. คู่มือการใช้รูปแบบ	4.50±0.31	มาก
10. ภาพรวมของรูปแบบ	4.51±0.43	มากที่สุด
<b>ภาพรวม</b>	<b>4.51±0.27</b>	<b>มากที่สุด</b>

2. ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและรักษา ยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและรักษา ยาเสพติดในระดับน้อย ( $\bar{X} \pm SD = 3.38 \pm 0.49$ ) หลังการใช้รูปแบบตัวแทนของครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับมาก ( $\bar{X} \pm SD = 4.23 \pm 0.33$ ) (ตารางที่ 2) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.01) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและรักษา ยาเสพติด ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบ (n=30)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ป้องกันและบำบัดยาเสพติด	ก่อนทดลองใช้รูปแบบ		หลังทดลองใช้รูปแบบ	
	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ
1. ด้านการร่วมคิด	2.42±0.65	น้อย	4.07±0.24	มาก
2. ด้านการร่วมตัดสินใจ	2.48±0.72	น้อย	4.11±0.35	มาก
3. ด้านการร่วมปฏิบัติ	2.45±0.31	น้อย	4.62±0.34	มากที่สุด
4. ด้านการร่วมติดตามและประเมินผล	2.01±0.33	น้อย	4.15±0.38	มาก
5. ด้านการร่วมรับผลประโยชน์	2.54±0.42	ปานกลาง	4.21±0.35	มาก
<b>เฉลี่ยรวม</b>	<b>2.38±0.49</b>	<b>น้อย</b>	<b>4.23±0.33</b>	<b>มาก</b>

**ตารางที่ 3** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและรักษา ยาเสพติด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=30)

ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ป้องกันและรักษา ยาเสพติด	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	$s\bar{d}$	df	t	p-value (1-tailed)
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	2.38	0.49	2.15	0.16	29	13.44	0.01*
หลังทดลองใช้รูปแบบ	4.23	0.33					

\*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ( $t_{(29,0.05)} = 1.69$ )

## สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเยสเพติด อ้าเภอคอนสวรรคร์ จ้งหวัดชัยภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชุมชนและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี ต่อการป้องกันและรักษาเยสเพติด มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน และเกิดภาคีเครือข่ายการ ดำเนินงาน ภายใต้หลักการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและเครือข่าย ด้วยระบบกลไกการสร้างภูมิคุ้มกัน และส่งเสริมเนเวศสังคัมชุมชนและครอบครัวแบบมีส่วนร่วมในรักษาโดยใช้ครอบครัวและชุมชนในการบำบัด แบบมีส่วนร่วมด้วยความสมัครใจบำบัด ฟันฟู และติดตาม ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการป้องกัน และรักษาเยสเพติดชุมชนที่คัดเลือกจากทุกภาคส่วน มีขั้นตอนของรูปแบบ 5 ขั้นตอน คือ 1) สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการร่วมคิด 2) วางแผนการดำเนินงานด้วยการร่วมตัดสินใจของครอบครัว และชุมชนที่เป็นการเสริมสร้างศักยภาพและสอดคล้องกับชุมชนที่ง่ายต่อการเข้าถึง 3) ปฏิบัติการรักษา ผู้ติดยาเยสเพติดตามแนวปฏิบัติที่ยืดหยุ่นตามสิทธิที่จะเปิดเผยตัวตนหรือไม่เปิดเผยตัวตนก็ได้ 4) ร่วมติดตาม และประเมินผล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจเสริมพลังซึ่งกันและกันในเครือข่ายผู้เข้าร่วมรักษาและ ครอบครัว แก่ไขข้อบกพร่องและเสริมจุดแข็งของกระบวนการเพื่อการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน ให้ดียิ่งขึ้น 5) ดูแลระยะยาวหลังการรักษา โดยใช้กระบวนการร่วมรับผลประโยชน์ ด้วยการให้อภัย ให้โอกาส ให้ความรักและดูแล ในการการประเมินผลการดำเนินงาน ประเมินจากจำนวนครอบครัวและผู้เยสเพติด ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ผ่านการบำบัด จำนวนครอบครัวที่หยุดเข้าร่วมกิจกรรมกลางครัน จำนวนผู้เยส พหน้าใหม่ ความคิดเห็นต่อกิจกรรมดำเนินการ ความพึงพอใจกิจกรรมตามรูปแบบ ระดับการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและผู้เยสเพติด และองค์กรชุมชน ภายใต้เงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จจากคณะกรรมการ ที่สมัครใจและเสียสละเวลาในการดำเนินงาน โดยมีคู่มือการใช้รูปแบบที่มีรายละเอียดของรูปแบบที่ชัดเจน ที่เข้าใจได้ง่าย รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเยสเพติด อ้าเภอคอนสวรรคร์ จ้งหวัดชัยภูมิ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษา รูปแบบ การบำบัดรักษาฟันฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เยสเพติด ระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี<sup>(9)</sup> ที่มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) แนวคิดรูปแบบ 2) หลักการรูปแบบ 3) เป้าหมาย รูปแบบ 4) กระบวนการรูปแบบ และ 5) การประเมินผลรูปแบบนี้มีความเหมาะสมในระดับมาก โดยรูปแบบนี้ ใช้หลักการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเช่นเดียวกันหากแต่อยู่ในรูปของพลังภาคีเครือข่าย ซึ่งรายละเอียด ขององค์ประกอบมีความแตกต่างกันบ้างตามบริบทของพื้นที่ที่ใช้ในการสร้างและพัฒนา รูปแบบ อีกทั้งแตกต่างจาก รูปแบบการป้องกันการใช้สารเยสเพติดของวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในเขตสุขภาพที่ 8<sup>(10)</sup> ที่มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) วางแผนกิจกรรม ตามแนวคิดของ McKinsey's 2) ชุดกิจกรรม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม และ 3) ภาคีเครือข่าย รูปแบบนี้มีความเหมาะสมในระดับสูง

เน้นการดำเนินการในการป้องกันการใช้อาสาเสพติดแบบกลุ่ม อีกทั้งแตกต่างจากข้อค้นพบจากการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดของผู้บริหารสถานศึกษาในโรงเรียนมัธยมจังหวัดชัยภูมิ<sup>11</sup> ที่พบว่า องค์ประกอบรูปแบบการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดของผู้บริหารสถานศึกษาในโรงเรียนมัธยมจังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) กิจกรรม 2) การวางแผน 3) การสร้างเครือข่าย 4) การเสริมสร้างแหล่ง เป็นรูปแบบที่มีความถูกต้องครอบคลุม เหมาะสม เป็นไปได้ และเป็นประโยชน์ ซึ่งรูปแบบนี้เป็นศึกษาร่วมกันของผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้สอนและคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเท่านั้น

2. ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและรักษา ยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและรักษา ยาเสพติดในระดับน้อย ( $\bar{X} \pm SD = 3.38 \pm 0.49$ ) หลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ( $\bar{X} \pm SD = 4.23 \pm 0.33$ ) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากรูปแบบนี้ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดำเนินงานจึงทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการและสามารถแสดงออกในการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษา ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการเสพยาเสพติดของเยาวชนในชุมชนพื้นที่ที่สามจังหวัดชายแดนใต้<sup>(12)</sup> หลังการปฏิบัติการสูงกว่าก่อนการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันกับการศึกษา ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในเด็กและเยาวชนที่ได้รับการติดตามโดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน<sup>13</sup> ที่ศึกษาในด้านการมีส่วนร่วมที่ส่งผลให้ภายหลังการได้รับโปรแกรม เยาวชนมีการพัฒนาทักษะชีวิต และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อันเป็นการศึกษาผลกระทบอีกด้านหนึ่งของการมีส่วนร่วม

### ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติงาน

1. การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเป็นประเด็นที่อ่อนไหวที่สุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความไม่มั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน ทั้งส่วนบุคคลและส่วนรวม คณะทำงานจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนในการคุ้มครองป้องกันผู้ปฏิบัติงานและคณะทำงานไว้ล่วงหน้าให้มีความพร้อมเพื่อความมั่นใจในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงาน

2. ควรส่งเสริมทักษะการทำงานเป็นทีมให้กับผู้ปฏิบัติงานและคณะทำงานเพื่อการดำเนินงานที่สอดคล้องกับกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของรูปแบบ

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกันและรักษาเย็บแผลของชุมชนและครอบครัวที่นำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบในพื้นที่ที่มีความสอดคล้องกันทั้งจังหวัด
2. ควรศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันและรักษาเย็บแผลของชุมชนและครอบครัวที่สามารถพยากรณ์ถึงความยั่งยืนของการดำเนินงาน อันจะนำไปสู่การควบคุมหรือส่งเสริมปัจจัยที่ค้นพบให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

### เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันพัฒนาบุคลากรด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. สถิติจำนวนและร้อยละของคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ม.ค. 10] เข้าถึงได้จาก: [http://www.2djob.moj.go.th/media/k2/attachments/back\\_officnd](http://www.2djob.moj.go.th/media/k2/attachments/back_officnd).
2. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดชัยภูมิ. Best Practice ประจำปี 2564 การจัดทำแผนที่สถานการณ์ยาเสพติดจังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิ: ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดชัยภูมิ; 2564.
3. คำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 3/2561 เรื่อง แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเร่งด่วน ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ม.ค. 10] เข้าถึงได้จาก: [www.nccd.go.th/upload/news/2\(29\)](http://www.nccd.go.th/upload/news/2(29)).
4. มานพ คณະโต. โครงการศึกษาสถานการณ์และการแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
5. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: ส่วนวิจัยและพัฒนาวิชาการ มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2552.
6. สมบัติ นามบุรี. ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในงานรัฐประศาสนศาสตร์. วารสารวิจัยวิชาการ 2562;2(1):183-197.
7. พัฒนา พรหมณี, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด, ปณิธาน กระสังข์. แนวคิดการสร้างและพัฒนารูปแบบเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขสำหรับนักสาธารณสุข. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ 2560;6(2):128-35.
8. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences, 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

9. ชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์, ยอดชาย สุวรรณวงษ์. รูปแบบการบำบัดรักษาฟันผุด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2565;2(1):49-68.
10. อดิญา ขุนศรี, พรสุข หุ่นนิรันดร์. รูปแบบการป้องกันการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 8. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2564;6(11):82-98.
11. สาธินี เปรมปรีดี, อารีวรรณ เอี่ยมสะอาด, กฤษดา ผ่องพิทยา. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดของผู้บริหารสถานศึกษาในโรงเรียนมัธยมจังหวัดชัยภูมิ. วารสารบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561;14(1):53-64.
12. พาตีเมาะ นิมา, ลุฎพี หะยีหมัด, รอซีดี เลิศอริยะพงษ์กุล. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการเสพยาเสพติดของเยาวชนในชุมชนพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2565;28(1):127-42.
13. นฤมล มีนา, วีระพร ศุภธากรณ์. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในเด็กและเยาวชนที่ได้รับการติดตามโดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. พยาบาลสาร. 2561;45(2):88-98.