ORIGINAL ARTICLE

# การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี

# The development of a drug user care Community-Based Treatment and Extended Care Model: CBTx Model in Chanthaburi Province.

วรา เศลวัตนะกุล, พ.บ., รป.ม.,[1] พุทธิพร พงศ์นันทกุลกิจ, พย.ม.[2], ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์, วท.ม.[3],
ธัสมน นามวงษ์, PhD.[4], ชนิศา ศิริพานิช, ส.ม.[5], สุภาพ ขวัญพูล[6]

Vara Selawattanakul, M.D., M.P.A.[1], Puttiporn Pongnanthakunkij, M.N.S.[2], Tipwimol Tungchutaweesub, M.Sc.[3]
Tassamon Namwong, PhD.[4], Chanisa Siripanich, M.P.H.[5], Supap kwanpoon[6]

[1]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, [2]วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

[1]Chanthaburi Provincial Public Health Office, [2]Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi Province

## บทคัดย่อ

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

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาสภาพปัญหา เพื่อพัฒนารูปแบบฯ และประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี

**วิธีการศึกษา:** การวิจัยและพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลสถิติพรรณณา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สภาพปัญหา วิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และแบบประเมินผลหลังการใช้รูปแบบฯ ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

**ผลการศึกษา:** มีรูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี Chanthaburi CBTx. Model ผลการทดลองระยะเวลา 4 สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว และด้านความต่อเนื่องในการเข้ารับการดูแลรักษา หลังการใช้รูปแบบฯ ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิต ($p$<.001) รูปแบบ Chanthaburi CBTx Model มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับ มากที่สุด (Mean = 4.59, SD = 0.466)

**สรุป:** รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน Chanthaburi CBTx Model สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทจังหวัดจันทบุรี และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะในด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยง การไม่กลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ และการเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ**: รูปแบบ การดูแล ผู้ใช้สารเสพติด ชุมชนเป็นฐาน

*Thaiclinicaltrials.org number, TCTR20250523001*

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** The drug problem is a serious issue in every country around the world. The use of drugs among the age group of 15-64 has increased by 26%. Therefore, community-based rehabilitation and recovery for drug users is crucial.

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

**METHODS:** Research and Development (R&D) analyzes statistical data, including frequency, percentage, mean, standard deviation, problem conditions, qualitative content analysis, quantitative data analysis, and post-implementation evaluation forms. The Wilcoxon Signed Ranks test is used for statistical analysis.

**RESULTS:** There is a model for drug user care based on community involvement, Chanthaburi Province, Chanthaburi CBTx. Model results from an 8-week trial on risk behaviors related to substance use, family involvement, and continuity of care showed significant improvements after using the model compared to before ($p<.001$). The Chanthaburi CBTx Model is highly suitable and feasible for implementation (Mean = 4.59, SD = 0.466)

**CONCLUSIONS:** The Chanthaburi CBTx Model, a community-based approach to substance user care, can be effectively implemented in the context of Chanthaburi Province. It brings about positive changes at the individual, family, and community levels, particularly in reducing risky behaviors, preventing relapse into substance use, and enhancing the sustainability of care continuity.



**KEYWORDS:** Model, Care, Drug user, The community is the foundation.

*Thaiclinicaltrials.org number, TCTR20250523001*

## บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสังคมที่รุนแรงที่สุดในแต่ละประเทศทั่วโลก จากข้อมูลการรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC พบว่าในปี 2563 จำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ 26 นอกจากนี้พบว่าเด็กและเยาวชนมีการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่[1] ประเทศไทยปัญหาการใช้สารเสพติดกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุข[2] โดยเป็นภัยคุกคาม ส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ทำให้อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว ขาดการใช้เหตุผล ฤทธิ์ยาส่งผลทำให้เกิดอาการทางจิตและประสาทกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ปัจจุบันผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังจากการขาดยา ร่วมกับสภาพสังคมมีการใช้สารเสพติดอย่างเสรี เช่น กัญชา ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการเรื้อรัง และพบ มีการใช้สารเสพติดร่วมมากกว่า 2 ชนิด ขึ้นไป[3] เกิดความไม่ปลอดภัยทั้งทางร่างกายและชีวิตของคนในชุมชน จากสถิติปี 2567 พบผู้เข้ารับการบำบัดรักษารวมทุกเขตสุขภาพทั่วประเทศ 189,427 ราย เป็นผู้ใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่จำนวน 31,247 ราย และในจำนวน 47,123 ราย เป็นผู้ใช้สารเสพติดกลับมา เสพซ้ำ นอกจากนี้พบผู้ติดยาเสพติดมีอาการทางจิตและพฤติกรรมก่อความรุนแรง (SMI-V) ทั่วประเทศ มีจำนวน 90 ราย[4] ปัญหาการใช้สารเสพติดส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศชาติรวมไปถึงประชาชนในชุมชน[5] โดยเฉพาะในระดับชุมชนซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่จริง การดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดในปัจจุบันยังพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การขาดความต่อเนื่องในการดูแลหลังการบำบัดรักษา การมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนที่ยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ

นโยบายของรัฐบาลเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้เสพ โดยเน้นย้ำว่า "ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย" ต้องได้รับการบำบัดรักษา[4] โดยมีรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบดั้งเดิม ซึ่งมีแนวทางมาตรฐานที่ใช้ในสถานพยาบาล เน้นการถอนพิษยา (Detoxification): ดูแลรักษาอาการขาดยาทางกายภายใต้การดูแลของแพทย์ การบำบัดรักษาและฟื้นฟู (Treatment & Rehabilitation): เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) การติดตามผล (Follow-up): การติดตามหลังการรักษา เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย ให้สามารถเลิกเสพและกลับคืนสู่สังคมที่เรียกว่า Classical Model โดยมีโครงสร้างหลัก คือ ดำเนินการในโรงพยาบาลหรือสถานฟื้นฟูโดยเฉพาะ แต่ด้วยสถานการณ์การใช้สารเสพติดในปัจจุบัน ผู้ใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่จำนวนมากถึง 31,247 ราย/ปี โดยบุคคลที่ใช้สารเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาภาครัฐในโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ ได้เพียง 200,000 ราย/ปี จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community based Treatment: CBTx) เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหา ซึ่งหลักและวิธีการของการใช้ชุมชนเป็นฐานมีแนวคิดที่ว่าผู้ใช้สารเสพติดทุกคนไม่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาล แต่บุคลากรที่อยู่ในชุมชนที่เป็นหน่วยเล็กที่สุด คือ ครอบครัว รวมไปถึงบุคคลในชุมชนสามารถดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ จึงเกิดแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน Community Based Treatment: CBTx[4]

จังหวัดจันทบุรีมีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด มีศูนย์คัดกรองยาเสพติดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกตำบล มีการจัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรี นอกจากนี้ มีการจัดตั้งมินิธัญญารักษ์ เพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และผู้ใช้สารเสพติดในกลุ่มสีเหลืองและสีเขียวเป็นการบำบัดแบบระยะสั้น ในโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน มีการจัดตั้งศูนย์จันทารักษ์ ณ กองร้อยตำรวจตะเวนชายแดน ที่ 115 ในเขตพื้นที่ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ครั้งแรกของประเทศไทยในปี 2566 ซึ่งมีกิจกรรมในหลักสูตร ครั้งแรก 90 วัน และขยายเป็น 120 วัน ในปัจจุบัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ใช้สารเสพติดได้รับการบำบัดลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Ham Reduction) รวมมี ผู้เข้ารับการบำบัด จำนวน 139 คน บำบัดครบ ร้อยละ 96.40 บำบัด ไม่ครบร้อยละ 3.6 หยุดเสพยาเสพติด ร้อยละ 67.53 กลับไปเสพซ้ำร้อยละ 32.47 ซึ่งอัตราการกลับไปเสพซ้ำยังคงเป็นปัญหาเรื้อรังในชุมชน นอกจากนี้การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดต้องดำเนินการในระยะยาว เนื่องจากสภาพพื้นที่ในปัจจุบัน พบปัญหาการแพร่ระบาด การเข้าถึงของยาเสพติดที่หาซื้อง่ายผ่านโลกออนไลน์ ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดหลังการบำบัดรักษาเมื่อกลับเข้าสู่ชุมชน ไม่มีมาตรการด้านการสอดส่องดูแลผู้ใช้สารเสพติดรองรับ ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดกลับมาเสพซ้ำ การดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดในพื้นที่จึงจำเป็นต้องอาศัยกลไกในระดับชุมชนเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยแนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care) เป็นแนวทางที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูและกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดในกลุ่มสีเขียวที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล มินิธัญญารักษ์ และศูนย์จันทารักษ์ เมื่อกลับเข้าสู่พื้นที่ในชุมชนยังขาดระบบการดูแลต่อเนื่อง ปัญหาส่วนใหญ่คือการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ขาดระบบติดตามต่อเนื่องในชุมชน ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลแต่ขาดความรู้และทักษะที่เหมาะสม ชุมชนบางพื้นที่ยังมีการตีตราผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการกลับคืนสู่สังคม และการประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี เพื่อให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ใช้สารเสพติดอย่างเป็นรูปธรรม และมีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องผ่านเครือข่าย 5 เสาหลัก ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปกครอง ผู้นำชุมชน ตำรวจ บุคลากรด้านสาธารณสุข และครอบครัว ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น **วัตถุประสงค์** 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน 2) เพื่อพัฒนารูปแบบฯ และ 3) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี **สมมุติฐานการวิจัย** สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนจังหวัดจันทบุรีเป็นอย่างไร รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่เหมาะสมกับจังหวัดจันทบุรีควรมีองค์ประกอบใดบ้าง และผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานมีประสิทธิผลเพียงใด

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี (Chanthaburi CBTx. Model) โดยใช้แนวคิดทฤษฎี

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[6] และแนวคิดการบำบัดรักษาและการดูแลต่อเนื่อง[7] และการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นแนวทางในการวิจัย โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี เขตสุขภาพที่ 6 (เลขที่ 027/69)

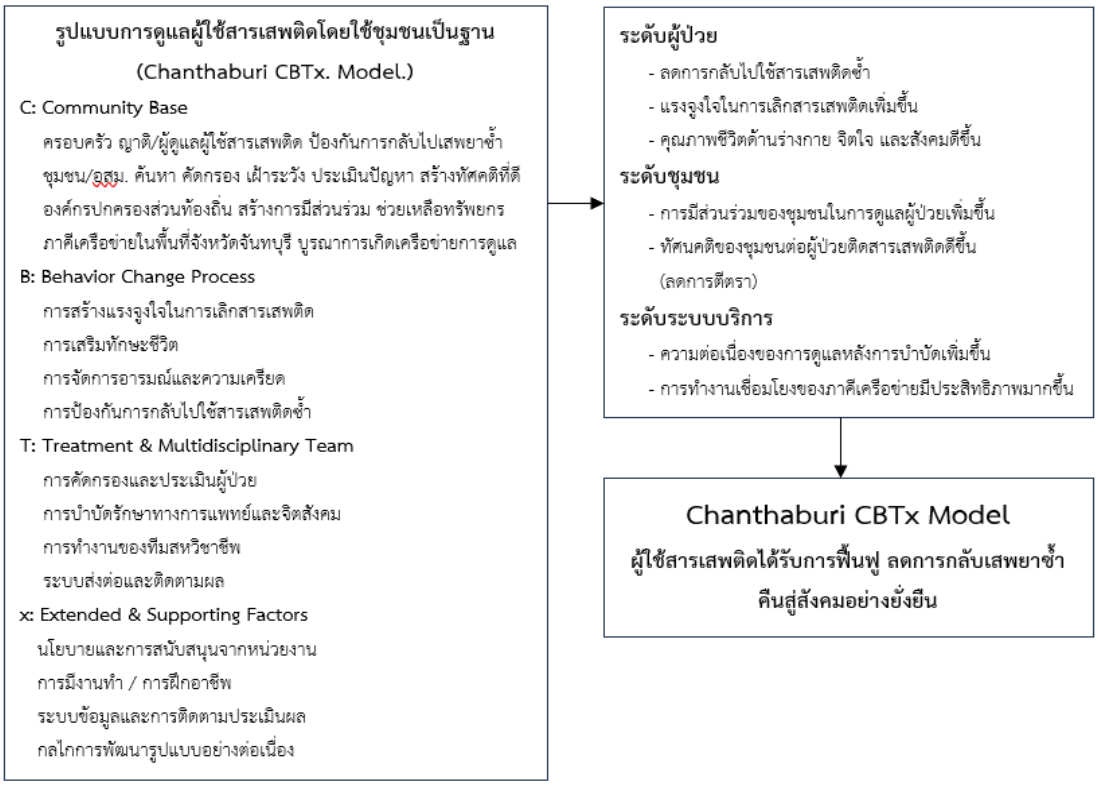



**Figure 1** Conceptual framework of the study

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** แบ่งตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

**วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน**

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ บุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในเขตพื้นที่ ประกอบด้วย อำเภอเมืองจันทบุรี อำเภอแหลมสิงห์ และอำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี จำนวน 81,858 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) บุคลากรที่เกี่ยวข้องจากพื้นที่ที่มีการดำเนินงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง จำนวน 20 คน ประกอบด้วย เครือข่าย 5 เสาหลัก ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปกครอง จำนวน 1 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน ตำรวจ จำนวน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ จำนวน 5 คน 2) บุคลากรสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข) จำนวน 10 คน และ 3) ผู้ดูแลผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มสีเขียวหลังได้รับการบำบัดหรือฟื้นฟู จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มีประสบการในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดอย่างน้อย 1 ปี ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แบบสัมภาษณ์ (In depth interview) สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดการวิจัย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเครือข่าย 5 เสาหลักและผู้ดูแล เพศ อายุ บทบาทในชุมชน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติด (ปี) ส่วนที่ 2

แบบสอบถามเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดในชุมชน ดังนี้ 1) สภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดในชุมชน 2) ความต้องการในการพัฒนารูปแบบฯ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี (Chanthaburi CBTx. Model) ของเครือข่าย 5 เสาหลักและผู้ดูแล จำนวน 30 คน ใช้เวลา 30 นาทีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยการให้รหัสข้อมูล และการวิเคราะห์ความหมายของข้อมูล

**วัตถุประสงค์ที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี Chanthaburi CBTx. Model** ระยะนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ทีมพัฒนารูปแบบฯ มีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

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

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อพัฒนารูปแบบฯ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ ทฤษฎี กรอบแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทีมพัฒนารูปแบบฯ เพศ อายุ บทบาทในชุมชน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติด (ปี) ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี (Chanthaburi CBTx. Model) ประกอบด้วย โดยมีประเด็นคำถามหลักในแต่ละด้าน 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 Chanthaburi CBTx. Model กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่เกี่ยงข้องจากพื้นที่ที่มีการดำเนินงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง จำนวน 30 คน ประกอบด้วย เครือข่าย 5 เสาหลัก ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปกครอง จำนวน 1 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน ตำรวจ จำนวน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ จำนวน 5 คน 2) บุคลากรสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข) จำนวน 10 คน และ 3) ผู้ดูแลผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มสีเขียวหลังได้รับการบำบัดหรือฟื้นฟู จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 30 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง Purposive sampling ในกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุข และการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ใช้สารเสพติด ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

**ชุดที่ 1** 1.1) แบบประเมินผลหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดสารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี Chanthaburi CBTx Model ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ บทบาทในชุมชน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติด (ปี) ตอนที่ 2 ระดับผู้ดูแลผู้ใช้สารเสพติด แบ่งออกเป็น 3 มิติ มิติด้านมิติแรงจูงใจ ข้อที่ 1 ผู้ใช้สารเสพติดมีความตั้งใจเลิกสารเสพติดอย่างจริงจัง ข้อที่ 2 ผู้ใช้สารเสพติดให้ความมั่นใจต่อผู้ดูแลว่าสามารถควบคุมตนเองได้ มิติการจัดการพฤติกรรม ข้อที่ 3 ผู้ใช้สารเสพติสามารถจัดการความเครียดโดยไม่พึ่งสารเสพติด 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 ที่พัฒนาขึ้นช่วยลดภาระของหน่วยบริการจำนวน 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 ขั้นตอนการดำเนินงานมีความชัดเจน ข้อที่ 9 บทบาทของภาคีเครือข่ายชัดเจน และข้อที่ 10 รูปปแบบฯ มีความครบถ้วนและเป็นระบบ แบบประเมินจากประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์แบ่งคะแนน 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ใช้ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1 – 5 พิจารณาอิงเกณฑ์ของเบสท์ [5]

**ชุดที่ 2** แผนการสอนรูปแบบฯ ได้จากการศึกษาตำรา เอกสารวิชาการ ทฤษฎี และแนวคิดจากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[6] คู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ของ สบยช.[8] 3 กิจกรรม 1) การสร้างชุมชน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว C: Community Base 2) ความรู้พื้นฐาน การเสพติด การบำบัดรักษา และการลดอันตรายจากยาเสพติด B: Behavior Change Process and T: Treatment & Multidisciplinary Team 3) สถานการณ์ และแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน x: Extended & Supporting Factors

**การตรวจคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 1 ท่าน สาธารณสุขอำเภอเมืองจันทบุรีเป็นคณะกรรมการ พชอ. จำนวน 1 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลกลุ่มงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา ปรับปรุงตามคำแนะนำ ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน เท่ากับ 0.89 แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ของรูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี Chanthaburi CBTx Model เท่ากับ 0.91 และแบบประเมินผลหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี 0.95 โดยมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.91

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนน แบบสอบถามศึกษาสภาพปัญหาฯ แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ และแบบประเมินผลหลังการใช้รูปแบบฯ ก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .001

## ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ผลศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน พบสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดในจังหวัดจันทบุรี ดังนี้ 1) การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการบำบัดในสถานพยาบาล ขาดระบบติดตามต่อเนื่องในชุมชน *“ไม่มีระบบที่เป็นรูปธรรมในชุมชน ชาย 42 ปี”* 2) ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลแต่ขาดความรู้และทักษะที่เหมาะสม *“อยากมีความรู้ ไม่อยากให้เสพยา หญิง 50 ปี”* 3) ชุมชนบางพื้นที่ยังมีการตีตราผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการกลับคืนสู่สังคม *“ไม่อยากให้ใครรู้ว่าติดยา ระแวกบ้านไม่ชอบ หญิง 47 ปี”* และ 4) การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน *“ไม่รู้จะเริ่มยังไง ระบบที่ต้องดูแลในชุมชนทำอย่างไร ชาย 49 ปี”*

ระยะที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดสารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดจันทบุรี Chanthaburi CBTx Model โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกถึงการวิเคราะห์ชุมชน เตรียมชุมชน ศึกษาสถานการณ์ นำมาถอดรหัสคำ และนำเสนอในขั้นตอนการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง เพื่อขึ้นรูปแบบฯ และนำผลของรูปแบบฯ ไปใช้ในพื้นที่อำเภอเมืองจันทบุรี อำเภอแหลมสิงห์ และอำเภอโป่งน้ำร้อน โดยมีผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ Chanthaburi CBTx Model พบว่าคะแนนประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M= 4.59, SD = 0.352) (Figure 2)

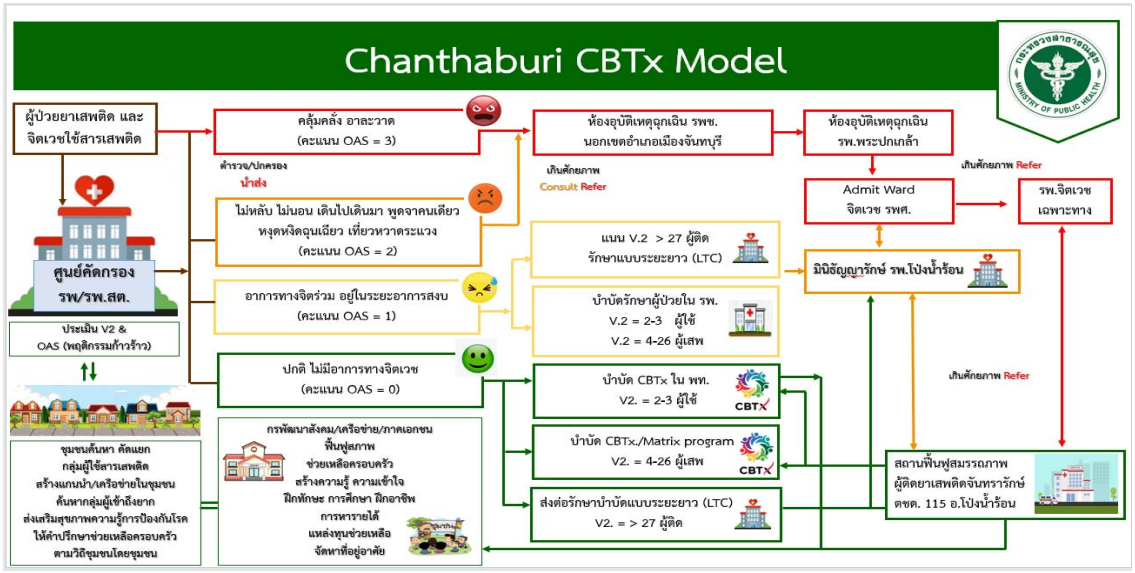



**Figure 2** Community-based substance use care model, Chanthaburi Province. Chanthaburi CBTx. Model

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)

| Variable | Before | | After | | *Z* | *p-value* (1-tailed) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Mdn* | *IQR* | *Mdn* | *IQR* | | |
| The issues in caring for drug users in the community | 3.90 | 1.30 | 1.80 | 0.43 | -4.784[a] | <.001 |
| The use of Chanthaburi CBTx. Model | 1.42 | 0.17 | 4.54 | 0.35 | -4.787[b] | <.001 |

a. Based on Positive Ranks

b. Based on Negative Ranks

จากตารางที่ 1 การทดสอบเปรียบเทียบคะแนนสภาพปัญหาในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน และการใช้รูปแบบ Chanthaburi CBTx Model ก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test พบว่าหลังได้รับรูปแบบฯ คะแนนสภาพปัญหาในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนลดลง โดยมีคะแนนการใช้รูปแบบ Chanthaburi CBTx Model เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.001

## อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน Chanthaburi CBTx Model จังหวัดจันทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบฯ และประเมินผลการใช้รูปแบบฯ ผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. การพัฒนารูปแบบ Chanthaburi CBTx Model ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบฯ ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมพลังพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสะท้อนถึงแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการในระดับชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของ Urie Bronfenbrenner ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลได้รับอิทธิพลจากบริบททางสังคมหลายระดับ โดยเฉพาะครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจึงช่วยสนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8] สอดคล้องการศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานของโครงการชุมชนที่สนับสนุนบริการลดอันตราย (harm reduction) สำหรับผู้ใช้สารเสพติด พบว่า การดำเนินงานในระดับชุมชนช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการรักษาและลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้สารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญ[9]

2. ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ โดยผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า Chanthaburi CBTx Model มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และระบบบริการสุขภาพในระดับชุมชน สอดคล้องกับศึกษาการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์ยาเสพติดมีความรุนแรงทั้งต่อทรัพย์สินและต่อผู้อื่น บุคลากร งบประมาณ และสถานบำบัดไม่เพียงพอ การติดตามไม่ต่อเนื่องการเชื่อมโยงข้อมูลที่ไม่เป็นระบบ และบุคลากรยังขาดทักษะและองค์ความรู้เพียงพอ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) ระยะก่อนบำบัด ทำงานเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่าย กำหนดแนวทางการดูแลเฝ้าระวัง เพิ่มทักษะการดูแลและส่งต่อ 2) ระยะบำบัด ดำเนินงานตามแนวทาง Patient Journey (กระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เข้ารับบริการจนถึงการติดตาม) จัดตั้งมินิธัญญารักษ์ 4 แห่ง 3) ระยะติดตาม จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมแบบพักคอย 9 แห่ง ผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัด 1,066 คน บำบัดครบร้อยละ 80.02 บำบัด ไม่ครบร้อยละ 19.98 หยุดเสพยาเสพติด ร้อยละ 67.53 กลับไปเสพซ้ำร้อยละ 32.47 และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต หลังติดตาม 3 เดือน ($\bar{x}$ = 80.43, SD = 3.71) สูงกว่าหลังบำบัดครบ ($\bar{x}$ = 61.44, SD = 1.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 37.40, p <0.001)[10]

3. ผลของการใช้ Chanthaburi CBTx Model ต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติด โดยผลการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถช่วยสนับสนุนกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ James O. Prochaska และ Carlo C. DiClemente ซึ่งเสนอว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากสภาพแวดล้อมทางสังคมและระบบบริการสุขภาพ การที่รูปแบบ Chanthaburi CBTx Model มีองค์ประกอบของการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จึงช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดการกลับไปใช้สารเสพติดได้ สอดคล้องกับการศึกษาการสำรวจศูนย์สนับสนุนการฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในสหรัฐอเมริกา พบว่าศูนย์ชุมชนดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการฟื้นฟู เช่น การให้คำปรึกษา การสนับสนุนทางสังคม และการเชื่อมต่อบริการสุขภาพ ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัวของผู้ป่วย[11]

4. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้รูปแบบ Chanthaburi CBTx Model การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระดับชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการฟื้นฟูผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์การเข้าถึงบริการรักษาผู้ติดสารเสพติดในรัฐนิวยอร์ก โดยใช้การวิเคราะห์เชิงพื้นที่ พบว่าการเข้าถึงบริการในระดับชุมชน มีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของระบบการรักษา และควรมีการกระจายบริการในพื้นที่ที่มีความต้องการสูง[12]

5. ความต่อเนื่องของการเข้ารับการบำบัดรักษา โดยผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้รูปแบบ Chanthaburi CBTx Model ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องในการเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวสามารถช่วยสนับสนุนการฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดและช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัด[13]

ประโยชน์ของการศึกษาและการนำไปใช้ ประโยชน์เชิงปฏิบัติการ 1) หน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรีสามารถนำ Chanthaburi CBTx Model ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 2) บุคลากรสาธารณสุขสามารถใช้รูปแบบดังกล่าวเป็นเครื่องมือในการประสานการทำงานร่วมกับครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย 3) ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ติดตาม และสนับสนุนการฟื้นฟูผู้ป่วยติดสารเสพติดในพื้นที่ 4) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และส่งเสริมการกลับคืนสู่สังคมของผู้ป่วย การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ 1) หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำ Chanthaburi CBTx Model ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยติดสารเสพติดในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด 2) สามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน 3) ใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายและแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดในระดับพื้นที่ 4) สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติหรือคู่มือการดำเนินงานสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

## สรุปผลการดำเนินการวิจัย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า Chanthaburi CBTx Model เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จังหวัดจันทบุรี และสามารถช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด เพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และส่งเสริมความต่อเนื่องในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำแนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการเสริมพลังพฤติกรรมและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน จึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืน

**กิตติกรรมประกาศ**

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

**เอกสารอ้างอิง**

1. UNODC. (2025). World Drug Report. 2025.
2. Office of the Narcotics Control Board. Drug situation in Thailand. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2022. [In Thai]
3. Mueang Chanthaburi District Public Health Office. Data on care of psychiatric patients with substance use disorders. Chanthaburi: Mueang Chanthaburi District Public Health Office; 2026. [In Thai]
4. Public Health Administration Division. PHDB database (Public Health Data Base) [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2026 [cited 2026 Mar 15]. [In Thai]
5. Department of Mental Health. Guidelines for care of patients with substance use disorders in the community. Bangkok: Ministry of Public Health; 2021.
6. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(3), 390–395.
7. Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press.
8. Department of Medical Services. Community-based treatment and rehabilitation manual for drug users. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021. [In Thai]
9. Gleason-Comstock J, Calhoun CB, Locke BJ, 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. 2024;19:24.
10. Phiwpha T. Development of an integrated treatment and rehabilitation model for drug addicts in Sisaket Province. Sisaket Journal of Research and Health Development 4(3); 59-69 [In Thai]
11. Kelly JF, Bergman BG, Hoeppner BB, et al. Recovery community centers and recovery support services in the United States. J Addict Med. 2024;18(3):274-281.
12. 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. Addict Sci Clin Pract. 2025;20:60.

13. 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):355-365.