e279532

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ณรงศักดิ์ เข็มเพชร[1] , ณัฏฐ์ชานันท์ กมลฤกษ์[2*]

[1] โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

[2*] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ:27 ธันวาคม 2568; วันที่แก้ไข: 16 กุมภาพันธ์ 2569 ; วันที่ตอบรับ:17 กุมภาพันธ์ 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (AIC) ต่อพฤติกรรมสุขภาพและความตั้งใจในการเลิกสารเสพติด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึงตุลาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยยาเสพติดในระบบติดตามผล (Aftercare) ของโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 38 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมฯ และโปรแกรมที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และเทคนิค AIC ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าความเชื่อมั่น (Alpha) = 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired Samples t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องยาเสพติดเพิ่มขึ้นจาก 9.33 เป็น 12.70 คะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกยาเสพติดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า มีการพัฒนาจากระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.80, S.D. =0.65) สู่ระดับดี ($\bar{X}$ = 4.10, S.D. =0.55) และมีความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดเพิ่มขึ้น ($\bar{X}$= 4.30, S.D. = 0.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยชุมชนมีส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.83, S.D. = 0.65) การผนึกกำลังของชุมชนผ่านกระบวนการ AIC เป็นกลไกสำคัญในการสร้างตาข่ายทางสังคม (Social Safety Net) ที่ช่วยปรับเปลี่ยนเจตคติและเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิผล ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขควรนำไปขยายผลเพื่อสร้างความยั่งยืนในการบำบัดรักษาต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลตนเอง, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ผู้ป่วยยาเสพติด, กระบวนการ AIC

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ณัฏฐ์ชานันท์ กมลฤกษ์ ; nutchanun@scphub.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

Effects of a Community Participation-Based Self-Care Program on Patients with Substance Use Disorders in Sawang Wirawong District, Ubon Ratchathani Province

Narongsak Khempect[1], Nutchanun Kamonroek[2*]

[1] Sawang Wirawong Hospital, Ubon Ratchathani Province

[2*] Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

(Received: 27 December 2025; Revised: 16 February 2026; Accepted: 17 February 2026)

Abstract

This study examined the effectiveness of a self-care program integrated with the Appreciation, Influence, and Control (AIC) community participation process on health behaviors and intention to discontinue substance use. A quasi-experimental, one-group pretest-posttest design was conducted with 38 purposively selected patients with substance use disorders at Sawang Wirawong Hospital, Ubon Ratchathani (April–October 2025). The intervention integrated Orem's Self-Care Deficit Theory, the Health Belief Model (HBM), and AIC. Validated instruments (IOC 0.67–1.00; Cronbach's alpha 0.86) assessed knowledge, perceptions, self-care, and participation. Data were analyzed using paired t-tests ($p < .05$).

Post-intervention, substance abuse knowledge scores increased from 9.33 to 12.70. Perceived susceptibility, severity, and benefits significantly increased, while barriers decreased ($p < .001$). Self-care behaviors improved from moderate ($\bar{X}$ = 2.80, S.D. = 0.65) to good ($\bar{X}$ = 4.10, S.D. = 0.55). Intention to discontinue substance use increased significantly ($\bar{X}$ = 4.30, S.D. = 0.60, $p < .001$). Community participation was rated high ($\bar{X}$ = 3.83, S.D. = 0.65). Community synergy via AIC establishes a crucial "social safety net," effectively altering attitudes and enhancing patient self-care. Public health agencies should expand this model for sustainable rehabilitation.

Keywords: Self-care Program, Community Participation, Patients with Substance Use Disorders, AIC Process

***Corresponding author**: Nutchanun@scphub.ac.th; nutchanun@scphub.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

บทนำ

พลวัตของปัญหายาเสพติดในปัจจุบันยังคงทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนเชิงโครงสร้าง โดยข้อมูลเชิงประจักษ์จากสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime, 2022) สะท้อนวิกฤตการณ์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่น่าวิตก พบปริมาณการตรวจยึดเมทแอมเฟตามีนสูงถึง 151 ตัน และเคตามีนพุ่งสูงขึ้นเป็นประวัติการณ์ถึง 27.4 ตัน คิดเป็นอัตราการขยายตัวร้อยละ 167 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า แม้มาตรการปราบปรามจะสัมฤทธิ์ผลในบางพื้นที่ แต่ในกลุ่มประเทศลุ่มน้ำโขง โดยเฉพาะไทย เมียนมา และฟิลิปปินส์ กลับพบดัชนีชี้วัดความรุนแรงที่เพิ่มสูงขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวเร่งเร้าให้เกิดการเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) ตามมติสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษและนโยบายรัฐบาลไทย จากการมุ่งเน้นกระบวนการยุติธรรมทางอาญาเพียงลำพัง สู่การใช้สาธารณสุขนำการแก้ไขปัญหา ภายใต้วาทกรรม ผู้เสพคือผู้ป่วยที่มุ่งเน้นการบำบัดรักษาแบบบูรณาการเพื่อคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสร้างโอกาสในการกลับคืนสู่สังคม (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) อย่างไรก็ตาม ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดยังคงเผชิญความท้าทาย เนื่องจากภาวะการติดยาเสพติดเป็น "โรคสมองติดยาเรื้อรัง" ที่ต้องอาศัยระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย จิต และสังคม ไม่น้อยกว่า 3 เดือน (World Health Organization, 2004) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนจำเป็นต้องเกิดจากการรับรู้ภาวะเสี่ยง (Perceived Susceptibility) และความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ผนวกกับเจตคติและการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคม (Subjective Norm) หากผู้ป่วยขาดการตระหนักรู้และแรงจูงใจภายใน ย่อมนำไปสู่ความล้มเหลวในการรักษา (Treatment Failure) (ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี และ ศุภรดา วงศ์จำปา, 2566; บุบผา บุญญามณี และ อรวรรณ หนูแก้ว, 2567)

ประเด็นปัญหาความไม่ต่อเนื่องในการรักษาปรากฏชัดเจนในบริบทพื้นที่ของโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ข้อมูลสถิติย้อนหลังระหว่างปี 2564–2567 บ่งชี้ว่าอัตราการคงอยู่ในการบำบัด (Retention Rate) อยู่ในเกณฑ์ต่ำและมีความผันผวนอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 2.67, 3.45, 28.81 และ 23.53 ตามลำดับ) ในขณะที่อัตราการขาดนัด (Drop out) ช่วงปี 2565–2567 ยังคงสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 52.75, 48.61 และ 45.39) ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นว่า กระบวนการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (Matrix Program) เพียงลำพังอาจไม่เพียงพอสำหรับบริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท การขาดกลไกทางสังคมในการติดตามดูแล และช่องว่างของการเชื่อมต่อนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับรากหญ้า ถือเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ (Research Gap) ที่สำคัญ ซึ่งส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษายังไม่เป็นที่น่าพอใจ (โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2568) เพื่อข้ามผ่านข้อจำกัดดังกล่าว การผนึกกำลังผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจึงเป็นกุญแจสำคัญ โดยเฉพาะกระบวนการ AIC (Appreciation, Influence, Control) ซึ่งเป็นเครื่องมือทางสังคมที่ช่วยเปลี่ยนสถานะของชุมชนจากผู้รับบริการสู่หุ้นส่วนการพัฒนา (Active Partner) กระบวนการนี้เปิดพื้นที่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) และก่อให้เกิดพันธะสัญญาประชาคม ซึ่งนำไปสู่ความยั่งยืนมากกว่าการสั่งการจากบนลงล่าง (Top-down Approach) (สันติ โพธิ์ทอง และ มนัชญา เสรีวิวัฒนา, 2567; วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์ และคณะ, 2568)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

งานวิจัยฉบับนี้จึงมุ่งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด โดยการบูรณาการทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะรายบุคคล(Orem, Taylor, and Renpenning (2001) ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (TPB) เพื่อปรับโครงสร้างทางปัญญาและเจตจำนงในการเลิกสารเสพติด โดยขับเคลื่อนผ่านกลไกการมีส่วนร่วมแบบ AIC ณ โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี การศึกษานี้มุ่งหวังที่จะปิดช่องว่างเชิงระบบและพฤติกรรม เพื่อยกระดับผลลัพธ์ทางการแพทย์ ลดอัตราการเสพซ้ำ และสร้างนวัตกรรมทางสังคมที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน สอดรับกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนปฏิรูปประเทศอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติด

2. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ตามกระบวนการ AIC

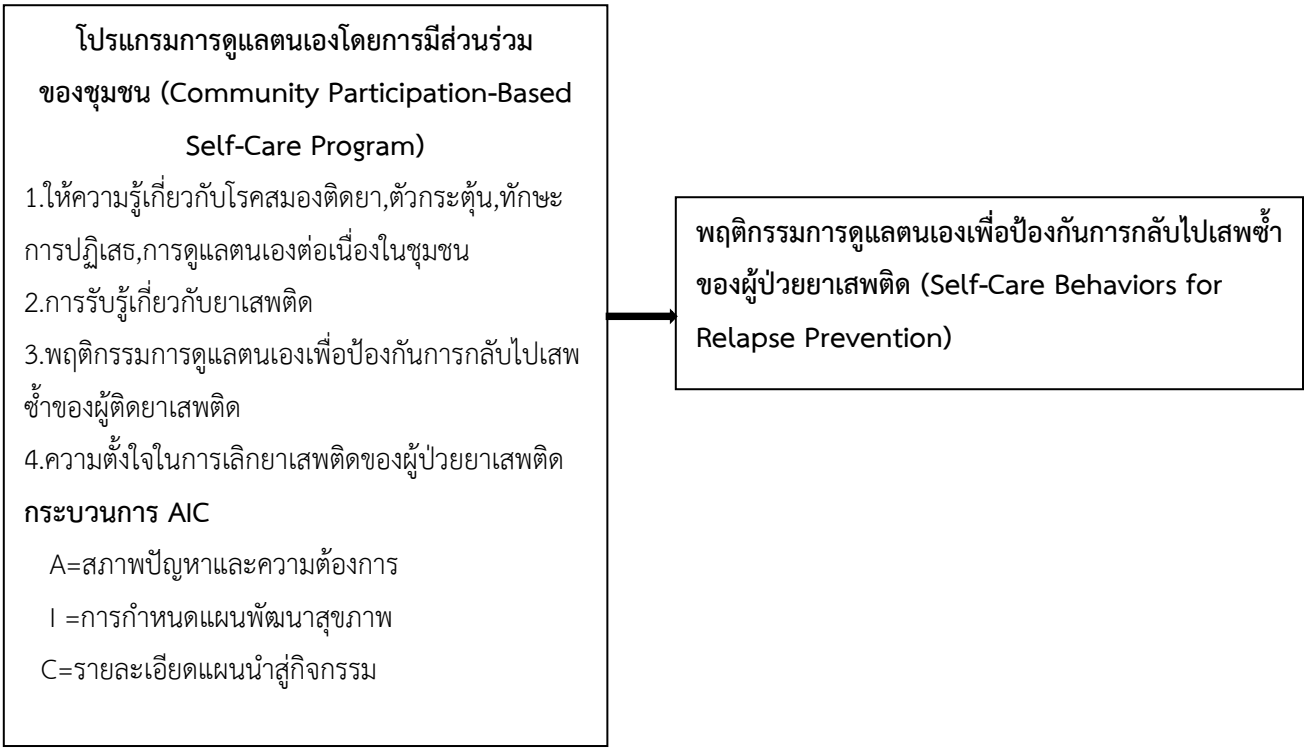
สมมุติฐานการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อผู้ป่วยยาเสพติด มีระดับค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความตั้งใจหยุดยาเสพติด และกระบวนการมีส่วนร่วมฯ เพิ่มมากขึ้น

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

กรอบแนวคิดการวิจัย

การสังเคราะห์กรอบแนวคิดการวิจัยอาศัยการบูรณาการ 3 แนวคิดหลักเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ได้แก่ 1) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของ Orem (2001) เป็นแกนหลักในการพัฒนาขีดความสามารถ (Self-care Agency) ใน 4 มิติสำคัญ คือ โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการภาวะเจ็บป่วย และสุขภาพจิต 2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (TPB) ทำหน้าที่ปรับโครงสร้างทางปัญญา (Cognitive Restructuring) เพื่อสร้างความตระหนักรู้และความตั้งใจ (Intention) ในการเลิกสารเสพติด และ 3) กระบวนการ AIC เป็นกลไกขับเคลื่อน (Operational Mechanism) ในการยกระดับชุมชนสู่การเป็นหุ้นส่วนการพัฒนา (Active Partner) เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟู ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงมิติภายในบุคคล (Self-care) เข้ากับมิติทางสังคม (Community Participation) เพื่อปิดช่องว่างของการบำบัดรักษาแบบเดิม ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation-Based Self-Care Program) ต่อพฤติกรรมการดูแล

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด เริ่มทำการศึกษาตั้งแต่ 1 เมษายน 2568 ถึง 31 ตุลาคม 2568 ระยะเวลา 6 เดือน

ประชากร

1. กลุ่มเป้าหมายหลัก ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจและอยู่ในระยะติดตามผล (Aftercare) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เข้ารับบริการตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 31 ตุลาคม 2568 รวมทั้งสิ้นจำนวน 38 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดให้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Total population sampling) เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าวโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

1.1 เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ ในปี พ.ศ. 2567
2. ได้รับการตรวจประเมินไม่พบว่ามีโรคจิตร่วม สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้
3. มีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่และบุคคลได้ถูกต้อง
4. สามารถพูดคุยภาษาไทยและสื่อสารได้
5. ยินดีเข้าร่วมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

1.2 เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชรุนแรงกำเริบ *ระหว่าง* การเข้าร่วมโครงการ
2. ผู้ที่ย้ายที่อยู่ไปนอกเขตพื้นที่วิจัย ทำให้ไม่สามารถติดตามผลได้
3. ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยกลางคัน (Withdrawal criteria)
4. ผู้ที่กลับไปเสพซ้ำและถูกดำเนินคดีทางกฎหมายระหว่างการวิจัย

2. กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในชุมชน ภาคีเครือข่าย 5 เสาหลัก ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตำรวจ, ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน), อสม. และแกนนำครอบครัว รวม 34 คน เพื่อทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและผู้สนับสนุนตามกระบวนการ AIC

เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมการดูแลตนเอง (The Intervention Protocol)

โปรแกรมดำเนินการผ่าน 3 ระยะ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันการเสพซ้ำ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนายุทธศาสตร์ด้วยกระบวนการ AIC

- **Appreciation (A)** วิเคราะห์สถานการณ์จริง ความเสี่ยง และสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันในการเลิกเสพยาเสพติดอย่างยั่งยืน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

- **Influence (I)** ระดมสมองเพื่อออกแบบกิจกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนและจัดลำดับความสำคัญ
- **Control (C)** จัดตั้งระบบพี่เลี้ยงชุมชนและจัดทำแผนปฏิบัติการรายบุคคล

ระยะที่ 2 การขับเคลื่อนกิจกรรมบำบัด (Implementation)

- **Social Commitment** การทำพันธะสัญญาประชาคมต่อหน้าผู้นำชุมชนเพื่อสร้างบรรทัดฐานทางสังคม (Social Norms)
- **Proactive Self-Management** การฝึกทักษะการรู้คิด (Cognitive Skill) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยงและฝึกทักษะการปฏิเสธ (Refusal Skill)
- **Community Mentoring** ระบบคู่หู (Buddy) โดยแกนนำชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านและเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)
- **Self-Monitoring** การบันทึกพฤติกรรมในสมุด "บันทึกพิชิตเป้าหมาย" และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มย่อยทุก 2 สัปดาห์

ระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation)

- วัดผลสัมฤทธิ์ผ่านแบบสอบถามหลังการทดลองใช้โปรแกรมฯ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามที่พัฒนามาจากงานวิจัยของ สันติ โพธิ์ทอง และ มนัชญา เสรีวิวัฒนา, (2567) และ วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์ และคณะ, (2568) แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ใช้สำหรับก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบได้มากกว่าหนึ่งคำตอบและเป็นคำถามปลายเปิดแบบเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องยาเสพติดคะแนน จำนวน 15 ข้อ โดยแบบประเมินมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด แบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ใช้เกณฑ์การแปลระดับความรู้ และความเข้าใจของ Bloom, 1971 โดยแบ่งระดับความรู้ เป็นระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80.0), ปานกลาง (ร้อยละ 60 -80) และ ต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ ครอบคลุมโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการหยุดยา จำนวน 20 ข้อ ใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) และใช้การแปลผลคะแนนรวม (Total Score) โดยอิงเกณฑ์ร้อยละตามแนวคิดของ Bloom (1971) ซึ่งคำนวณจากคะแนนเต็ม 60 คะแนน คำนวณจากช่วงคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน และสูงสุด 60 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (48-60 คะแนน) ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (36-47 คะแนน) ระดับต่ำ ต่ำกว่าร้อยละ 60 (20-35 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน (ใช้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มผู้มีส่วนร่วม) จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบสอบถามลักษณะ (Rating scale) มาตราส่วนประมาณค่าเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ทั้ง 4 ด้าน เป็นมาตรฐานวัด กำหนดเกณฑ์การวัด 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง 3 คะแนน) น้อย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

(2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผล โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) คือ มากที่สุด (4.50-5.00) มาก (3.50-4.49) ปานกลาง (2.50-3.49) น้อย (1.50-2.49) น้อยที่สุด (1.00-1.49)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด 4 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย(1 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลให้คะแนน มีช่วงคะแนน 20 - 60 คะแนน พิจารณาตามเกณฑ์ที่ประยุกต์ตามแนวคิดของ Bloom, 1971 แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ดี (48 – 60 คะแนน) ปานกลาง (35 - 47 คะแนน) ไม่ดี (20 - 34 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เพื่อให้เครื่องมือมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) อยู่ที่ 0.67 – 1.00 และ 2) ความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมการ ประสานงานขอความอนุเคราะห์ข้อมูลและพื้นที่ดำเนินการจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างวีระวงศ์

2. การประสานกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโปรแกรมแก่ผู้ป่วยยาเสพติดในระบบติดตามผล (Aftercare) จำนวน 38 คน และภาคีเครือข่ายชุมชน 34 คน เพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

3. การดำเนินการเก็บข้อมูล ในระยะก่อนทดลอง (Pre-test) ประเมินความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนเริ่มโปรแกรม ระยะดำเนินการ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (AIC) และระยะหลังทดลอง (Post-test) ประเมินซ้ำด้วยชุดแบบสอบถามเดิมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม พร้อมรวบรวมผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ

4. ความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามทั้ง 38 ชุด (ร้อยละ 100) ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Statistical Significance at $p < 0.05$) ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ระดับความรู้ การรับรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรม วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean,$\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality Test)

การทดสอบสมมติฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมใช้สถิติ Paired Samples t-test กำหนดค่าทดสอบนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (IRB: SSJ.UB 2568–03.006 วันที่ 31 มีนาคม 2568) โดยผู้วิจัยผ่านการอบรมจริยธรรมที่ยังมีผลถึงปี 2569 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงสิทธิและลงนามยินยอมโดยสมัครใจ พร้อมสิทธิถอนตัวได้ทุกเมื่อ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและรายงานเฉพาะในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และผลของโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีต่อความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยยาเสพติด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระบบติดตามผล (Aftercare) ของโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จำนวน 38 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.0 มีอายุเฉลี่ย 42.3 ปี (S.D. = 11.57) สถานภาพสมรสเป็นโสดและคู่ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 46.7 และ 43.3 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.7 ประกอบอาชีพรับจ้างและค้าขายเป็นหลัก และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 15,467 บาท

2. **ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน**

ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เรื่องยาเสพติด การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (N=38)

ตัวแปรที่ศึกษา (Variables)	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$(S.D.)	หลังการทดลอง $\bar{X}$ (S.D.)	MD	t	p-value
1. ความรู้เรื่องยาเสพติด	9.33 (1.53)	12.70 (0.83)	3.37	-13.04	< .001*
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ					
2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง	2.20 (0.64)	3.80 (0.40)	1.6	-14.8	< .001*
2.2 การรับรู้ความรุนแรง	2.85 (0.58)	4.20 (0.50)	1.35	-15.2	< .001*
2.3 การรับรู้ประโยชน์	3.00 (0.60)	4.50 (0.45)	1.5	-13.5	< .001*
2.4 การรับรู้อุปสรรค	3.50 (0.70)	2.00 (0.55)	-1.5	10.5	< .001*
3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	2.80 (0.65)	4.10 (0.55)	1.3	-11.5	< .001*
4. ความตั้งใจหยุดยาเสพติด	2.90 (0.75)	4.30 (0.60)	1.4	-12.8	< .001*

*p< .05

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกมิติ ดังนี้ 1) ด้านความรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (จาก 9.33 เป็น 12.70 คะแนน) 2) ด้านการรับรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการหยุดยาเพิ่มขึ้น ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการหยุดยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (จาก 3.50 เหลือ 2.00 คะแนน) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการมีส่วนร่วมช่วยลดกำแพงทางความรู้สึกที่เป็นอุปสรรคต่อการเลิกยาได้จริง และ 3) ด้านพฤติกรรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.80, S.D. = 0.65) เป็นระดับดี ($\bar{X}$= 4.10, S.D. = 0.55) สอดคล้องกับความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดที่เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ในประเด็นของคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นและค่าความแตกต่าง (Mean Difference) ซึ่งสะท้อนประสิทธิผลของโปรแกรมนั้น เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = -13.157$, $p < .001$) ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ของ Cohen's d เพื่อยืนยันขนาดของความเปลี่ยนแปลง พบว่ามีค่าเท่ากับ 2.13 ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูงมาก แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม (Practical Significance) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

3. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation)

ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (N=38) จำแนกตามบทบาทหน้าที่ พบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมในแต่ละมิติที่น่าสนใจ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน จำแนกตามรายด้าน

ประเด็นการมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. ด้านการปฏิบัติการ (Implementation)			
1.1 การสอดส่องดูแลพฤติกรรมและความเคลื่อนไหว	4.13	0.98	มาก
1.2 การเป็นผู้นำและร่วมแก้ไขปัญหาในชุมชน	3.53	1.12	มาก
เฉลี่ยรวมด้านการปฏิบัติการ	**3.83**	**0.95**	**มาก**
2. ด้านทรัพยากร (Resource Support)			
2.1 การสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์	2.95	1.05	ปานกลาง
เฉลี่ยรวมด้านทรัพยากร	**2.95**	**1.05**	**ปานกลาง**
3. ด้านผลประโยชน์ (Benefit)			
3.1 การได้รับการยกย่องและการยอมรับจากสังคม	3.68	1.15	มาก
3.2 การได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชน	3.58	1.08	มาก
เฉลี่ยรวมด้านผลประโยชน์	**3.63**	**1.02**	**มาก**
รวมเฉลี่ยทุกด้าน (Overall)	**3.47**	**0.98**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 2 พบว่า โดยภาพรวมการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.47, S.D. = 0.98) เมื่อพิจารณารายด้านพบรายละเอียดที่น่าสนใจ โดยด้านการปฏิบัติการ (Implementation) มีการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ 3.83, S.D. = 0.95) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การสอดส่องดูแลพฤติกรรมและความเคลื่อนไหวในพื้นที่ ($\bar{X}$ = 4.13, S.D. = 0.98) รองลงมาคือการเป็นผู้นำในการแก้ไขปัญหา ($\bar{X}$ = 3.53, S.D. = 1.12) สะท้อนให้เห็นว่าชุมชนมีความตื่นตัวและพร้อมลงมือปฏิบัติในการเฝ้าระวังทางสังคม (Social Surveillance)

ด้านทรัพยากร (Resource Support) เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.95, S.D. = 1.05) บ่งชี้ว่า ชุมชนยังมีข้อจำกัดในการสนับสนุนด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่อาจต้องพึ่งพาทรัพยากรจากหน่วยงานภาครัฐเป็นหลัก

ด้านผลประโยชน์ (Benefit) ผู้เข้าร่วมโครงการรับรู้ผลประโยชน์ที่ได้รับอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.63, S.D. = 1.02) โดยเฉพาะการได้รับการยกย่องยอมรับจากสังคม ($\bar{X}$ = 3.68, S.D. = 1.15) ซึ่งถือเป็นแรงจูงใจทางสังคม (Social Incentive) ที่สำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

อภิปรายผล

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดโอกาสการเสพซ้ำ โดยมีประเด็นอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิด ดังนี้

1. ด้านข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 38 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีสถานภาพโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า สำหรับการประกอบอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,467 บาท ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมระดับปานกลาง ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาตนเองหากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม

2. ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความตั้งใจในการเลิกสารเสพติด

ผลการวิจัยพบประเด็นสำคัญว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มเป้าหมายมีระดับความตั้งใจในการหยุดเสพยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายผลเชิงวิชาการตามปรากฏการณ์และกรอบแนวคิดทฤษฎีได้ดังนี้ ความสำเร็จในส่วนของความตั้งใจที่เพิ่มขึ้นนั้น สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของ กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) โดยเฉพาะในระยะแรกคือการสร้างบรรยากาศแห่งความยอมรับ (Appreciation) ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการลดทอนการตีตรา (Stigmatization) ต่อผู้ป่วยยาเสพติดในระดับชุมชน เมื่อบรรยากาศแห่งการยอมรับเกิดขึ้น ย่อมส่งผลโดยตรงต่อ บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) ตาม ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) กล่าวคือ เมื่อคนในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนแสดงท่าทีสนับสนุนและยอมรับ แทนการตำหนิหรือกีดกัน จะเป็นแรงขับเคลื่อนเชิงบวก (Positive Reinforcement) ที่ปรับเปลี่ยนเจตคติของผู้ป่วย ส่งผลให้ความตั้งใจ (Intention) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเลิกสารเสพติดมีความเข้มแข็งขึ้น และในมิติของพฤติกรรมการดูแลตนเองตาม แนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีการพัฒนาในส่วนของการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) อย่างชัดเจน เช่น การเลือกออกกำลังกายและการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นทางสภาพแวดล้อม ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ด้วยการเพิ่มขึ้นของ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ซึ่งถูกเสริมพลัง (Empowerment) ผ่านขั้นตอนการวางแผนและร่วมตัดสินใจ (Influence and Control) ในกิจกรรมกลุ่มกระบวนการ AIC ทำให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์บริบทชีวิตจริงของตนเองและออกแบบแนวทางปฏิบัติที่ทำได้จริง ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการกำกับตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) ที่เน้นย้ำว่าการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพต้องบูรณาการมิติทางชีวภาพและสังคม (Bio-psycho-social approach) เข้าด้วยกัน และยังสอดรับกับผลงานวิจัยระดับนานาชาติของ Eddie et al. (2019) ในวารสาร Frontiers in Psychology ที่ระบุว่าการใช้พลังของประสบการณ์ร่วม (Lived Experience) และการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นตัวแปรต้นที่ช่วยลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Rate) ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว (Clinical setting) ซึ่งเป็นการยืนยันว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอสว่างวีระวงศ์มีมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบททางวิชาการระดับสากล นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของ บุบผา บุญญามณี และ อรวรรณ หนูแก้ว

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

(2567) ที่ชี้ให้เห็นว่าการผสานแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-regulation) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความยั่งยืนในการเลิกยาเสพติด และสอดคล้องกับงานของ สยาภรณ์ เดชดี และอรวรรณ หนูแก้ว (2564) ที่ระบุว่าโปรแกรมการเสริมพลังสามารถยกระดับการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญเรือน สนิทวงศ์ณ อยุธยา และคณะ (2568) ที่ยืนยันว่ากระบวนการกลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation) ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและยกระดับอัตราความสำเร็จในการเลิกสารเสพติดได้ แม้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรคสูง

3. การปรับเปลี่ยนการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health Perception) และความรู้

การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) อย่างชัดเจน โดยเฉพาะการรับรู้อุปสรรคที่ลดลง และการรับรู้ความรุนแรง/ประโยชน์ที่เพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการให้ความรู้และการสะท้อนคิดในโปรแกรมช่วยปรับโครงสร้างทางปัญญา (Cognitive Restructuring) ของผู้ป่วยได้ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี และศุภรดา วงศ์จำปา (2566) ที่อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองและการปรับภาวะทางอารมณ์เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention) เมื่อผู้ป่วยตระหนักถึงความเสี่ยงและเชื่อมั่นว่าอุปสรรคในการเลิกยาสามารถจัดการได้ย่อมส่งผลให้เกิดความตั้งใจที่แน่วแน่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. บทบาทของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation & AIC)

จุดเด่นสำคัญของการศึกษานี้คือ กระบวนการมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่าชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับสูงมากในด้าน การสอดส่องดูแลพฤติกรรม และการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของการใช้เทคนิค AIC (Appreciation, Influence, Control) ที่ทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดของ เจน จันทรสุภาเสน และคณะ (2563) ที่ระบุว่าเทคนิค AIC เป็นเครื่องมือวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ทรงพลังในการสร้างองค์ความรู้และมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ร่วมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ สันติ โพธิ์ทอง และ มนัชญา เสรีวิวัฒนา (2567) และ วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์ และคณะ (2568) ที่ยืนยันตรงกันว่า ความสำเร็จของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดไม่ได้เกิดจากบุคลากรสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว แต่เกิดจากการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย (ผู้นำชุมชน, อสม., ฝ่ายปกครอง, ตำรวจ) โดยเฉพาะการติดตามดูแลในชุมชน (Community Based Treatment CBTx) ซึ่งช่วยลดอัตราการเสพซ้ำและทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสังคม ดังที่พบในงานของ ประพัทธ์ ธรรมวงศา (2567) ที่รูปแบบการมีส่วนร่วมช่วยลดการเสพซ้ำได้ถึงร้อยละ 95.20 อธิบายเพิ่มเติม ได้ว่า

ผลการวิจัยที่พบว่าชุมชนมีการตื่นตัวและเข้ามามีส่วนร่วมในระดับสูง โดยเฉพาะด้าน การสอดส่องดูแลพฤติกรรม (Surveillance) และ การเข้าร่วมกิจกรรม (Participation) สะท้อนให้เห็นถึงปรากฏการณ์ทางสังคมที่สำคัญ ซึ่งสามารถอธิบายผ่านกรอบแนวคิดทางวิชาการได้ใน 3 มิติ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนผ่านสู่ การควบคุมทางสังคมแบบไม่เป็นทางการ (Informal Social Control Transformation) การที่ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาผ่านกระบวนการ AIC ทำให้เกิด ประสิทธิภาพร่วมของชุมชน (Collective Efficacy) ซึ่งหมายถึงความเชื่อมั่นร่วมกันของสมาชิกในชุมชนว่าพวกเขามีศักยภาพที่จะจัดการปัญหาและควบคุมพฤติกรรมเบี่ยงเบนได้ สอดคล้องกับข้อค้นพบของ สันติ โพธิ์ทอง และ มนัชญา เสรีวิวัฒนา (2567) ที่ระบุว่าความสำเร็จเกิดจากการบูรณาการความร่วมมือ ซึ่งแท้จริงแล้วคือการสร้างตาข่ายทางสังคม

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

(Social Safety Net) ที่ถักทอโดยคนในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง แต่กำลังถูกดูแลและประคับประคองให้อยู่ในลู่ทางที่ถูกต้อง 2) ความสำเร็จของเทคนิค AIC ตามที่เจน จันทรสุภาเสน และคณะ (2563) ได้เสนอไว้นั้น สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Theory) โดยกระบวนการ A (Appreciation) และ I (Influence) ได้เปลี่ยนสถานะของคนในชุมชนจากผู้รับบริการ (Passive Recipient) ให้กลายเป็นหุ้นส่วนการพัฒนา (Active Partner)เมื่อชุมชนได้ร่วมคิดและกำหนดกติกา (Control) พวกเขาจะเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของทางจิตวิทยา (Psychological Ownership) ต่อโครงการส่งผลให้เกิดความผูกพัน (Commitment) และความรับผิดชอบที่จะทำให้โครงการสำเร็จ นี่คือเหตุผลทางพฤติกรรมศาสตร์ว่าทำไมระดับการเข้าร่วมกิจกรรมจึงสูงมาก และทำไมรูปแบบการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ตามงานวิจัยของ วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์ และคณะ (2568) จึงมีประสิทธิภาพสูงเพราะมันขับเคลื่อนด้วยแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) ของชุมชนเอง มิใช่การสั่งการจากภายนอก และ 3) การลดการตีตราและการคืนสู่สังคม (Destigmatization & Social Reintegration)

ผลการวิจัยของ ประพัทธ์ ธรรมวงศา (2567) ที่พบว่าการเสพซ้ำลดลงอย่างมาก เหลือเพียงร้อยละ 4.80 หรือไม่เสพซ้ำเลยถึงร้อยละ 95.20 สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดทุนทางสังคม (Social Capital) กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (ผู้นำ, อสม., ตำรวจ, ฝ่ายปกครอง) ช่วยสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการฟื้นฟู (Therapeutic Ecosystem) โดยช่วยลดการตีตรา (Stigma) ที่สังคมมีต่อผู้เสพ เมื่อผู้นำชุมชนและตำรวจเปลี่ยนบทบาทจากผู้ปราบปรามมาเป็นผู้ให้โอกาสจะช่วยเปิดพื้นที่ทางสังคม (Social Space) ให้ผู้ป่วยสามารถกลับมายืนในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี (Social Reintegration) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับ (Social Acceptance) แรงกดดันที่จะกลับไปใช้ยาเพื่อหนีปัญหาจึงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาด้านข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมด้านงบประมาณ แม้การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติจะสูง แต่ผลการวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมด้านการจัดสรรงบประมาณ และการได้รับค่าตอบแทนอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและระเบียบปฏิบัติของท้องถิ่น ที่ทำให้การเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมภาคประชาชนมีความซับซ้อนและขาดความคล่องตัวซึ่งสอดคล้องกับบริบทของงานอาสาสมัครในชนบทไทย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ พวงผกา สุริวรรณ (2564) ที่พบว่านโยบายและการสนับสนุนทรัพยากรเป็นสิ่งจำเป็นในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น แม้ชุมชนจะมีใจ (Heart) และมีแรง (Action) แต่ภาครัฐจำเป็นต้องหนุนเสริมทรัพยากรเพื่อให้กลไกนี้ยั่งยืน ตามข้อค้นพบของ กรรณิกา สหเมธาพัฒน์ (2566) ที่ระบุว่าปัจจัยความสำเร็จคือการมีระบบสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐควบคู่ไปกับความเข้มแข็งของชุมชนจึงจำเป็นต้องมีการบูรณาการข้ามหน่วยงาน โดยเฉพาะการผลักดันเข้าสู่แผนงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (สปสช.) เพื่อให้เกิดกลไกการสนับสนุนงบประมาณที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านรูปแบบการวิจัยซึ่งเป็นแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม แม้ผลการวิจัยจะแสดงให้เห็นค่าคะแนนการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เนื่องจากการศึกษานี้ใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียว (One-Group Pretest-Posttest Design) ซึ่งมีข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนภายนอก ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้เป็นผลมาจากโปรแกรมเพียงอย่างเดียว แต่อาจได้รับอิทธิพลจากกระบวนการทางสังคมที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกิจกรรม AIC เช่น ความเกรงใจต่อผู้นำชุมชน หรือความต้องการเป็นที่ยอมรับ (Social Desirability) ซึ่งสะท้อนจากผลการวิจัยที่ พบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในด้านการสอดส่องดูแลพฤติกรรมสูงที่สุด นอกจากนี้ ด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 ราย ที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง การนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในบริบทอื่นที่มีลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมแตกต่างกัน จึงควรทำด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการและเชิงนโยบาย

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน (SOP) โดยใช้กระบวนการ AIC เป็นฐาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. มีแนวทางเดียวกันในการเข้าถึงและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรบรรจุประเด็นการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ให้เป็นวาระหลัก และจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมแก่แกนนำชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระยะยาว มากกว่าการพึ่งพางบประมาณจากภาคสาธารณสุขเพียงมิติเดียว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Control Group) หรือเพิ่มระยะเวลาการติดตามผล (Long-term Follow-up) เป็น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมและการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Rate) อย่างเป็นรูปธรรม

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อผู้ป่วยยาเสพติด กับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในรูปแบบอื่น ๆ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

เอกสารอ้างอิง

กรรณิกา สหเมธาพัฒน์. (2566). รูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ในจังหวัดแห่งหนึ่ง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก*, *3*(3), 126-138. สืบค้นจาก https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/MA2566-004-01-0000000184-0000001041.pdf

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดสำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด*. สืบค้นจาก https://www.chiangmaihealth.go.th/document/221101166727744069.pdf

ขวัญเรือน สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, กรรณิกา ภูเพชร, นลินี เตชะวนิช, และ สุคนธา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. (2568). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนและการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, *17*(2), 1-18. สืบค้นจาก https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/265983

เจน จันทรสุภาเสน และคณะ. (2563). การใช้เทคนิค AIC เพื่อการเฝ้าระวังและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์แมงกะพรุนน้ำจืด ในพื้นที่ตำบลหนองแม่นา อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. *สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์*. สืบค้นจาก https://research.pcru.ac.th/rdb/project/dataview?id=1502

บุบผา บุญญามณี, และ อรวรรณ หนูแก้ว. (2567). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, *10*(2). สืบค้นจาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/267558

ประพัทธ์ ธรรมวงศา. (2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, *6*(1), e268174. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/268174

พวงผกา สุริวรรณ. (2564). รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการจัดการความรู้จังหวัดลำพูน. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, *17*(2), 41–55. สืบค้นจาก https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/10463

ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี, และ ศุภรดา วงศ์จำปา. (2566). การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยสารเสพติดเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *33*(2), 1-10. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/265068

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No.1 January-April 2026

โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2568). *รายงานผลการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ปีงบประมาณ 2563 - 2567*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์.

วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์, ปัญญา ทาพรมมา, พิชิต คำภาเกะ, อังคาร มุ่งเกิด, และ วาสนา โยธานัก. (2568). รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, *7*(1), e273093. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/273093

สันติ โพธิ์ทอง, และ มนัชญา เสรีวิวัฒนา. (2567). ผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนนทบุรี. *วารสารร้อยแก่นสาร*, *9*(12), 1658-1675. สืบค้นจาก https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSA/article/view/275481

สยาภรณ์ เดชดี, และ อรวรรณ หนูแก้ว. (2564). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *35*(1), 133–151. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/248561

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Retrieved from https://www.scribd.com/document/862723454/Research-in-Education-John-W-Best-3d-Ed-Englewood-Cliffs-N-J

Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York, NY: McGraw-Hill.

Eddie, D., Hoffman, L., Vilsaint, C., Abry, A., Bergman, B., Hoeppner, B., & Kelly, J. F. (2019). Lived experience in new models of care for substance use disorder. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1052. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01052

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby. Retrieved from https://archive.org/details/nursingconceptso00dort/page/n5/mode/2up

United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World Drug Report 2022*. Retrieved from https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html

World Health Organization. (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/neuroscience-of-psychoactive-substance-use-and-dependence