ORIGINAL ARTICLE

The Development of a Drug User Care Community–Based Treatment and Extended Care Model: CBTx Model in Chanthaburi Province.

Vara Selawattanakul, M.D., M.P.A.[1], Puttiporn Pongnanthakunkij, M.N.S.[1], Tipwimol Tungchutaweesub, M.Sc.[1], Tassamon Namwong, Ph.D.[2], Chanisa Siripanich, M.P.H.[1], Supap Kwanpoon[1]

[1] Chanthaburi Provincial Public Health Office.

[2] Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi Province.

Received: *May 19, 2026* **Revised:** *June 5, 2026* **Accepted:** *June 18, 2026*

ABSTRACT

BACKGROUND: The drug problem is a serious issue in every country around the world. Drug use among people 15-64 years has increased by 26%. Therefore, community-based rehabilitation for drug users is crucial.

OBJECTIVES: To study the issues, develop a model, and evaluate the effectiveness of a community-based drug user care model in Chanthaburi Province.

METHODS: Research and development, analyzing the appropriateness and feasibility of the model, mean, and standard deviation, analyzing issues in drug user care in the community, using the model before and after receiving the Chanthaburi CBTx Model with the Wilcoxon Signed Ranks Test, setting the statistical significance level at 0.001.

RESULTS: The Chanthaburi CBTx model. Experimental results over a 4-week period showed significant improvements in risk behaviors related to substance use, family involvement, and continuity of care after using the model compared with the baseline (p<.001). The Chanthaburi CBTx Model is highly suitable and feasible for implementation (Mean=4.6, SD=0.4)

CONCLUSIONS: The Chanthaburi CBTx Model can be applied in Chanthaburi Province and has led to changes at the individual, family, and community levels, particularly by reducing risky behaviors, preventing relapse into substance use, and improving the sustainability of continuity of care.

KEYWORDS: CBTx, care, drug user, community.

Thaiclinicaltrials.org number, TCTR20250523001

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสังคมที่รุนแรงที่สุดในแต่ละประเทศทั่วโลก ข้อมูลการรายงานสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC ในปี 2563 จำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนทั่วโลก ช่วงอายุ 15-64 ปี ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ 26 นอกจากนี้เด็กและเยาวชนมีการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่[1] ประเทศไทยปัญหาการใช้สารเสพติดกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุข ส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ทำให้อารมณ์แปรปรวน ก้าวร้าว ขาดการใช้เหตุผล ฤทธิ์ยาส่งผลทำให้เกิดอาการทางจิตและประสาทกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ปัจจุบันผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังจากการขาดยา ร่วมกับสภาพสังคมมีการใช้สารเสพติดอย่างเสรี เช่น กัญชา และพบมีการใช้สารเสพติดร่วมมากกว่า 2 ชนิด ขึ้นไป เกิดความไม่ปลอดภัยทั้งทางร่างกายและชีวิตของคนในชุมชน จากสถิติปี 2567 พบผู้เข้ารับการบำบัดรักษารวมทุกเขตสุขภาพทั่วประเทศ 189,427 ราย เป็นผู้ใช้สารเสพติดบำบัดรักษารายใหม่ จำนวน 31,247 ราย ในจำนวน 47,123 ราย ผู้ใช้สารเสพติดกลับมาเสพซ้ำ นอกจากนี้พบผู้ติดยาเสพติดมีอาการทางจิตและพฤติกรรมก่อความรุนแรง (SMI-V) ทั่วประเทศ จำนวน 90 ราย[2] ปัญหาการใช้สารเสพติดส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ ประชาชนในชุมชน และความมั่นคงของประเทศชาติ[3] การดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดยังพบข้อจำกัด เช่น การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การขาดความต่อเนื่องในการดูแลหลังการบำบัดรักษา การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่ยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ

นโยบายของรัฐบาลเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพ โดยเน้นย้ำว่า "ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย" ต้องได้รับการบำบัดรักษา รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบดั้งเดิมที่ใช้ในสถานพยาบาล เน้นการถอนพิษยา ดูแลรักษาอาการขาดยาภายใต้การดูแลของแพทย์ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการติดตามผลหลังการรักษาเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำให้สามารถเลิกเสพและกลับคืนสู่สังคมที่เรียกว่า Classical Model มีโครงสร้างหลักดำเนินการในโรงพยาบาลหรือสถานฟื้นฟูโดยเฉพาะแต่ด้วยสถานการณ์ในปัจจุบัน ผู้ใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่ จำนวนมากถึง 31,247 ราย/ปี โดยผู้ใช้สารเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาภาครัฐในโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ ได้เพียง 200,000 ราย/ปี เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหา จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีแนวคิดผู้ใช้สารเสพติดไม่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาล บุคลากรที่อยู่ในชุมชน คือ ครอบครัว คนในชุมชนสามารถดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ จึงเกิดแนวคิด Community Based Treatment: CBTx[3]

จังหวัดจันทบุรีมีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยมีศูนย์คัดกรองยาเสพติดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกตำบล มีการจัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง การจัดตั้งมินิธัญญารักษ์เพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติดในกลุ่มสีเหลืองและสีเขียวในโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน มีการจัดตั้งศูนย์จันทารักษ์ ณ กองร้อยตำรวจตระเวนชายแดนที่ 115 ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ครั้งแรกของประเทศไทยในปี 2566 90 วัน และขยายเป็น 120 วัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ใช้สารเสพติดได้รับการบำบัดลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Ham Reduction) รวมมีผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 139 ราย บำบัดครบ ร้อยละ 96.4 บำบัดไม่ครบ ร้อยละ 3.6 หยุดเสพ ร้อยละ 67.53 กลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ 32.47 ซึ่งการกลับไปเสพซ้ำยังคงเป็นปัญหาเรื้อรังในชุมชน นอกจากนี้การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดต้องดำเนินการในระยะยาว เนื่องจากสภาพพื้นที่ในปัจจุบันพบปัญหาการแพร่ระบาด การเข้าถึงของยาเสพติดที่หาซื้อง่ายผ่านโลกออนไลน์ หลังการบำบัดรักษาเมื่อกลับเข้าสู่ชุมชน ไม่มีมาตรการด้านการสอดส่องดูแลรองรับทำให้กลับมาเสพซ้ำ การดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดในพื้นที่จึงจำเป็นต้องอาศัยกลไกในระดับชุมชนเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยแนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care) เป็นแนวทางที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูและกลับมาใช้ชีวิตใน

สังคมได้อย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดในกลุ่มสีเขียวที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลมินิธัญญารักษ์ และศูนย์จันทารักษ์ เมื่อกลับเข้าสู่พื้นที่ในชุมชนยังขาดระบบการดูแลต่อเนื่อง ปัญหาส่วนใหญ่คือการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลแต่ขาดความรู้และทักษะที่เหมาะสม ชุมชนบางพื้นที่ยังมีการตีตราผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการกลับคืนสู่สังคม การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี เพื่อให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ใช้สารเสพติดอย่างเป็นรูปธรรม ลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องผ่านเครือข่าย 5 เสาหลัก ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปกครอง ผู้นำชุมชน ตำรวจ บุคลากรด้านสาธารณสุข และครอบครัว ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน 2) เพื่อพัฒนารูปแบบฯ 3) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบฯ สมมุติฐานการวิจัย สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนจังหวัดจันทบุรีเป็นอย่างไร รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่เหมาะสมกับจังหวัดจันทบุรีควรมีองค์ประกอบใดบ้าง และผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานมีประสิทธิผลเพียงใด

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี (Chanthaburi CBTx. Model) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[4] และแนวคิดคู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน[5] และการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นแนวทางในการวิจัย โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี เขตสุขภาพที่ 6 (เลขที่ 027/69)

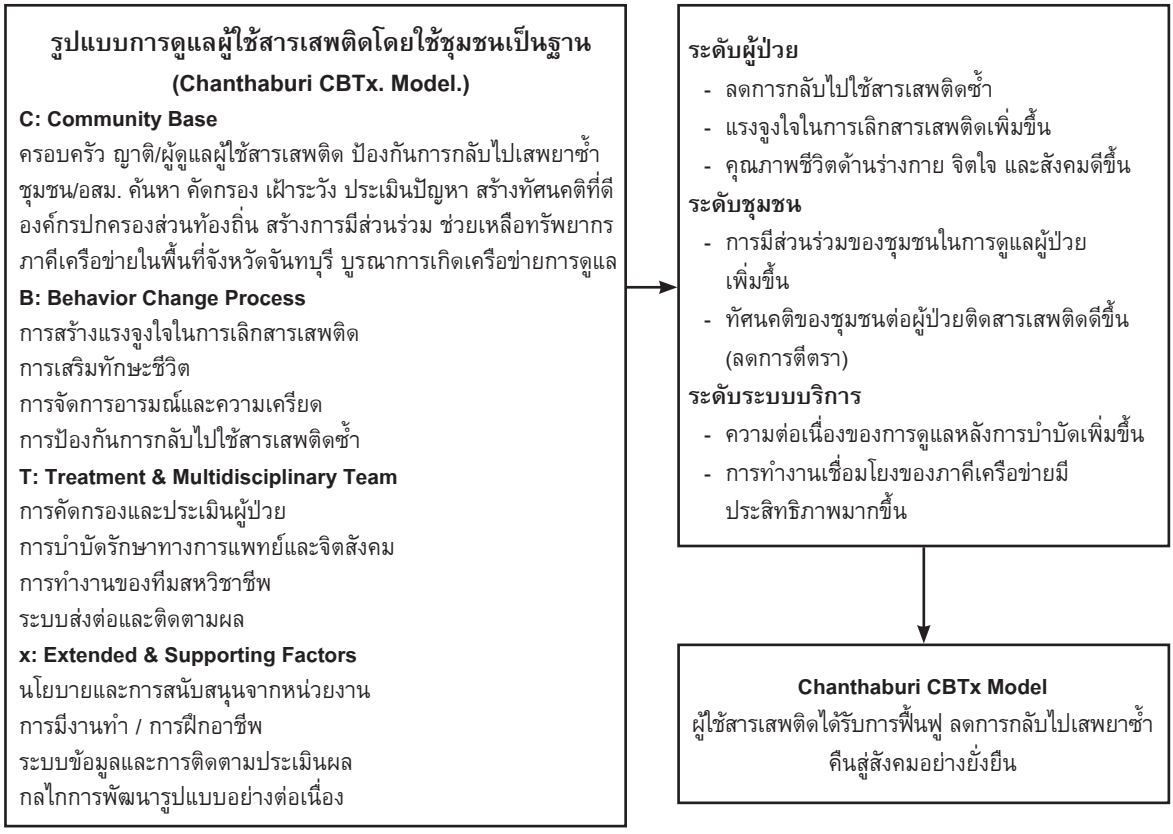


Figure 1 Conceptual Framework of The Study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากร คือ บุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในเขตพื้นที่ อำเภอเมืองจันทบุรี อำเภอแหลมสิงห์ และอำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี จำนวน 81,858 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) บุคลากรที่เกี่ยวข้องจากพื้นที่ที่มีการดำเนินงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยใช้สารเสพติด จำนวน 20 ราย ประกอบด้วย เครือข่าย 5 เสาหลัก ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปกครอง จำนวน 1 ราย ผู้นำชุมชน จำนวน 3 ราย ตำรวจ จำนวน 1 ราย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 ราย 2) บุคลากรสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข) จำนวน 10 ราย และ 3) ผู้ดูแลผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มสีเขียวหลังได้รับการบำบัดหรือฟื้นฟู จำนวน 10 ราย รวมทั้งสิ้น จำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีประสบการณ์ดูแลผู้ใช้สารเสพติด 1 ปี ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: แบบสัมภาษณ์ (In depth Interview) สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดการวิจัย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเครือข่าย 5 เสาหลักและผู้ดูแล เพศ อายุ บทบาทในชุมชน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติด (ปี) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดในชุมชน ดังนี้ 1) สภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดในชุมชน 2) ความต้องการในการพัฒนารูปแบบฯ ส่วนที่ 3 แบบ สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อพัฒนารูปแบบฯ เครือข่าย 5 เสาหลักและผู้ดูแล จำนวน 30 ราย ใช้เวลา 30 นาที การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยการให้รหัสข้อมูล และการวิเคราะห์ความหมายของข้อมูล

วัตถุประสงค์ที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี ระยะนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ทีมพัฒนารูปแบบฯ มีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากร คือ บุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในเขตพื้นที่ อำเภอเมืองจันทบุรี อำเภอแหลมสิงห์ และอำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี จำนวน 10,112 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด จากหน่วยงานระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด จำนวน 1 ราย ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด จำนวน 1 ราย ผู้รับผิดชอบงานจิตเวช จำนวน 1 ราย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 1 ราย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 ราย สาธารณสุขอำเภอเมืองจันทบุรี จำนวน 1 ราย นักวิชาการสาธารณสุขรับผิดชอบงานยาเสพติด จำนวน 2 ราย เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน จำนวน 1 ราย ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 ราย ฝ่ายปกครองจำนวน 1 ราย ตำรวจ จำนวน 1 ราย ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 3 ราย รวมทั้งสิ้น จำนวน 15 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบฯ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ ทฤษฎี กรอบแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทีมพัฒนารูปแบบฯ เพศ อายุ บทบาทในชุมชน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติด (ปี) ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย ประเด็นคำถามหลักในแต่ละด้าน ดังต่อไปนี้ ด้าน Community (C) 1) ชุมชนมีบทบาทอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติด 2) ปัจจัยใดในชุมชนที่เอื้อต่อการฟื้นฟูผู้ป่วย 3) ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของชุมชนคืออะไร ด้าน Behavior Change (B) 4) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหรือปัจจัยใดที่ทำให้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ 5) วิธีการใดช่วยเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเลิกสารเสพติดได้ดีที่สุด ด้าน Treatment & Team (T) 6) ระบบการบำบัดรักษาปัจจุบันมีจุดแข็งและจุดอ่อนอย่างไร 7) การทำงานของทีมสหวิชาชีพควรปรับปรุงในด้านใด ด้าน Supporting Factors (x) 8) ปัจจัยสนับสนุนใดจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว 9)

แนวทางใดช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง และคำถามปลายเปิด ข้อเสนอแนะ 10) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เหมาะสมกับจังหวัดจันทบุรีควรเป็นอย่างไร ใช้เวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์ที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี Chanthaburi CBTx. Model มีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากร คือ การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องจากพื้นที่ที่มีการดำเนินงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง จำนวน 30 ราย ประกอบด้วย เครือข่าย 5 เสาหลัก ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปกครอง จำนวน 1 ราย ผู้นำชุมชน จำนวน 3 ราย ตำรวจ จำนวน 1 ราย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 ราย 2) บุคลากรสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข) จำนวน 10 ราย และ 3) ผู้ดูแลผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มสีเขียวหลังได้รับการบำบัดหรือฟื้นฟู จำนวน 10 ราย รวมทั้งสิ้น จำนวน 30 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุข และการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ใช้สารเสพติด ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 1.1) แบบประเมินผลหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี Chanthaburi CBTx Model ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ บทบาทในชุมชน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติด (ปี) ตอนที่ 2 ระดับผู้ดูแลผู้ใช้สารเสพติด แบ่งออกเป็น 3 มิติ ดังนี้ มิติแรงจูงใจ ข้อที่ 1 ผู้ใช้สารเสพติดมีความตั้งใจเลิกสารเสพติดอย่างจริงจัง ข้อที่ 2 ผู้ใช้สารเสพติดให้ความมั่นใจต่อผู้ดูแลว่าสามารถควบคุมตนเองได้ มิติการจัดการพฤติกรรม ข้อที่ 3 ผู้ใช้สารเสพติดสามารถจัดการความเครียดโดยไม่พึ่งสารเสพติด ข้อที่ 4 ผู้ใช้สารเสพติดหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงได้ มิติคุณภาพชีวิต ข้อที่ 5 สุขภาพกายของผู้ใช้สารเสพติดดีขึ้น ข้อที่ 6 ความสัมพันธ์กับครอบครัวของผู้ใช้สารเสพติดดีขึ้น ตอนที่ 3 ระดับชุมชน ข้อที่ 7 ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดมากขึ้น ข้อที่ 8 ทัศนคติของชุมชนในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดดีขึ้น ข้อที่ 9 ชุมชนสนับสนุนการคืนสู่สังคมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติด ตอนที่ 4 ระดับระบบบริการ ข้อที่ 10 การดูแลผู้ใช้สารเสพติดมีความต่อเนื่อง ข้อที่ 11 การประสานงานของหน่วยงานมีประสิทธิภาพ ข้อที่ 12 รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยลดภาระของหน่วยบริการ จำนวน 12 ข้อ 1.2) แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ Chanthaburi CBTx Model แบ่งออกเป็น 3 มิติ ดังนี้ มิติที่ 1 ความเหมาะสมขององค์ประกอบ ข้อที่ 1 องค์ประกอบ C มีความเหมาะสมกับบริบทชุมชน ข้อที่ 2 องค์ประกอบ B สอดคล้องกับปัญหาพฤติกรรมเสพติด ข้อที่ 3 องค์ประกอบ T มีความครอบคลุมด้านการบำบัด ข้อที่ 4 องค์ประกอบ x สนับสนุนความยั่งยืนของรูปแบบ มิติที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ข้อที่ 5 รูปแบบสามารถนำไปใช้ในพื้นที่จริงได้ ข้อที่ 6 ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมได้ตามบทบาทที่กำหนด ข้อที่ 7 หน่วยบริการสามารถดำเนินงานตามรูปแบบได้ มิติที่ 3 ความชัดเจนและความครบถ้วน ข้อที่ 8 ขั้นตอนการดำเนินงานมีความชัดเจนข้อที่ 9 บทบาทของภาคีเครือข่ายชัดเจน และข้อที่ 10 รูปแบบฯ มีความครบถ้วนและเป็นระบบ แบบประเมินจากประสบการณ์กลุ่มตัวอย่างใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์แบ่งคะแนน 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1–5 พิจารณาอิงเกณฑ์เบสท์[6]

ชุดที่ 2 แผนการสอนรูปแบบฯ ได้จากการศึกษาตำรา เอกสารวิชาการ ทฤษฎี และแนวคิดจากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[4] คู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)[5] 3 กิจกรรม 1) การสร้างชุมชน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว C: Community Base 2) ความรู้พื้นฐาน การเสพติด การบำบัดรักษา และการลดอันตรายจากยาเสพติด B: Behavior Change Process and T: Treatment & Multidisciplinary Team 3) สถานการณ์ และแนวทาง

การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน x: Extended & Supporting Factors

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 1 ท่าน สาธารณสุขอำเภอเมืองจันทบุรีเป็นคณะกรรมการ พชอ. จำนวน 1 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลกลุ่มงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา ปรับปรุงตามคำแนะนำ ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน เท่ากับ 0.89 แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ของรูปแบบฯ เท่ากับ 0.91 และแบบประเมินผลหลังการใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 0.95 โดยมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของคะแนนรวมสภาพปัญหาในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน และการใช้รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรีก่อนและหลังการได้รับรูปแบบ Chanthaburi CBTx Model ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากมีการกระจายตัวของข้อมูลไม่ปกติ (Non-normal distribution) กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.001

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ผลศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน พบสภาพปัญหาการดูแลดังนี้ 1) การดูแลส่วนใหญ่มุ่งเน้นการบำบัดในสถานพยาบาล ขาดระบบติดตามต่อเนื่องในชุมชน “ไม่มีระบบที่เป็นรูปธรรมในชุมชน ชาย 42 ปี” 2) ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลแต่ขาดความรู้และทักษะที่เหมาะสม “อยากมีความรู้ไม่อยากให้เสพยา หญิง 50 ปี” 3) ชุมชนบางพื้นที่ยังมีการตีตราผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการกลับคืนสู่สังคม “ไม่อยากให้ใครรู้ว่าติดยา ละแวกบ้านไม่ชอบ หญิง 47 ปี”และ 4) การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน “ไม่รู้จะเริ่มยังไงระบบที่ต้องดูแลในชุมชน ชาย 49 ปี” ขาดแนวทางการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยง ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ภาคีเครือข่าย ให้ทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ ลดการใช้สารเสพติดและการกลับไปใช้ซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวชุมชน เกิดระบบการดูแลที่ยั่งยืนในระดับพื้นที่

ระยะที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดสารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี Chanthaburi CBTx Model ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกการวิเคราะห์ชุมชน เตรียมชุมชน ศึกษาสถานการณ์นำมาถอดรหัสคำนำเสนอการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง เพื่อขึ้นรูปแบบฯ และนำผลรูปแบบฯ ไปใช้ในพื้นที่อำเภอเมืองจันทบุรี อำเภอแหลมสิงห์ และอำเภอโป่งน้ำร้อน ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ Chanthaburi CBTx Model พบว่าคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M=4.6, SD=0.4) (Figure 2)

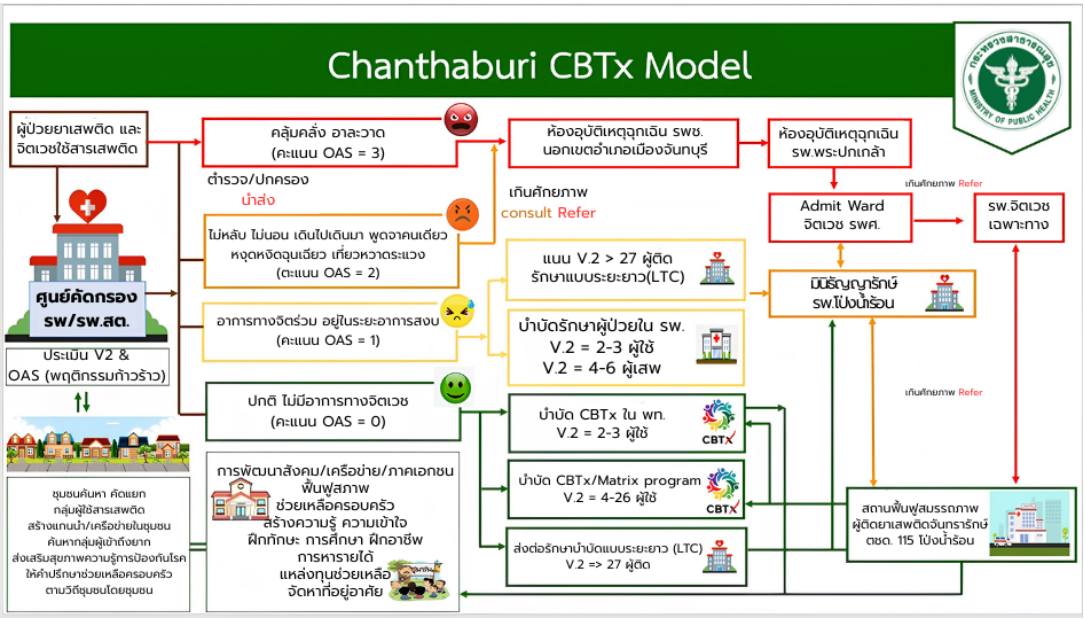


Figure 2 Community-Based Substance Use Care Model, Chanthaburi Province. Chanthaburi CBTx. Model

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี Chanthaburi CBTx. Model (Table 1)

Table 1 Comparison of Problem Scores in the Care of Drug Users in the Community and the Use of a Community-Based Care Model for Drug Users in Chanthaburi Province before and after Receiving the Program. (n=30)

The care of drug users in the community before and after	Min	Max	Mdn	IQR	Z	*p*-value (1-tailed)
Before	27	50	39	13	-4.784	<.001
After	13	27	18	4.25		

สภาพปัญหาในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนก่อนได้รับรูปแบบ Chanthaburi CBTx Model มีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 39.0 ภายหลังได้รับรูปแบบฯ ค่ามัธยฐานลดลงเป็น 18.0 และเมื่อทดสอบเพื่อเปรียบเทียบสภาพปัญหาในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดระหว่างก่อนและหลังได้รับรูปแบบฯ โดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า สภาพปัญหาในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดหลังได้รับรูปแบบน้อยกว่าเมื่อเทียบกับก่อนได้รับรูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$ (Table 1)

Table 2 Comparison the Use of a Community-Based Care Model for Drug Users in Chanthaburi Province before and after Receiving the Program. (n=30)

The use of a community-based care model for drug users before and after	Min	Max	Mdn	IQR	Z	*p*-value (1-tailed)
Before	15	24	17.0	2	-4.787	<.001
After	50	59	54.5	4.25		

ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี ก่อนได้รับรูปแบบ Chanthaburi CBTx Model มีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 17.0 ภายหลังได้รับรูปแบบฯ ค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นเป็น 54.5

และเมื่อทดสอบเพื่อเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี ระหว่างก่อนและหลังได้รับรูปแบบฯ โดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า ผลการใช้รูปแบบมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$ (Table 2)

Table 3 The Appropriateness and Feasibility of the Chanthaburi CBTx Model. (n=30)

The appropriateness and feasibility of the community-based drug user care model in Chanthaburi Province: Chanthaburi CBTx Model	Mean	SD	Interpret
Dimension 1: Appropriateness of the Elements	4.5	0.4	Most
Dimension 2: Feasibility of Implementation	4.6	0.5	Most
Dimension 3: Clarity and Completeness	4.7	0.4	Most
Total	4.6	0.4	Most

Score 1.00-1.50 Least, 1.51-2.50 Low, 2.51-3.50 Moderate, 3.51-4.50 More, 4.51-5.00 Most

(Table 3) ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ Chanthaburi CBTx Model พบว่าคะแนนประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M=4.6, SD=0.4) เมื่อพิจารณารายมิติอยู่ในระดับมากที่สุดทุกมิติ โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ มิติที่ 3 ความชัดเจนและความครบถ้วน (M=4.7, SD=0.4) รองลงมาคือ มิติที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (M=4.6, SD=0.5) และ มิติที่ 1 ความเหมาะสมขององค์ประกอบ (M=4.5, SD=0.4)

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน Chanthaburi CBTx Model จังหวัดจันทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบฯ และประเมินผลการใช้รูปแบบฯ ผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดในจังหวัดจันทบุรี พบปัญหาสำคัญ ได้แก่ การขาดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลหลังการบำบัดรักษา การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดความเชื่อมโยง และการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ป่วยหลังสิ้นสุดกระบวนการบำบัดรักษา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับผลการศึกษาที่ดำเนินการในจังหวัดอื่น พบว่าปัญหาดังกล่าวมีลักษณะสอดคล้องกันในหลายพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะประเด็นการขาดระบบติดตามต่อเนื่องในชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ[7]ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า บริบทของแต่ละจังหวัดมีความแตกต่าง แต่ปัญหาหลักการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดมีลักษณะร่วมกัน คือ ความจำเป็นในการสร้างระบบดูแลต่อเนื่องในชุมชน การเสริมพลังครอบครัว และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ดังนั้น Chanthaburi CBTx Model ซึ่งประกอบด้วย Community Engagement, Behavioral Empowerment, Therapeutic Continuity และ Cross-sector Collaboration สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในพื้นที่อื่น โดยสามารถปรับการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละจังหวัด

การพัฒนารูปแบบ Chanthaburi CBTx Model ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบฯ ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมพลังพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสะท้อนถึงแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการในระดับชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของ Urie Bronfenbrenner อธิบายพฤติกรรมของบุคคลได้รับอิทธิพลจากบริบททางสังคม โดยเฉพาะครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจึงช่วยสนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8] สอดคล้องการศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานของโครงการ

ชุมชนที่สนับสนุนบริการลดอันตราย (harm reduction) สำหรับผู้ใช้สารเสพติด พบว่า การดำเนินงานในระดับชุมชนช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการรักษาและลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้สารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญ[9]

ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ โดยผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า Chanthaburi CBTx Model มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่ารูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ สอดคล้องกับศึกษาการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัย พบว่า สถานบำบัดไม่เพียงพอ การติดตามไม่ต่อเนื่อง การเชื่อมโยงข้อมูลที่ไม่เป็นระบบ และบุคลากรยังขาดทักษะและองค์ความรู้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) ระยะก่อนบำบัด ทำงานเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่าย เพิ่มทักษะการดูแลและส่งต่อ 2) ระยะบำบัดตามแนวทาง Patient Journey จัดตั้งมินิธัญญารักษ์ 4 แห่ง 3) ระยะติดตาม จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมแบบพักคอย 9 แห่ง ผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัด 1,066 ราย บำบัดครบร้อยละ 80.0 บำบัดไม่ครบร้อยละ 20.0 หยุดเสพยาเสพติด ร้อยละ 67.5 กลับไปเสพซ้ำร้อยละ 32.5 และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังติดตาม 3 เดือน ($\bar{x}$=80.4, SD=3.7) สูงกว่าหลังบำบัดครบ ($\bar{x}$=61.4, SD=1.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=37.40, p<0.001)[7]

ผลของการใช้ Chanthaburi CBTx Model ต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติด โดยผลการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวช่วยสนับสนุนกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ James O. Prochaska และ Carlo C. DiClemente การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากสภาพแวดล้อมทางสังคมและระบบบริการสุขภาพ รูปแบบ Chanthaburi CBTx Model มีองค์ประกอบการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมครอบครัวและชุมชน ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดการกลับไปใช้สารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาการสำรวจศูนย์สนับสนุนการฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในสหรัฐอเมริกา พบว่าศูนย์ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการฟื้นฟู เช่น การให้คำปรึกษา การสนับสนุนทางสังคม และการเชื่อมต่อบริการสุขภาพเพิ่มโอกาสการฟื้นตัวผู้ป่วย[10]

การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้รูปแบบ Chanthaburi CBTx Model การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระดับชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการฟื้นฟูผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาการเข้าถึงบริการรักษาผู้ติดสารเสพติดในรัฐนิวยอร์กใช้การวิเคราะห์เชิงพื้นที่ พบว่าการเข้าถึงบริการในระดับชุมชนมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพระบบการรักษา และควรมีการกระจายบริการพื้นที่ที่มีความต้องการสูง[11]

ความต่อเนื่องของการเข้ารับการบำบัดรักษา โดยผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้รูปแบบ Chanthaburi CBTx Model ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องในการเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวสามารถช่วยสนับสนุนการฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด และช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัด[12]

ประโยชน์ของการศึกษาและการนำไปใช้ ประโยชน์เชิงปฏิบัติการ 1) หน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรีสามารถนำ Chanthaburi CBTx Model ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 2) บุคลากรสาธารณสุขสามารถใช้รูปแบบเป็นเครื่องมือในการประสานการทำงานร่วมกับครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย 3) ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ติดตาม และสนับสนุนการฟื้นฟูผู้ป่วยติดสารเสพติดในพื้นที่ 4) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพใน

การดูแลผู้ป่วย ลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และส่งเสริมการกลับคืนสู่สังคม การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ 1) หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำ Chanthaburi CBTx Model ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยติดสารเสพติดในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด 2) สามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน 3) ใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายและแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดในระดับพื้นที่ 4) สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติหรือคู่มือการดำเนินงานสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

สรุปผลการดำเนินการวิจัย จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า Chanthaburi CBTx Model เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จังหวัดจันทบุรี และสามารถช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด เพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และส่งเสริมความต่อเนื่องในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการนำแนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานมาประยุกต์ใช้ร่วมกับสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดในจังหวัดจันทบุรี การเสริมพลังพฤติกรรมและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน จึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืน แต่ยังคงมีข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ คือ ด้านพื้นที่ดำเนินการในจังหวัดจันทบุรีเพียงจังหวัดเดียว ซึ่งมีบริบทเฉพาะ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสมัครใจร่วมโครงการซึ่งอาจไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และระยะเวลาของการศึกษาอาจยังไม่ครอบคลุมถึงผลลัพธ์ในระยะยาว ดังนั้นองค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ คือ การค้นพบว่า "การดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีประสิทธิผลในระดับพื้นที่ ต้องอาศัยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมพลังผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่อง และความร่วมมือระหว่างภาคส่วนอย่างเป็นระบบ" ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นต้นแบบการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในระดับจังหวัดและขยายผลสู่พื้นที่อื่นได้

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี
แหล่งเงินทุนสนับสนุน: ไม่มี
กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผศ.ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ที่ได้ให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติอย่างละเอียดและครบถ้วน การแนะนำเกี่ยวกับการเลือกใช้วิธีการทางสถิติที่เหมาะสม การตรวจสอบความถูกต้องของการคำนวณ และการตีความผลการวิเคราะห์ที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพและความน่าเชื่อถือของงานวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2025. 2025 [cited 2026 Mar 15]. Available from: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2025/WDR25_B1_Key_findings.pdf
2. Office of the Narcotics Control Board. Drug situation in Thailand 2022 [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 15]. Available from: https://www.oncb.go.th/pdfjs/web/viewer.html?file=/storage/file/content/th/result-prevent/679c9fdb3c26f2Sd1p.pdf&mode=preview
3. Drug Prevention and Suppression Administration Center.). Strategic plan for treatment and rehabilitation of drug-dependent patients, fiscal years 2021-2023. Ministry of Public Health [Internet]. 2021 [cited 2026 Mar 15]. Available from: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/rptk5fmp8q8sk0soko.pdf
4. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983;51:390-5.
5. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Community-based treatment (CBTx) guideline for community practitioners: A new approach to sustainable drug problem management. Nonthaburi: Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT); 2021.
6. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
7. Phuipha T. The development of integrated treatment and rehabilitation model for drug addicts Sisaket

province. Sisaket Journal of Research and Health Development 2025;4(3):59-73

8. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press;1979.
9. Gleason-Comstock J, Calhoun CB, Locke BJ, Boorle NVLD, Cobty K, McKenney T, et al. People who use drugs engagement in substance use disorder services and harm reduction: evaluation, challenges and future direction of a community-based intervention. Subst Abuse Treat Prev Policy [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 15];19(1):24. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11061983/pdf/13011_2024_Article_601.pdf
10. Hoeppner BB, Simpson HV, Weerts C, Riggs MJ, Williamson AC, Finley-Abboud D, et al. A nationwide survey study of recovery community centers supporting people in recovery from substance use disorder. J Addict Med 2024;18:274-81.
11. Bachhuber MA, Cunningham CO, Lincourt P, Jordan AE. Spatial accessibility of substance use disorder treatment programs, compared with other health care facilities, in New York State, 2024. Addict Sci Clin Pract [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 15];20(1):60. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12312488/pdf/13722_2025_Article_592.pdf
12. Komjit N. Results of using participatory drug addiction treatment model in community Hua Thon subdistrict, Suwannaphum district. Journal of Environmental and Community Health 2024;9(6): 355-65

ORIGINAL ARTICLE

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี

วรา เศลวัตนะกุล, พ.บ., รป.ม.,[1] พุทธิพร พงศ์นันทกุลกิจ, พย.ม.,[1] ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์, วท.ม.,[1]
ธัสมน นามวงษ์, ปร.ด.,[2] ชนิศา ศิริพานิช, ส.ม.,[1] สุภาพ ขวัญพูล[1]
[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
[2] วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหารุนแรงทุกประเทศทั่วโลก ช่วงอายุ 15-64 ปี ใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 26 การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จึงเป็นสิ่งสำคัญ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบฯ และประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี

วิธีการศึกษา: การวิจัยและพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน การใช้รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานจังหวัดจันทบุรี ก่อนและหลังการได้รับรูปแบบ Chanthaburi CBTx Model ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.001

ผลการศึกษา: มีรูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี Chanthaburi CBTx. Model ผลการทดลองระยะเวลา 4 สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว และด้านความต่อเนื่องในการเข้ารับการดูแลรักษา หลังการใช้รูปแบบฯ ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) รูปแบบ Chanthaburi CBTx Model มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด (Mean=4.6, SD=0.4)

สรุป: รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน Chanthaburi CBTx Model นำไปใช้ได้จริงในบริบทจังหวัดจันทบุรี และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงการไม่กลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ และการเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน, การดูแล, ผู้ใช้สารเสพติด, ชุมชนเป็นฐาน