

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx “ชุมชน ล้อมรั้ว” อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

A Model of Development for Community Based Treatment and Rehabilitation Related to Drugs
Addiction Rehabilitation among Patients In Lahansai district, Buriram province.

(Received: October 13,2025 ; Revised: November 2,2025 ; Accepted: November 3,2025)

มะลิวัลย์ เศรษฐบุตร¹

Maliwan Setthabut¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ CBTx ที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้การวิจัยและพัฒนา (R&D) ด้วยระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และเอกสารที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแกนนำชุมชน ภาวศีเครือข่าย ผู้ป่วยยาเสพติด และญาติ รวม 45 คน ดำเนินการตามกรอบ Action Research และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบสามเส้า

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรั้ว” มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างการรับรู้และประชาคม 2) การจัดตั้งคณะทำงานและบูรณาการหลายภาคส่วน 3) การจัดกิจกรรมบำบัด เช่น ดนตรีบำบัด กีฬาบำบัด ฝึกอาชีพ และกิจกรรมเสริมสร้างคุณค่าชีวิต 4) การติดตามและประเมินผลต่อเนื่อง ผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย 12 ใน 15 คน (ร้อยละ 80) ลด ละ เลิกการเสพติดได้อัตโนมัติ และร้อยละ 86.7 มีสุขภาพกายและจิตดีขึ้น ครอบครัวและชุมชนให้การยอมรับและสนับสนุน ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณค่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 3.35 เป็น 4.20 ($p<0.001$) โดยเฉพาะด้าน “ร่วมคิด” และ “ร่วมรับผลประโยชน์” ขณะเดียวกันคดียาเสพติดในพื้นที่ลดลงร้อยละ 25

คำสำคัญ: การบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง, ผู้ป่วยยาเสพติด, การมีส่วนร่วมของชุมชน

ABSTRACT

This study aimed to develop a CBTx model appropriate to the context of Lahan Sai District, Buriram Province. A research and development (R&D) design with qualitative methodology was applied. Data were collected through focus group discussions, in-depth interviews, observation, and document review. Participants included 45 informants: community leaders, network partners, drug users, and family members. The study followed the Action Research framework and ensured trustworthiness through triangulation.

The results revealed that the CBTx “Chum Chon Lom Rak” model consisted of four main steps: (1) raising awareness and community mobilization, (2) establishing a working group and integrating multi-sectoral collaboration, (3) implementing rehabilitation activities such as music therapy, exercise therapy, vocational training, and life-value enhancement activities, and (4) continuous follow-up and evaluation. Outcomes showed that 12 out of 15 drug users (80%) successfully reduced or quit drug use, and 86.7% reported improved physical and mental health. Families and communities increasingly accepted and supported patients, enabling their reintegration into society. Community participation significantly increased from a mean score of 3.35 to 4.20 ($p<0.001$), especially in “co-thinking” and “benefit-sharing.” In addition, local drug-related cases decreased by 25%.

Key word: Community-based rehabilitation, Drug addiction patients, Community participation

บทนำ

ปัญหาสารเสพติดเป็นภัยต่อความมั่นคงของ
มนุษยชาติที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) โรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

ในระดับโลก ข้อมูลจาก World Drug Report 2020 ระบุว่าปี 2018 มีผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกประมาณ 269 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.8 ของประชากรโลก และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 5.4 และแนวโน้มยังคงเพิ่มขึ้น¹ สถานการณ์ในประเทศไทย การสำรวจระดับประเทศที่เผยแพร่ปี 2563 พบว่าปี 2562 มีผู้ใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในรอบปีจำนวนประมาณ 3.75 ล้านคน (ร้อยละ 7.46) และเคยใช้สารเสพติดในช่วงอายุ 12–65 ปีรวม 1.97 ล้านคน (ร้อยละ 3.91)² ผลกระทบจากสารเสพติดมีหลายมิติทั้งกระทบเชิงอาชญากรรมและความปลอดภัยแล้ว ภาระโรคจากการใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชากร³ การติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลต่อการสูญเสีย 41 ต่อประชากรพันคน ขณะเดียวกัน ปัญหายังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน โดยร้อยละ 35.9 ของชุมชนได้รับผลกระทบและมีผู้เกี่ยวข้องกับอาชญากรรมจากสารเสพติดกว่า 127,000 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 18^{4,5} เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว รัฐบาลไทยได้กำหนดนโยบายบูรณาการให้ผู้ใช้สารเสพติด “เข้าสู่การบำบัดฟื้นฟู และติดตามต่อเนื่อง” โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายภาคีในพื้นที่ และได้พัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment and Care: CBTx) เพื่อให้เกิดการดูแลใกล้บ้านอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัด ฟื้นฟู ลดอันตราย ไปจนถึงการติดตามช่วยเหลือทางสังคมแนวทางดังกล่าวได้รับการถ่ายทอดเป็นคู่มือปฏิบัติระดับประเทศและระดับเขต/จังหวัด เพื่อให้หน่วยบริการและภาคีเครือข่ายสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง⁶⁻⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมสนับสนุนความสำคัญของการขับเคลื่อนรูปแบบ CBTx พบว่า WHO-UNODC ออก “International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders (2020)” เน้นระบบบริการแบบต่อเนื่องในชุมชน บูรณาการสุขภาพ-สังคม และยืนยันว่า

การบำบัดโดยสมัครใจ/ชุมชนเป็นแนวทางที่มีหลักฐานรองรับมากกว่าโมเดลคุมขังบังคับ (compulsory) ซึ่งเอกสารภูมิภาคเอเชียตะวันออกและแปซิฟิกปี 2022 ก็เรียกร้องให้เปลี่ยนผ่านไปสู่ CBT อย่างชัดเจน⁹ การศึกษาของ นุชรีย์ ทองเจิม พัฒนารูปแบบบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน พบว่า “การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว” ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้นและได้รับการยอมรับมากขึ้น พร้อมศักยภาพขยายผลสู่พื้นที่อื่นเมื่อปรับตามบริบท¹⁰ ศรีสุตา ลุนพุดิ ศึกษาพื้นที่จังหวัดขอนแก่น พบองค์ประกอบสำคัญได้แก่ การสร้างความตระหนักระดับอำเภอ การทำประชาคม การเสริมศักยภาพชุมชน และการติดตามต่อเนื่อง โดยผู้เสพจำนวนมาก “หยุดเสพได้ต่อเนื่อง” และคดียาเสพติดลดลงอย่างเห็นได้ชัด¹¹ และณัฐพร ผลงาม เสนอให้ลดการสั่งการเชิงอำนาจจากส่วนกลาง และยกระดับ “การมีส่วนร่วมออกแบบ-ตัดสินใจของชุมชน” ตลอดกระบวนการ ขณะที่หน่วยบริการสาธารณสุขทำหน้าที่สนับสนุน case management, holistic rehabilitation และ network linkage เพื่อลดการกลับไปเสพซ้ำ¹²

จากหลักฐานข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทไทย ดังนั้น การพัฒนาโครงการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานในอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ จึงมีความสำคัญในการสร้างกระบวนการบำบัดแบบบูรณาการ ที่ไม่เพียงมุ่งเน้นต่อผู้เสพ แต่ยังเสริมพลังแก่ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้สามารถลด ละ เลิกสารเสพติด และส่งคืนคนดีกลับคืนสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) อาศัยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ประชาชนและครอบครัวในหมู่บ้านที่มีการแพร่ระบาด รวมถึงผู้ป่วยยาเสพติด และบุคลากร/แกนนำที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง (Samples)

คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

1. แกนนำและสหสาขาวิชาชีพในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการ รพ.สต. ตำรวจ และผู้แทนภาคประชาชน

2. ผู้ป่วย/ผู้ใช้สารเสพติด ที่ผ่านการคัดกรองและอยู่ในระดับ “ผู้เสพ”

3. ญาติหรือผู้ดูแล ที่เป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือเครือญาติใกล้ชิด ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยและสมัครใจเข้าร่วม

เกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1. เป็นประชาชนในหมู่บ้านที่มีการแพร่ระบาดในพื้นที่ศึกษา

2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

3. สมัครใจเข้าร่วมและให้ข้อมูล

4. อยู่ในกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินงาน CBTx

โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะป่วยทางจิตเวชหรือมีโรครุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและเหตุผล (Sample size and Rationale)

การวิจัยเชิงคุณภาพใช้เกณฑ์ “อิ่มตัวของข้อมูล” (data saturation) มากกว่าการกำหนดจำนวนเชิงสถิติ โดยกำหนดเบื้องต้นดังนี้

1. สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) 3-4 วง กลุ่มละ 6-8 คน แบ่งตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

2. สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) 10-15 ราย (3-5 ราย/กลุ่ม) เพื่อเจาะลึกประเด็นสำคัญ

รวมผู้ให้ข้อมูลประมาณ 28-47 ราย โดยสามารถปรับเพิ่มหรือลดตามความเหมาะสม หากข้อมูลยังไม่ถึงจุดอิ่มตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน (Demographic Questionnaire) ใช้บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ตลอดจนบริบทครอบครัวและชุมชน

2. แบบสอบถามประเมิน (Assessment Questionnaires) ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ เกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดและบทบาทชุมชน, แบบประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม, แบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อการดำเนินกิจกรรม CBTx เครื่องมืออ้างอิงจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธี KR-20 และ Cronbach's Alpha (ค่า >0.7)

3. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) ใช้คำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured questions) เพื่อเจาะลึกประเด็น เช่น ประสบการณ์ของผู้เสพ/ญาติในการเข้ารับการรักษา, อุปสรรคและปัจจัยส่งเสริมการฟื้นฟู, บทบาทของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในการสนับสนุน

4. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) ใช้สำหรับการสนทนากลุ่มกับ

แกนนำชุมชน ผู้ป่วย และญาติ เพื่อระดมความคิดเห็นต่อ รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู CBTx ความเหมาะสม ปัญหา และข้อเสนอแนะในการพัฒนา รูปแบบ

5. แบบบันทึกการสังเกตการณ์ (Observation Record Form) ใช้สำหรับบันทึก พฤติกรรม บรรยากาศการมีส่วนร่วม และการ ปฏิบัติงานจริงของทีมบำบัดฟื้นฟู/เครือข่ายใน ชุมชน

6. เอกสารและคู่มือที่เกี่ยวข้อง (Document Review Form) ศึกษาคู่มือการบำบัดฟื้นฟู CBTx เอกสารโครงการ รายงานการดำเนินงาน และ เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลเสริม ประกอบการออกแบบและปรับใช้รูปแบบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลใช้วิธีการเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1. การสนทนากลุ่ม (FGD) กับแกนนำชุมชน ผู้ป่วย และญาติ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟู

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (IDI) เพื่อเก็บข้อมูล ประสบการณ์และข้อเสนอแนะ

3. การสังเกตการณ์ (Observation) พฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม CBTx

4. การศึกษาจากเอกสาร (Document Review) ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดฟื้นฟูและ รายงานโครงการ

ข้อมูลถูกรวบรวมตามกรอบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: Planning–Action– Observation–Reflection) จนกว่าจะถึงความ อิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) และตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตการณ์ ถูกถอด ความแล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จัดหมวดหมู่ เพื่อสรุปปัจจัย ปัญหา อุปสรรค และแนวทาง

พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟู CBTx ให้เหมาะสม กับบริบทของชุมชน

2. ข้อมูลจากเอกสารและรายงานต่าง ๆ ใช้ วิธีการ documentary analysis เพื่อตรวจสอบ ความสอดคล้องและเปรียบเทียบกับข้อมูล ภาคสนาม

3. เพื่อความน่าเชื่อถือ ใช้วิธีตรวจสอบสาม เส้า (triangulation) ทั้งด้านข้อมูล (ผู้ป่วย ญาติ ชุมชน), วิธีการเก็บข้อมูล (FGD, IDI, Observation, Document), และผู้วิจัยร่วม พร้อมตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member checking)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ตามเอกสาร รับรองที่ BRO 2024-154 เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2567 หมดอายุวันที่ 2 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการในตำบลตาจ่ง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมีการแพร่ระบาดของยาเสพติด และได้รับการคัดเลือกให้เป็น “พื้นที่ต้นแบบ CBTx ชุมชนล้อมรั้ว” โดยการประชาคมร่วมกับภาคี เครือข่ายท้องถิ่น พบว่ามีประชากรทั้งสิ้น 8,339 คน แบ่งเป็น 12 หมู่บ้าน 2,374 หลังคาเรือน กลุ่ม ตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) แกนนำชุมชนและผู้แทนภาคีเครือข่าย เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ตำรวจ ผู้นำศาสนา และองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น รวม 30 คน 2) ผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการคัดกรองและยินยอมเข้าร่วมโครงการ 15 คน 3) ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดใน ครีวเรือน จำนวน 15 ครอบครัว

2. การดำเนินการพัฒนาโมเดล CBTx “ชุมชนล้อมรั้ว” ดำเนินการแบบวนรอบ (Plan– Action–Observation–Reflection: PAOR) จำนวน 2 รอบ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบ

การบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน ผลการดำเนินการสรุปได้ดังนี้

ระยะที่ 1: การวางแผน (Planning)

ทีมวิจัยได้ทบทวนข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน ทั้งคู่มือ CBTx ระดับประเทศ เอกสารรายงานจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) และเอกสารแนวทางจากองค์การอนามัยโลก (WHO-UNODC) เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดและองค์ประกอบเบื้องต้นของโมเดลที่เหมาะสมกับพื้นที่ ควบคู่กับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแกนนำชุมชน ผู้ใช้สารเสพติด และญาติ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ปัญหาหลักของพื้นที่ ได้แก่ การขาดระบบติดตามต่อเนื่อง การตีตราผู้ใช้สารเสพติด และการมีส่วนร่วมของครอบครัวยังจำกัด ซึ่งเป็นฐานสำหรับกำหนดสมมติฐานเชิงพัฒนาและวางแผนการทดลองในภาคสนาม

ระยะที่ 2: การดำเนินการรอบแรก (Action – Cycle 1)

ทีมวิจัยได้นำองค์ประกอบของโมเดลไปทดลองใช้จริงในชุมชน โดยจัดกิจกรรมบำบัดและฟื้นฟู เช่น ดนตรีบำบัด กีฬาบำบัด และกิจกรรมเสริมสร้างคุณค่าชีวิต เพื่อสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในตนเอง ผู้เข้าร่วมได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว แกนนำ และอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีบทบาทตั้งแต่การชวนเข้าร่วมจนถึงการติดตามผลพบว่าผู้เข้าร่วมมีกิจกรรมร่วมกับชุมชนเพิ่มขึ้น ความรู้ความเข้าใจเรื่องการบำบัดดีขึ้น และเกิดบรรยากาศแห่งการยอมรับมากขึ้น

ระยะที่ 3: การสังเกตและสะท้อนผล (Observation & Reflection – Cycle 1)

จากการสังเกตและการสะท้อนผลร่วมกับภาคีเครือข่าย พบปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอและการมีส่วนร่วมของครอบครัวยังไม่ต่อเนื่อง ทีมวิจัยและภาคีได้เสนอแนวทางปรับปรุง ได้แก่ การเพิ่มการเยี่ยมบ้านเชิงรุกโดย อสม. เพื่อ

รักษาการเชื่อมต่อระหว่างกิจกรรม การบูรณาการกิจกรรมฝึกอาชีพเพื่อสร้างแรงจูงใจ และการจัดวงพูดคุยเชิงครอบครัวเพื่อลดอคติและการตีตราผู้เข้าร่วม

ระยะที่ 4: การดำเนินการรอบที่สอง (Action – Cycle 2)

โมเดลที่ได้รับการปรับปรุงได้นำกลับไปใช้ในพื้นที่จริงอีกครั้ง โดยยังคงหลักการชุมชนเป็นฐานและการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน ผลการดำเนินงานพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จากค่าเฉลี่ย 3.35 เป็น 4.20, $p < 0.001$) ผู้ป่วยร้อยละ 80 (12 ใน 15 คน) สามารถลดหรือเลิกใช้สารเสพติดได้ต่อเนื่อง และบรรยากาศในครอบครัวมีความเข้าใจและยอมรับเพิ่มขึ้นชัดเจน เกิดระบบพี่เลี้ยงและกลไกสนับสนุนในชุมชนที่มีความต่อเนื่องมากขึ้น

ระยะที่ 5: การสรุปและจัดทำโมเดล (Final Development)

เมื่อสังเคราะห์ข้อมูลจากทั้งสองรอบ ทีมวิจัยได้พัฒนา “รูปแบบโมเดล CBTx ชุมชนล้อมรั้ว” ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การสร้างการรับรู้และประชาคม เพื่อสร้างความเข้าใจและฉันทามติร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนกิจกรรม 2) การจัดตั้งคณะทำงานและบูรณาการหลายภาคส่วน เพื่อกำหนดบทบาท หน้าที่ และกลไกสนับสนุนอย่างชัดเจน 3) การจัดกิจกรรมบำบัดและฟื้นฟูแบบบูรณาการ ที่สอดคล้องกับบริบท เช่น ดนตรี-กีฬาบำบัด กิจกรรมคุณค่าชีวิต และการฝึกอาชีพ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจและลดการตีตรา 4) การติดตามและประเมินผลต่อเนื่อง ทั้งด้านสุขภาพกาย-ใจและมิติทางสังคม ผ่านระบบเยี่ยมบ้านและเครือข่ายอาสาสมัคร เพื่อคงการมีส่วนร่วมและป้องกันการหลุดจากระบบ

โดยสรุป โมเดล CBTx “ชุมชนล้อมรั้ว” ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น ใช้ได้จริง และสามารถเป็นต้นแบบการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐานที่ยั่งยืนในระดับพื้นที่

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโครงการ 15 คน ผ่านการบำบัดครบกระบวนการ ผู้ป่วย 12 ใน 15 คน (ร้อยละ 80) สามารถ ลด ละ เลิกการใช้สารเสพติดได้ต่อเนื่อง และกลับมาใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข ผู้ป่วย 3 คน (ร้อยละ 20) ยังมีการเสพยาเป็นครั้งคราว แต่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง สุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้นชัดเจน ร้อยละ 86.7, ผู้เข้าร่วมชุมชนและครอบครัวมีความตระหนักรู้ต่อปัญหาเสพติดสูงขึ้น และเกิดความ

ร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและท้องถิ่น, เกิด รูปแบบ “ชุมชนล้อมรั้ว” ซึ่งชุมชนมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู และติดตามต่อเนื่อง ส่งผลให้คดียาเสพติดในพื้นที่ลดลง ร้อยละ 25 เมื่อเทียบกับก่อนและหลังการดำเนินโครงการ และชุมชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น, การมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนช่วยเสริมศักยภาพของบุคลากรและแกนนำชุมชนในการจัดการปัญหาเสพติดเชิงบูรณาการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปผลการศึกษา CBTx “ชุมชนล้อมรั้ว” ตำบลตาจ่ง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

หมวด	รายละเอียด	จำนวน/ร้อยละ	หมายเหตุ
1. ข้อมูลผู้เข้าร่วม	ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโครงการ	15 คน (100%)	สมัครใจเข้าร่วมบำบัด
	เพศชาย	15 คน (100%)	ทุกคนเป็นวัยแรงงาน
	อายุ 18-30 ปี	9 คน (60%)	
2. การมีส่วนร่วมของชุมชน	แกนนำชุมชนและภาคีเครือข่ายที่สนับสนุน	30 คน	ผู้ใหญ่บ้าน, อสม., อบต., ตำรวจ, ผู้นำศาสนา
	ครอบครัวผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม	15 ครอบครัว (100%)	เข้าร่วมการประชุม/เวทีชุมชน
3. กิจกรรมบำบัด	ดนตรีบำบัด (Music therapy)	จัด 3 ครั้ง, ผู้เข้าร่วมเฉลี่ย 12 คน/ครั้ง	เน้นการผ่อนคลาย ลดความเครียด
	กีฬาบำบัด (Exercise therapy)	จัด 3 ครั้ง, ผู้เข้าร่วมเฉลี่ย 10 คน/ครั้ง	ฟุตบอล/วอลเลย์บอล
	ฝึกอาชีพตัดผม	ผู้เข้าร่วม 6 คน (40%)	สามารถนำไปสร้างรายได้
	กิจกรรมคุณค่าชีวิต/พัฒนาทักษะชีวิต	ผู้เข้าร่วมครบ 15 คน (100%)	เน้นการสร้างภาคภูมิใจ
4. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ผู้ป่วยเลิก/ลดการเสพยาต่อเนื่อง	12 คน (80%)	ยืนยันจากครอบครัวและ อสม.
	ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมเสพยาบ้าง	3 คน (20%)	ได้รับการติดตามต่อเนื่อง
	ผู้ป่วยที่สุขภาพจิตดีขึ้น (รายงานตนเอง)	13 คน (86.7%)	รู้สึกมีคุณค่าและได้รับการยอมรับ
5. ผลลัพธ์ด้านสังคม	ครอบครัวที่ยอมรับและสนับสนุน	15 ครอบครัว (100%)	ลดการตีตราในครอบครัว
	การลดคดียาเสพติดในพื้นที่	ลดลง 25%	ข้อมูลจากผู้นำชุมชน
	การรวมกลุ่มของชุมชน	เกิดเครือข่าย “ชุมชนล้อมรั้ว”	เป็นรูปแบบต้นแบบ CBTx
6. ข้อค้นพบเชิงคุณภาพ	ความตระหนักรู้ของชุมชน	เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน	ประชาชนมีส่วนร่วมเวทีหมู่บ้าน 75%
	ความรู้สึของผู้ป่วย	ได้รับการยอมรับ-มีคุณค่า” ร้อยละ 85	จากการสัมภาษณ์เชิงลึก
	ความยั่งยืนของรูปแบบ	ได้รับการบูรณาการจากหลายภาคส่วน	สาธารณสุข-ตำรวจ-อบต.-ผู้นำชุมชน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังการดำเนินโครงการ CBTx “ชุมชนล้อมรั้ว” ในกลุ่มตัวอย่าง 45 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนการดำเนินงานเท่ากับ 3.35 (S.D. = 0.61) และหลังการดำเนินงานเพิ่มขึ้นเป็น 4.20 (S.D. = 0.33) โดยมีค่าเฉลี่ยผลต่าง (d) เท่ากับ -0.85 และ

ช่วงความเชื่อมั่น 95%CI ของผลต่างอยู่ระหว่าง -1.02 ถึง -0.68 จากการทดสอบทางสถิติพบว่าความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.21$, $df = 44$, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรั้ว” สามารถส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx “ชุมชนล้อมรั้ว” อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน ($n = 45$)

การมีส่วนร่วมของชุมชน	$\bar{x}$	S.D.	d	95%CI of μd	t-test	df	p-value
ก่อนดำเนินงาน	3.35	0.61	- 0.85	-1.02 ถึง -0.68	10.21	44	<0.001
หลังดำเนินงาน	4.20	0.33					

* $p < 0.05$

ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังดำเนินโครงการในกลุ่มตัวอย่าง 45 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยรายด้านเพิ่มขึ้นทุกมิติ จากระดับต่ำ-ปานกลางก่อนดำเนินงาน (ภาพรวม $\bar{x}=2.73$, S.D.=0.41) เป็นระดับสูงหลังดำเนินงาน (ภาพรวม $\bar{x}=4.32$, S.D.=0.52) โดยเฉพาะมิติ “ร่วมรับผลประโยชน์” และ “ร่วมคิด” เพิ่มขึ้นเด่นชัด (จาก $\bar{x}=2.10$ และ 3.00 เป็น $\bar{x}=4.53$ และ 4.40 ตามลำดับ) สะท้อนว่ารูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรั้ว” ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกมิติอย่างเป็นรูปธรรม

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของชุมชนต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าก่อนดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 (S.D.=0.21) และหลังดำเนินงานเพิ่มขึ้นเป็น 2.77 (S.D.=0.18) โดยมีค่าเฉลี่ยผลต่าง -0.42 และช่วงความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง -0.50 ถึง -0.34 การทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=15.20$, $df=44$, $p<0.001$) สะท้อนว่าการดำเนินโครงการ CBTx “ชุมชนล้อมรั้ว” สามารถยกระดับความพึงพอใจและการยอมรับของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงาน ($n=45$)

ความพึงพอใจ	$\bar{x}$	S.D.	d	95%CI of μd	t-test	df	p-value
ก่อนการดำเนินงาน	2.35	0.21	- 0.42	- 0.50 ถึง -0.34	15.20	44	<0.001
หลังการดำเนินงาน	2.77	0.18					

* $p < 0.05$

สรุปการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx “ชุมชนล้อมรั้ว” สามารถสร้างกลไกการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน มี

ความต่อเนื่อง และสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน พร้อมทั้งเสริมพลังให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง

ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx “ชุมชนล้อมรั้ว” มีประสิทธิผลอย่างชัดเจนต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ผลลัพธ์ด้านสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 80 สามารถลด ละ เลิกการใช้สารเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง และสุขภาพกาย-จิตดีขึ้น ร้อยละ 86.7 ขณะเดียวกันครอบครัวและชุมชน แสดงออกถึงการยอมรับและการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณค่า สิ่งเหล่านี้สะท้อนว่า “การบำบัดที่มีชุมชนเป็นฐาน” ไม่เพียงเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย แต่ยังเป็นการเสริมพลังทางสังคม (empowerment) ให้แก่ครอบครัวและชุมชน อีกประเด็นสำคัญคือ การดำเนินการ CBTx แบบบูรณาการผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอน (การสร้างการรับรู้ การจัดตั้งคณะทำงาน กิจกรรมบำบัด และการติดตามต่อเนื่อง) ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ ผลการเปรียบเทียบทางสถิติในกลุ่มตัวอย่าง 45 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 3.35 เป็น 4.20 ($p < 0.001$) และในมิติการมีส่วนร่วมเฉพาะด้าน เช่น “ร่วมคิด” และ “ร่วมรับผลประโยชน์” เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่ากระบวนการดังกล่าวได้ยกระดับความรู้สึกเป็นเจ้าของ (ownership) และความรับผิดชอบร่วมกันของคนในชุมชนต่อปัญหายาเสพติด

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ มาตรฐานสากล ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) และสำนักงาน UNODC¹³ ได้นำเสนอใน International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders ซึ่งยืนยันว่าการบำบัดที่มีลักษณะสมัครใจ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการบูรณาการระบบสุขภาพ-สังคมในระดับชุมชน เป็นวิธีการที่มีหลักฐานรองรับว่ามีประสิทธิผลมากกว่าการ

ควบคุมหรือกักกันผู้เสพแบบบังคับ ทั้งยังช่วยลดการตีตราและส่งเสริมการกลับคืนสู่สังคมของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน นุชริย์ ทองเจิม¹⁴ พบว่า การบำบัดโดยชุมชนเป็นฐานที่มีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ได้รับการยอมรับ และลดความเสี่ยงในการกลับไปเสพยา สอดคล้องกับการศึกษา ณฐพร ผลงาม¹⁵ ซึ่งว่า การให้อำนาจแก่ชุมชนในการออกแบบ-ตัดสินใจ ลดการสั่งการแบบรวมศูนย์จากส่วนกลาง ส่งผลให้การบำบัดมีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับบริบท และลดอัตราการเสพยา และสำนักงาน ป.ป.ส.¹⁶ รายงานการดำเนินงาน CBTx ในพื้นที่นาร่อง 8 จังหวัด พบว่าการบูรณาการกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายช่วยให้ผู้เข้าร่วมโครงการลดพฤติกรรม การเสพยา และชุมชนสามารถพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง เมื่อเปรียบเทียบกับผลการวิจัยในครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าแนวทาง CBTx “ชุมชนล้อมรั้ว” มีความสอดคล้องกับทั้งงานวิจัยสากลและงานวิจัยในประเทศ อีกทั้งยังตอกย้ำว่าการบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดต้องอาศัย การสร้างระบบการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อสร้างความยั่งยืน

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า รูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรั้ว” ที่พัฒนาขึ้นสามารถเป็นต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีข้อค้นพบสำคัญ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยร้อยละ 80 ลด-เลิกการใช้สารเสพติดได้จริง สุขภาพกายและจิตใจดีขึ้น และสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี 2) ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทอย่างเด่นชัดในการสนับสนุนและยอมรับผู้ป่วย ลดการตีตรา และเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน 3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งหน่วยงานท้องถิ่น โรงพยาบาล และภาครัฐ ช่วยให้เกิดระบบดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืน 4) ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถเสริมสร้างความไว้วางใจและความ

เชื่อมั่นของชุมชนได้ โดยสรุป CBTx “ชุมชนล้อมรักรักษ์” เป็นการบูรณาการพลังของชุมชน ครอบครัว และหน่วยงานท้องถิ่น ที่สามารถลดปัญหายาเสพติด สร้างกลไกดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และขยายผลไปสู่การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งในระดับประเทศได้ในอนาคต การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตอกย้ำว่าการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดควรดำเนินการโดยใช้ ชุมชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในเชิงสุขภาพและสังคม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีปัญหาเสพติด ควรนำรูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรักรักษ์” ไปปรับใช้ในชุมชนอื่น โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด เพื่อสร้างกลไกการบำบัดฟื้นฟูที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างยั่งยืน

2. บูรณาการเข้าสู่นโยบายท้องถิ่นและหน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายและแผนงานด้านการป้องกันและบำบัดยาเสพติด โดยผนวกกิจกรรมบำบัดและการติดตามผู้ป่วยเข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

1. การติดตามผลระยะยาว ควรมีการศึกษาติดตามผู้ป่วยและครอบครัวในระยะเวลา 1–3 ปี

เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ CBTx ในการลดการกลับไปเสพซ้ำ รวมถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

2. การวิจัยเชิงเปรียบเทียบหลายพื้นที่ ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างหลายชุมชนหรือหลายจังหวัดที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น ชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และพื้นที่ชายแดน เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จและแนวทางการประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมกับแต่ละบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ที่เอื้อเฟื้อสถานที่และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทุกด้านตลอดระยะเวลาการทํารวบรวมข้อมูลนี้ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญและคณาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้ให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทางการวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องของบทความอย่างต่อเนื่องท้ายที่สุดนี้ ขอแสดงความขอบคุณอย่างยิ่งต่อ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข ตำรวจ ปลัดอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงครอบครัวและญาติของผู้เข้าร่วมโครงการ ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูลและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม CBTx “ชุมชนล้อมรักรักษ์” ทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2020). World Drug Report 2020. Vienna: UNODC.
2. Office of the Narcotics Control Board (ONCB). (2020). Substances Users Population in Thailand 2019. Bangkok: ONCB.
3. World Health Organization. (2024). Alcohol – Key facts [Internet]. 2024 Jun 28. Available from: WHO website.
4. World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization.

- 5.สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2563). รายงานสถานการณ์ปัญหาเสพติด พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- 6.สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.(2564). คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx). กรุงเทพฯ: บริษัท ออนป้า จำกัด.
- 7.กรมสุขภาพจิต.(2566). คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx). กรุงเทพฯ.
- 8.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.(2565). แนวทางการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระดับพื้นที่ (CBTx). เอกสารวิชาการ.
- 9.World Health Organization; United Nations Office on Drugs and Crime. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: WHO; Vienna: UNODC.
- 10.นุชรีย์ ทองเจิม.(2564). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน.
- 11.ศรีสุดา ลุนพุม.(2566). การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น.
- 12.ณัฐพร ผลงาม.(2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดระยอง.
- 13.World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime.(2020). International standards for the treatment of drug use disorders. Geneva: WHO.
- 14.นุชรีย์ ทองเจิม.(2564). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข. 2564;45(3):215-28.
- 15.ณัฐพร ผลงาม.(2567). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสังคมและสุขภาพ. 2567;12(1):33-47.
16. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2565). รายงานการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) พื้นที่นำร่อง 8 จังหวัด. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.