

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการดูแลรักษาระยะกลาง ในสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญารักษ์

The Effectiveness of a Rehabilitation Program for Patients with Substance Use Disorders Receiving Intermediate Rehabilitation Care at Mini Thanyarak Drug Treatment Hospitals.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ระเบียบ โตแก้ว¹ วิมลนันท พุฒินิพนธ์² กงจักร สอนลา¹ ณัฐกิตตา ทุมวงศ์³ นิพิฐพนธ์ สุปัญบุตร⁴

Rabiab Tokaew¹ Wimolnun Putdivarnichapong² Gongjak Sonlar¹ Nattakitta Thumwong³ Nipittapon Supanyabut⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการดูแลรักษาระยะกลางในสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญารักษ์ ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 10 คน และผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด แบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาพ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบประเมินทัศนคติและการมีส่วนร่วมของชุมชน และแบบบันทึกผลลัพธ์เชิงเป้าหมายด้านการบำบัดรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ χ^2 และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measures ANOVA)

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการ ADDIE Model ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ กิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วย กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน และระบบการติดตามฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องในชุมชนตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่ สุขภาวะและการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (IOC ตั้งแต่ 0.67-1.00) ผลการทดสอบประสิทธิผลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด การฟื้นคืนสู่สุขภาพ และคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว รวมทั้งทัศนคติและการมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุม สำหรับผลลัพธ์เชิงเป้าหมายพบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 73.30 เทียบกับร้อยละ 36.70) มีอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟูสูงกว่า (ร้อยละ 100 เทียบกับร้อยละ 73.30) และมีอัตราการไม่กลับเข้ารับการรักษาส่งสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 93.30 เทียบกับร้อยละ 73.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ($p < .05$)

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสมรรถภาพ, ผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง, มินิธัญารักษ์, การฟื้นคืนสู่สุขภาพ

Abstract

This study was quasi experimental research aimed at developing and examining the effectiveness of a rehabilitation program for patients with substance use disorders receiving intermediate-stage care at Mini Thanyarak drug treatment hospitals. The study was conducted from August 2025 to February 2026. The sample consisted of 10 professional nurses and relevant personnel involved in the rehabilitation process 60 intermediate-stage patients. The research instruments included a focus group discussion guide, general information questionnaires, an expert

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ปทุมธานี ประเทศไทย

² Corresponding Author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., ICAP III วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัทธิกิจบัณฑิตย

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

program appropriateness evaluation form, an intention-to-abstain assessment, a recovery assessment, a quality-of-life assessment, a family functioning assessment, a community attitude and participation assessment, and a goal-outcome recording form. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including χ^2 test and two-way repeated measures ANOVA.

The results showed that the program, developed through the ADDIE Model, consisted of 4 main components: 11 group psychosocial therapy activities for patients, 3 family participation activities, 3 community participation activities, and a continuing community-based follow-up and rehabilitation system grounded in the Recovery concept and Community-Based Treatment approach. Overall, experts rated the program's appropriateness as passing the standard criteria (IOC ranging from 0.67 to 1.00). Regarding effectiveness testing, the experimental group had significantly higher scores than the control group in intention to abstain from substance use, recovery, and quality of life ($p < .05$), with a continuous upward trend across the follow-up periods. The experimental group also had significantly higher scores in family functioning as well as community attitude and participation than the control group ($p < .05$). For goal-level outcomes, the experimental group had a higher 3-month continuous abstinence rate than the control group (73.30% versus 36.70%).

Keywords: Rehabilitation program, Intermediate-stage patients with substance use disorders, Mini Thanyarak, Recovery

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลล่าสุดระบุว่าประชากรโลกใช้ยาเสพติดประมาณ 331 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.2 ของประชากรอายุ 15-64 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.2 เมื่อสิบปีก่อน โดยกัญชายังคงเป็นสารที่มีผู้ใช้มากที่สุด (244 ล้านคน) รองลงมาคือโอปิออยด์ (61 ล้านคน) แอมเฟตามีน (30.7 ล้านคน) โคเคน (25 ล้านคน) และยาไอ (21 ล้านคน) โดยการผลิต การยัด และการใช้โคเคนทำสถิติสูงสุด ขณะที่ผู้ที่มีภาวะผิดปกติจากการใช้สารเสพติดทั่วโลกเข้าถึงบริการบำบัดได้เพียง 1 ใน 12 คนเท่านั้น¹

สถานการณ์ในประเทศไทยสะท้อนแนวโน้มเดียวกัน จากผลสำรวจล่าสุดพบว่าประชากรไทยอายุ 12-65 ปี มีผู้ใช้ยาหรือสารเสพติดประมาณ 3.8 ล้านคน โดยเป็นผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 1.6 ล้านคน เป็นผู้ใช้กระท่อมประมาณ 1.9 ล้านคน ผู้ใช้กัญชาประมาณ 1.5 ล้านคน และผู้ใช้อายูร์วะประมาณ 1.5 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 330,000 คนที่ควรได้รับการบำบัดรักษา

และมีปัญหาด้านสุขภาพจิตร่วมด้วยประมาณ 220,000 คน² จากข้อมูลการบำบัดรักษาในปีงบประมาณ 2567 มีผู้ได้รับการบำบัดรักษายาเสพติด 221,514 คน เพิ่มขึ้นจากปีก่อนร้อยละ 17.57 โดยยาบ้าเป็นสารที่มีผู้เข้าบำบัดมากที่สุด (ร้อยละ 78.66-79.70) รองลงมาคือเฮโรอีน (ร้อยละ 5.19-5.24) และผู้เสพยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมเพิ่มขึ้นจาก 4,051 คนในปี 2560 เป็น 17,215 คนในปี 2567³ แม้ประมวลกฎหมายยาเสพติด จะเปลี่ยนกรอบแนวคิดจากการลงโทษเป็นการมองผู้เสพเป็นผู้ป่วยและใช้ระบบสมัครใจ แต่พบว่าผู้ป่วยที่บำบัดครบโปรแกรมเพียงร้อยละ 71.29 อัตราการคงอยู่ในการบำบัดและติดตามต่อเนื่อง 1 ปี เพียงร้อยละ 51.54 และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำร้อยละ 44.3³ สะท้อนว่าปัญหาสำคัญไม่ได้อยู่ที่การเข้าถึงการบำบัดด้วยยาเพียงอย่างเดียว แต่อยู่ที่ความต่อเนื่องของกระบวนการฟื้นฟูและการคงอยู่ในระบบดูแลระยะยาว

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดไม่สามารถคงอยู่ในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูได้ครบตามเกณฑ์ คือการขาดรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บูรณาการทั้งมิติจิตสังคมของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วม

ร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นระบบ ตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (recovery model) ซึ่งอธิบายว่าการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นเดียวกับการติดสารเสพติดเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงเฉพาะบุคคลที่ต้องอาศัยการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และเชื่อมโยงกับสังคมรอบข้างอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เพียงการหยุดใช้สารเสพติดในช่วงสั้น ๆ ขณะรับการรักษาในสถานพยาบาลเท่านั้น⁴ หากขาดการบำบัดทางจิตสังคมที่ช่วยปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตามแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยเมื่ออาการทางกายทุเลาลงในช่วง 1-2 สัปดาห์แรก มักขอกลับบ้านก่อนครบกำหนด ไม่ยินยอมรับการฟื้นฟูต่อเนื่อง และเมื่อกลับสู่สภาพแวดล้อมเดิมโดยไม่มีระบบสนับสนุนรองรับ จึงมีโอกาเสเสพซ้ำสูงและถูกจับกุมส่งกลับมารักษาซ้ำเป็นวงจร⁵

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการเพิ่มศักยภาพระบบบริการด้านยาเสพติด โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนขยายบริการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ใช้ชื่อว่าสถานพยาบาลยาเสพติด “มินิธัญญารักษ์” และจากผลการดำเนินงานในปี 2567 มีการจัดตั้ง มินิธัญญารักษ์แบบระยะกลาง (intermediate care: IMC) 126 แห่ง และมินิธัญญารักษ์แบบระยะยาว (long term care: LTC) 40 แห่ง ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลาง (IMC) 1,581 ราย และได้รับการฟื้นฟูระยะยาว (LTC) เพียง 375 ราย³ ส่วนข้อมูลผลการดำเนินงาน ในระดับพื้นที่พบว่า จังหวัดลพบุรีมีผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่ระบบบำบัดเพิ่มจาก 2 ราย ในปีงบประมาณ 2566 เป็น 52 ราย ในปีงบประมาณ 2567 โดยบำบัดครบโปรแกรมเพียง 1 ราย ขยายเวลาบำบัด 19 ราย และไม่ครบโปรแกรมจนต้องส่งศาลอีก 8 ราย⁶ สอดคล้องกับข้อมูลของสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญญารักษ์ระยะกลาง

อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี ซึ่งพบว่าจำนวนผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่อัตราการส่งต่อฟื้นฟูระยะยาวยังต่ำกว่าร้อยละ 10 และอัตราการคงอยู่ในการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายครบ 3 เดือนต่ำกว่าร้อยละ 50 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการทุเลาเร็วภายใน 2-3 วันแรกและต้องการกลับบ้านก่อนครบกำหนด ขณะที่ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมจำกัดเพียงการนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยคาดหวังให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้เด็ดขาดจากการรักษาในสถานพยาบาลเพียงลำพัง

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนปัญหาทางการพยาบาลสำคัญ ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางยังขาดทักษะ และรูปแบบกิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดที่เป็นระบบ กิจกรรมเน้นการเสริมแรงจิตใจเพื่อส่งต่อไปฟื้นฟู และการปรับความคิดพฤติกรรมแบบแยกส่วน ขาดความต่อเนื่อง และไม่ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมกลับสู่สังคม หรือการจัดการปัจจัยกระตุ้นจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อม พยาบาลยัง ไม่มีบทบาทเชิงรุกในการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตั้งแต่แรกรับจนถึงหลังจำหน่าย และการประเมินผลลัพธ์ยังจำกัดอยู่เพียงมิติการหยุดเสพยาระยะสั้น โดยไม่ครอบคลุมมิติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ คุณภาพชีวิต และการทำหน้าที่ของครอบครัวซึ่งเป็นตัวชี้วัดความยั่งยืนของการฟื้นตัวในระยะยาว

ด้วยเหตุนี้การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บูรณาการการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่แรกรับจนถึงการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย จึงมีความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาลยาเสพติดระดับชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Satir Transformational Systemic Therapy (STST) ร่วมกับการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive

Behavioral Therapy: CBT) และปัจจัยการบำบัดของ Yalom ช่วยพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา การควบคุมตนเอง และเพิ่มแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{7,8,9} ขณะที่แนวทางการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ขององค์การสหประชาชาติแสดงให้เห็นว่าการเชื่อมโยงการดูแลจากสถานพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่องช่วยลดการติดยาทางสังคม เพิ่มการเข้าถึงบริการ และส่งเสริมผลลัพธ์การฟื้นตัวที่ยั่งยืนมากกว่าการพึ่งพาสถานพยาบาลเพียงลำพัง⁵

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานและรับผิดชอบด้านวิชาการและการขับเคลื่อนนโยบายด้านนี้โดยตรง จึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บูรณาการการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางปฏิบัติของพยาบาลและระบบบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ในสถานพยาบาลระดับชุมชนอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญรักษ์
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง ที่บูรณาการการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่พัฒนาขึ้น ต่อผลลัพธ์เชิงกระบวนการและผลลัพธ์เชิงเป้าหมายของผู้ป่วย

ครอบครัว และชุมชน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ การดูแลรักษาตามปกติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยใช้กระบวนการ ADDIE Model ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ Analysis (การวิเคราะห์) Design (การออกแบบ) Development (การพัฒนา) Implementation (การนำไปใช้) และ Evaluation (การประเมินผล) ดำเนินการตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2568 ถึงกุมภาพันธ์ 2569 รวมระยะเวลา 7 เดือน โดยแต่ละขั้นตอนมีการตรวจสอบคุณภาพและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบทของสถานพยาบาลยาเสพติด มินิธัญรักษ์แบบ IMC ในพื้นที่ศึกษาวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 Analysis (การวิเคราะห์) เดือนสิงหาคม 2568 ขั้นตอนการวิเคราะห์เป็นการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 10 คน การทบทวนข้อมูลทฤษฎีและรายงานผลการดำเนินงานของมินิธัญรักษ์ในเขตสุขภาพที่ 4 การสำรวจความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน และการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง คือ Recovery Model⁴, Satir Transformational Systemic Therapy (STST)⁷, Cognitive Behavioral Therapy (CBT)⁸, Yalom's Therapeutic Factors⁹ และ Community-Based Treatment (CBTx)⁵ ผลจากขั้นตอนนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการออกแบบโปรแกรมที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 Design (การออกแบบ) เดือนกันยายน 2568 (สัปดาห์ที่ 1-2) ขั้นตอนการออกแบบเป็นการสร้างโครงร่างและโครงสร้างของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง โดย

ออกแบบกิจกรรม 4 กลุ่ม ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วย กิจกรรมกลุ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัว กิจกรรมกลุ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน และกิจกรรมการติดตามฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องในชุมชน กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย เนื้อหา ระยะเวลา และขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิและทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ได้โครงสร้างโปรแกรมที่เหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ขั้นตอนที่ 3 Development (การพัฒนา) เดือนกันยายน 2568 (สัปดาห์ที่ 3-4) ขั้นตอนการพัฒนาเป็นการสร้างและจัดทำคู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เป็นระบบและครบถ้วน พัฒนาสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบกิจกรรมกลุ่ม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมและเครื่องมือวัดผลโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทดลองใช้เครื่องมือ (try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจริง และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เพื่อปรับปรุงโปรแกรมและเครื่องมือให้มีความถูกต้องนำไปทดลองใช้จริง

ขั้นตอนที่ 4 Implementation (การนำไปใช้) เดือนตุลาคม 2568-มกราคม 2569 ขั้นตอนการนำไปใช้เป็นการทดลองใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง โดยอบรมชี้แจงผู้ช่วยนักวิจัยและพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินกิจกรรม เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติจนครบ 30 คน จากนั้นจึงเริ่มดำเนินกิจกรรมโปรแกรมกับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่ายออกจากสถานพยาบาล และดำเนินกิจกรรมติดตามฟื้นฟูต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับครอบครัวและเครือข่ายในชุมชน พร้อมทั้งควบคุมกำกับคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการ

ขั้นตอนที่ 5 Evaluation (การประเมินผล) เดือนกุมภาพันธ์ 2569 ขั้นตอนการประเมินผลเป็นการวัดและวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมที่

พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงกระบวนการและผลลัพธ์เชิงเป้าหมายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลาติดตาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ X^2 และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measures ANOVA) สรุปผลการศึกษาและจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลยาเสพติดมีนิจญารักษ์แห่งอื่นต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน ที่สถานพยาบาลยาเสพติดมีนิจญารักษ์แบบ IMC ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครที่มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อใช้ในการศึกษาสภาพปัญหาความต้องการและพัฒนาโปรแกรม และผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี เพื่อใช้ในการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมระหว่างเดือนสิงหาคม 2568-กุมภาพันธ์ 2569

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน เพื่อใช้ในการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยด้วยตารางเลขสุ่ม และเลือกแบบมีลำดับขั้นเพื่อให้กระจายในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 โดยสุ่มเลือกจังหวัด และสุ่มเลือก 1 โรงพยาบาล และตามเกณฑ์คัดเข้า โดยต้องมีอายุ 18-50 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางที่เข้ารับการรักษารูปแบบ IMC สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และมีที่อยู่อาศัย ในพื้นที่ศึกษาวิจัย ทั้งนี้จะไม่รวมผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม หรือมีอาการทางจิตในระยะกำเริบที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ ร่วมกับครอบครัว ผู้ดูแล จำนวน 60 คน และชุมชนหรืออาสาสมัคร จำนวน 60 คน ในอัตราส่วน 1 คนต่อผู้ป่วย 1 คน

แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน เท่ากัน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2568-กุมภาพันธ์ 2569

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด แบบประเมินการฟื้นคืนสู่สภาวะ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบประเมินทัศนคติและการมีส่วนร่วมของชุมชน และแบบบันทึกผลลัพธ์เชิงเป้าหมายด้านการบำบัดรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ χ^2 และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measures ANOVA)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี รหัสโครงการที่ 68027 เอกสารใบรับรองเลขที่ 020/2569

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในสถานพยาบาลยาเสพติดมินิกัญฉะ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลในระยที่ 1 ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 31-40 ปี ปฏิบัติงานทั้งในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และสถานพยาบาลยาเสพติดมินิกัญฉะในเขตสุขภาพที่ 4 ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดตั้งแต่ 1-15 ปี ส่วนใหญ่ผ่านการอบรม

หลักสูตรมินิกัญฉะหรือหลักสูตรที่เกี่ยวข้องมาแล้ว และมีบทบาททั้งด้านผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้ประสานงานครอบครัวและชุมชน และผู้กำกับดูแลนโยบายในระดับหน่วยงาน

1.2 สภาพปัญหาของรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพเดิม ผลการสนทนากลุ่มพบว่ารูปแบบการดำเนินกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพในปัจจุบันยังขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอาการทุเลาเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์แรกและต้องการกลับบ้านก่อนครบกำหนดการรักษา ทำให้ไม่ได้รับกิจกรรมครบตามแผน นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานขาดทักษะเฉพาะทางในการดำเนินกลุ่มจิตสังคมบำบัด กิจกรรมที่จัดขึ้นเน้นการให้ความรู้มากกว่าการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเชิงลึก

1.3 ความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตสังคม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางมีความต้องการด้านจิตใจและทักษะการดำเนินชีวิตที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะการจัดการอารมณ์ ความเครียด และการเตรียมความพร้อมก่อนกลับเข้าสู่สังคมจริง และยังพบว่าผู้ป่วยต้องการพื้นที่ในการระบายความรู้สึกและสร้างเป้าหมายชีวิตใหม่มากกว่าการรับฟังความรู้เพียงฝ่ายเดียว

1.4 การมีส่วนร่วมของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีบทบาทเพียงการนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเท่านั้น ขาดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องระหว่างการรักษาและหลังจำหน่าย โดยมีความคาดหวังสูงว่าโรงพยาบาลจะสามารถทำให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาด ผู้ให้ข้อมูลจึงเสนอว่าควรมีกิจกรรมที่ให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับธรรมชาติของการติดยาเสพติด กระบวนการและเป้าหมายการบำบัดฟื้นฟู และฝึกทักษะการสื่อสารตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจบทบาทของตนเองมากขึ้น

1.5 การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า การประสานความร่วมมือระหว่างมินิกัญฉะกับชุมชนยังมีข้อจำกัด ผู้นำชุมชนและ

อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มองว่าการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเป็นหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลเท่านั้น อีกทั้งยังมีทัศนคติเชิงลบและความหวาดกลัวต่อผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัด ผู้ให้ข้อมูลจึงเห็นความจำเป็นในการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ชุมชนให้เข้าใจการติดยาเสพติด ร่วมรับรู้กระบวนการบำบัดฟื้นฟู ควบคู่กับการเพิ่มทักษะและการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องหลังจำหน่าย

1.6 ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะให้พัฒนากิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดที่มีความต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่ระยะแรกหลังหมดอาการถอนพิษยา และเรียงลำดับจากง่ายไปยาก ครอบคลุมประเด็นครอบครัวและสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลต่อการใช้ยา ร่วมกับการจัดกิจกรรมครอบครัวและชุมชน ชุมนานไปกับกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม และควรมีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนอย่างเป็นระบบภายหลังจำหน่าย ซึ่งข้อมูลจากการสนทนากลุ่มทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยนำไปสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางในระยะที่ 2 ต่อไป

1.7 ความต้องการในการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางในสถานพยาบาลยาเสพติดมีนิจญญารักษ์ ผลการสนทนากลุ่มพบว่าพยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องทุกคน มีความต้องการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางใน 3 ด้านหลักที่สอดคล้องกัน ได้แก่ ด้านแรกคือต้องการกิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดที่มีลำดับขั้นตอนต่อเนื่องและครอบคลุมประเด็นครอบครัวและสิ่งแวดล้อมทางสังคม เน้นการเรียนรู้การเจ็บป่วยจากยาเสพติดและการดูแลตนเอง ฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ ความเครียด และความอยากยาเสพติดที่นำไปใช้ได้จริงหลังจำหน่าย มากกว่าการให้ความรู้แบบบรรยายเพียงฝ่ายเดียว ด้านที่สองคือต้องการรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ชัดเจนตั้งแต่แรกเริ่ม มี

กิจกรรมให้ความรู้เรื่องธรรมชาติของการติดยาเสพติด และฝึกทักษะการสื่อสารและการทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อปรับความคาดหวังของครอบครัวให้สอดคล้องกับกระบวนการฟื้นฟูที่เป็นจริง และด้านที่สามคือต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชนและการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายที่เป็นระบบ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างชัดเจน การมีส่วนร่วมรับรู้กระบวนการและการวางแผนการบำบัดฟื้นฟู พร้อมทั้งเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อลดทัศนคติเชิงลบ และการตีตราผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน เพื่อสร้างระบบการดูแลฟื้นฟูที่ต่อเนื่องไร้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลและชุมชน

2. ผลการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง ที่บูรณาการการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.1 กระบวนการพัฒนาโปรแกรม ผู้วิจัยนำผลจากการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดทฤษฎี ได้แก่ Recovery Model ของ Anthony (1993), Satir Transformational Systemic Therapy, การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT), ปัจจัยการบำบัดของ Yalom และแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) แล้วจึงจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับพยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูจำนวน 10 คน เพื่อระดมความคิดเห็นและร่างโครงสร้างโปรแกรมฉบับแรก จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจริงเพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น

ของเครื่องมือ และปรับปรุงเป็นฉบับสมบูรณ์สำหรับนำไปทดสอบประสิทธิภาพในระบะที่ 3 ต่อไป

2.2 โครงสร้างโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่พัฒนาขึ้น ผลการพัฒนาได้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางที่บูรณาการ 4 กลุ่มกิจกรรม รวมระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่แรกรับจนถึงติดตามหลังจำหน่าย 3 เดือน ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยจำนวน 11 กิจกรรม ดำเนินการวันละ 2 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1 การเรียนรู้สุขภาวะ การเจ็บป่วยและการดูแลตนเองดำเนินการทุกวัน เป็นกลุ่ม ๆ ละ 10 คน ครั้งละ 1 ชั่วโมงครึ่ง รวมระยะเวลา 10 วัน กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวจำนวน 3 กิจกรรม นัดหมายสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งระหว่างผู้ป่วยรับการรักษา กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนจำนวน 3 กิจกรรม นัดหมายสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งในลักษณะเดียวกัน และกิจกรรมการติดตามฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องในชุมชน กำหนดติดตามครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์และครั้งต่อไปทุก 1 เดือนหลังจำหน่าย

2.3 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่าโปรแกรมทุกองค์ประกอบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป โดยข้อเสนอแนะสำคัญของผู้ทรงคุณวุฒิที่นำมาปรับปรุงโปรแกรมได้แก่ การเพิ่มความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมแต่ละครั้งให้เห็นความก้าวหน้าอย่างเป็นลำดับขั้น การปรับสำนวนภาษาในคู่มือให้เข้าใจง่ายเหมาะกับระดับการศึกษาของกลุ่มเป้าหมาย และการเพิ่มแนวทางการประเมินผลรายกิจกรรมเพื่อติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

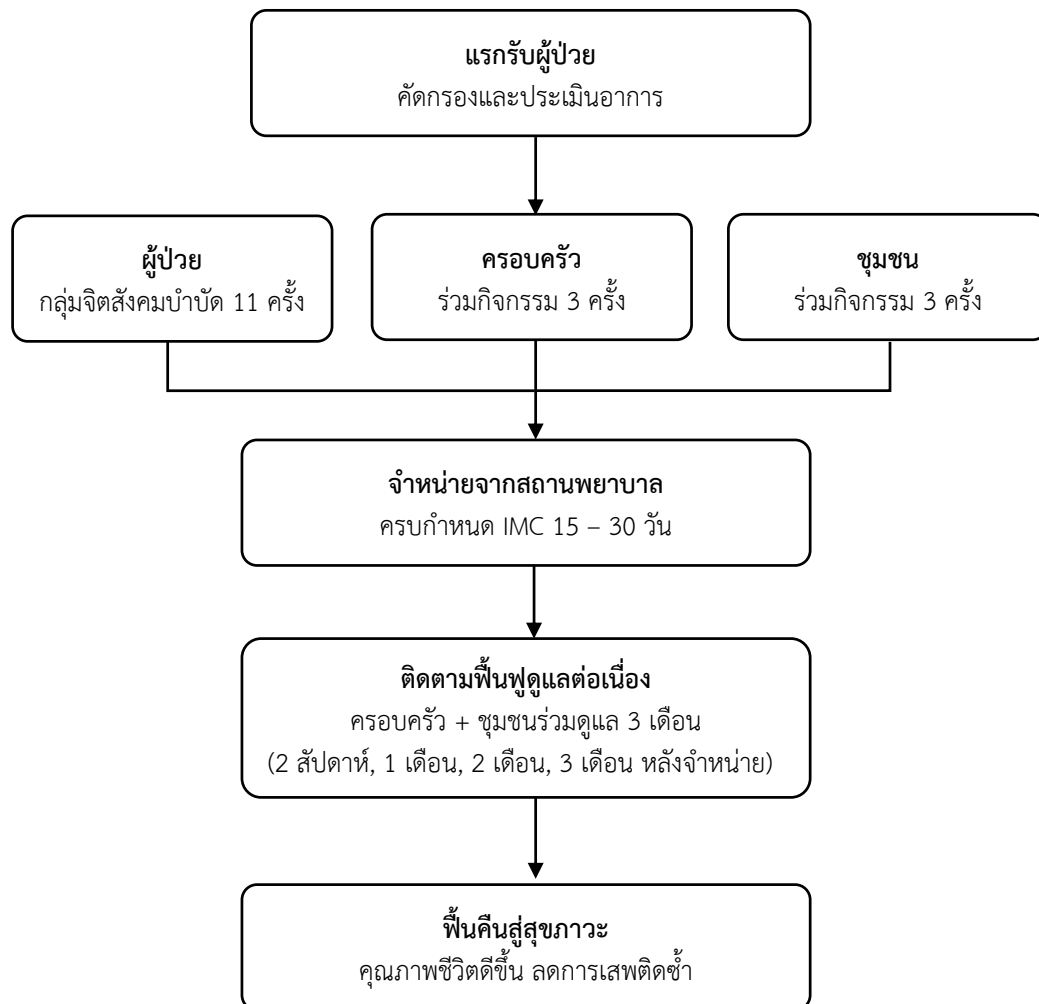
2.4 ผลการทดลองใช้และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เมื่อปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมและเครื่องมือประเมินผลไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง ครอบครัว และ

ชุมชนหรืออาสาสมัคร ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง ในสถานพยาบาลยาเสพติดมีนิจัณญารักษ์อีกแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 4 นอกพื้นที่ศึกษาวิจัย จำนวนกลุ่มละ 10 คน ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคพบว่าเครื่องมือทุกชุดมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง (0.83-0.93) และผู้เข้าร่วมทดลองให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในประเด็นการปรับระยะเวลาแต่ละกิจกรรมให้กระชับขึ้นเล็กน้อยเพื่อให้เหมาะกับสมาธิและความสนใจของผู้ป่วยในช่วงแรกของการบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงเป็นคู่มือโปรแกรมฉบับสมบูรณ์

2.5 โปรแกรมฉบับสมบูรณ์ที่นำไปใช้ในระบะทดสอบประสิทธิภาพ ผลจากกระบวนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพทั้งหมด ทำให้ได้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางฉบับสมบูรณ์ ที่บูรณาการการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ในกระบวนการเดียวกันอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนถึงการติดตามดูแลในชุมชนครบ 3 เดือนหลังจำหน่าย พร้อมด้วยคู่มือการดำเนินกิจกรรม สื่อประกอบ และเครื่องมือประเมินผลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นแล้ว ซึ่งผู้วิจัยนำไปใช้ทดสอบประสิทธิภาพเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามรูปแบบมาตรฐานเดิม โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางที่พัฒนาขึ้นเริ่มต้นจากแรกรับและคัดกรองประเมินอาการของผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่สถานพยาบาลยาเสพติดมีนิจัณญารักษ์ จากนั้นดำเนินกิจกรรม 3 ด้าน คู่ขนานกันตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัว ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยจำนวน 11 ครั้ง กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวจำนวน 3 ครั้ง และกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนจำนวน 3 ครั้ง ซึ่งทั้งสามด้านนี้ดำเนินการควบคู่กันเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายในชุมชน ไปพร้อมกันก่อนจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยครบกำหนดการรักษาแบบ IMC ที่ระยะเวลา 15-30 วัน และจำหน่ายออกจากสถานพยาบาลแล้ว โปรแกรม

จะเชื่อมต่อเข้าสู่ระบบการติดตามฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง
ในชุมชนเป็นเวลา 3 เดือน โดยครอบครัวและชุมชนที่
ได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อนหน้าจะเข้าร่วม
ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลไกการเชื่อมโยงไว้
รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลกับชุมชนนี้เองที่นำไปสู่

ผลลัพธ์ปลายทางของโปรแกรม คือ การฟื้นคืนสู่สุข
ภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย พร้อมกับการ
ลดโอกาสในการกลับไปเสพยาซ้ำอย่างยั่งยืน ดัง
แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

3. ผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม
การฟื้นฟูสมรรถภาพที่พัฒนาขึ้น ต่อผลลัพธ์เชิง
กระบวนการและผลลัพธ์เชิงเป้าหมายของผู้ป่วย
ครอบครัว และชุมชน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการ
ดูแลรักษาตามปกติ

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้า
ร่วมการทดลอง ผลการเปรียบเทียบคุณลักษณะ

พื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุม
และกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน พบว่าทั้งสอง
กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในทุกตัวแปรที่ทดสอบ
ได้แก่ สถานภาพสมรส ($\chi^2 = 0.30$, $df = 1$, $p = .785$) อาชีพ ($\chi^2 = 3.07$, $df = 1$, $p = .143$) การ
เจ็บป่วยทางกาย ($\chi^2 = 0.00$, $df = 1$, $p = 1.00$) การ
เจ็บป่วยทางจิต ($\chi^2 = 0.49$, $df = 1$, $p = .488$) และ

ชนิดยาเสพติดที่ใช้ ($\chi^2 = 1.27$, $df = 2$, $p = .676$) แสดงว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะพื้นฐานเทียบเคียงกัน สามารถนำมาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมได้อย่างเหมาะสม

3.2 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงกระบวนการและผลลัพธ์เชิงเป้าหมายที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องในแต่ละช่วงเวลา ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรผลลัพธ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด คุณภาพชีวิต และการฟื้นคืนสู่สภาวะสูง กว่ากลุ่มควบคุม ในทุกช่วงเวลาติดตาม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือคงที่ภายหลังจำหน่าย ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มคงที่หรือลดลง โดยเฉพาะการฟื้นคืนสู่สภาวะที่ลดลงอย่างชัดเจนในช่วง 3 เดือนหลังจำหน่าย เช่นเดียวกันครอบครัวและชุมชนของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว และทัศนคติและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

เช่นกัน โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนหลังจำหน่าย ขณะที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มผันผวนหรือลดลง

3.3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measures ANOVA) พบว่าความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติดมีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ($F = 21.94$, $p < .001$) และตามช่วงเวลา ($F = 3.00$, $p = .044$) แต่ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับช่วงเวลา ($F = 1.37$, $p = .257$) ส่วนคุณภาพชีวิต การฟื้นคืนสู่สภาวะ การทำหน้าที่ของครอบครัว และทัศนคติและการมีส่วนร่วมร่วมของชุมชน พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับช่วงเวลาอย่างชัดเจน ($p < .05$ ทุกตัวแปร) แสดงว่าแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์เหล่านี้ในแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ($\eta^2p = 0.02-0.62$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของตัวแปรผลลัพธ์เชิงกระบวนการและเชิงเป้าหมายเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	F	η^2p	p-value
ความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด	กลุ่ม	1	21.94	.274	<.001
	เวลา	2.38	3.00	.049	.044
	กลุ่ม $\times$ เวลา	2.38	1.37	.023	.257
คุณภาพชีวิตผู้ป่วย	กลุ่ม	1	7.86	.119	.007
	เวลา	1.87	2.82	.046	.068
	กลุ่ม $\times$ เวลา	1.87	6.95	.107	.002
การฟื้นคืนสู่สภาวะ	กลุ่ม	1	24.02	.293	<.001
	เวลา	2.47	17.60	.233	<.001
	กลุ่ม $\times$ เวลา	2.47	15.00	.206	<.001
การทำหน้าที่ของครอบครัว	กลุ่ม	1	84.72	.594	<.001
	เวลา	2.61	258.59	.817	<.001
	กลุ่ม $\times$ เวลา	1.81	3.75	.061	.031
ทัศนคติและการมีส่วนร่วมของชุมชน	กลุ่ม	1	172.87	.749	<.001
	เวลา	3	52.62	.476	<.001
	กลุ่ม $\times$ เวลา	3	94.58	.620	<.001

3.4 ผลเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงเป้าหมายที่เป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม ผลการเปรียบเทียบด้วยสถิติไคสแควร์พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (ร้อยละ 73.30 เทียบกับร้อยละ 36.70, $\chi^2 = 8.15$, $p = .004$) มีอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟูและ

ติดตามต่อเนื่องสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 100 เทียบกับร้อยละ 73.30, $\chi^2 = 9.23$, $p = .005$) และมีอัตราการไม่กลับเข้ารับการรักษาระหว่าง 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน (ร้อยละ 93.30 เทียบกับร้อยละ 73.30, $\chi^2 = 4.32$, $p = .038$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงเป้าหมายด้านการบำบัดรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		χ^2	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน	11	36.70	22	73.30	8.15	1	.004
การคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟูและติดตามต่อเนื่อง 3 เดือน	22	73.30	30	100	9.23	1	.005
การไม่กลับเข้ารับการรักษาระหว่าง 3 เดือน	22	73.30	28	93.30	4.32	1	.038

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์เชิงกระบวนการดีกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้จากลักษณะการบำบัดที่บูรณาการทั้งมิติผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนไว้ในกระบวนการเดียวกันอย่างต่อเนื่อง ต่างจากรูปแบบเดิมที่มักแยกส่วนการดูแลแต่ละฝ่าย กิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดที่ประยุกต์แนวคิดของซาเทียร์ ร่วมกับการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา และปัจจัยการบำบัดของยาปลอม ช่วยเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้สะท้อนความคิดและอารมณ์ผ่านประสบการณ์ร่วมของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งส่งเสริมความตระหนักรู้และแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้ดีกว่าการให้ความรู้แบบบรรยายทางเดียว สอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาที่มุ่งปรับความคิดอัตโนมัติและทักษะการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโดยตรง^{7,8,9} ในส่วนของครอบครัว ผลการศึกษาสอดคล้องกับข้อค้นพบที่ระบุว่าช่องว่างสำคัญของการฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดมักอยู่ที่สัมพันธภาพในครอบครัวและการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด¹⁰ การจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องธรรมชาติของการติดยาเสพติดควบคู่กับการฝึกทักษะการสื่อสารตั้งแต่ระยะแรกจึงช่วยลดช่องว่างดังกล่าวและทำให้ครอบครัวปรับบทบาทของตนเอง

เหมาะสมขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษา ที่พบว่าการทำงานที่ของครอบครัวในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร และบทบาทดีขึ้นภายหลังผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูในมินิธัญญารักษ์¹¹ สำหรับมิติชุมชน ผลการศึกษานับสนับสนุนแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐานที่เน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจและปรับทัศนคติของผู้นำชุมชนและเครือข่ายให้เข้ามามีบทบาทร่วมกับสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะแรกจนถึงจำหน่ายและการติดตามต่อเนื่อง สอดคล้องกับข้อค้นพบว่าการจัดตั้งกลไกความร่วมมืออย่างเป็นทางการระหว่างสถานพยาบาลและชุมชนช่วยเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูอย่างเห็นได้ชัด¹² และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ารูปแบบการบำบัดภายใต้กลไกความร่วมมือระดับพื้นที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง¹³ ผลการศึกษานี้จึงยืนยันว่าการออกแบบกิจกรรมที่ทำงานคู่ขนานกันทั้งสามระดับ คือ ตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงกระบวนการที่ยั่งยืนกว่าการมุ่งเน้นเพียงด้านใดด้านหนึ่ง

ผลการศึกษาที่กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์เชิงเป้าหมายดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับหลักฐาน

เชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศที่ชี้ว่าการบำบัดฟื้นฟูที่เชื่อมโยงการดูแลจากสถานพยาบาลสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่องให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการบำบัดในสถานพยาบาลเพียงลำพัง ดังการศึกษาที่พบว่ารูปแบบการบำบัดโดยชุมชนเสริมแรงที่ปรับให้เข้ากับบริบทท้องถิ่นสามารถเพิ่มอัตราการงดใช้สารเสพติดได้อย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับการบำบัดตามปกติและคงผลอยู่ในระยะติดตามผลที่ยาวนาน¹⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการติดตามดูแลตามแนวความคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะในระบบปฐมภูมิช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงและคงอยู่ในการบำบัดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵ สำหรับด้านคุณภาพชีวิตและการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่พัฒนารูปแบบป้องกันการเสพซ้ำโดยบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพผ่านกระบวนการชุมชนล้อมรั้ว และพบว่าอัตราการเสพซ้ำลดลงพร้อมกับคุณภาพชีวิตและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน¹⁶ สะท้อนว่าการฟื้นฟูที่ครอบคลุมมิติทางสังคมและอาชีพนอกเหนือจากการบำบัดทางคลินิกเพียงอย่างเดียวมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ระยะยาว ในทางตรงกันข้าม การศึกษาที่ใช้เพียงพี่เลี้ยงผู้ฟื้นฟูโดยไม่มีการบูรณาการครอบครัวและระบบบริการอย่างเป็นระบบ กลับไม่พบความแตกต่างที่ชัดเจนในอัตราการคงอยู่ในการรักษา¹⁷ ซึ่งชี้ให้เห็นโดยอ้อมว่าการแทรกแซงเพียงองค์ประกอบเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์เชิงเป้าหมายอย่างยั่งยืน หากขาดการบูรณาการหลายภาคส่วนร่วมกันดังเช่นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้

ผลการศึกษาที่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับช่วงเวลาในตัวแปรส่วนใหญ่ สะท้อนให้เห็นว่าการฟื้นตัวจากการติดยาเสพติดเป็นกระบวนการที่มีพลวัตและดำเนินต่อเนื่องไปตามระยะเวลา มิใช่ผลที่เกิดขึ้นทันทีเพียงช่วงที่ได้รับการบำบัดในสถานพยาบาลเท่านั้น สอดคล้องกับแนวความคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะที่อธิบายว่าการฟื้นตัวเป็นกระบวนการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ต้องอาศัยเวลาและการ

สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง⁴ ส่วนผลที่กลุ่มทดลองมีแนวโน้มพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มคงที่หรือถดถอย ยืนยันความสำคัญของระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนซึ่งเป็นองค์ประกอบเฉพาะของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางในสถานพยาบาลยาเสพติดที่มีโครงสร้างชัดเจนสามารถส่งเสริมทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ผลลัพธ์ดังกล่าวจะยั่งยืนมากขึ้นเมื่อมีการเชื่อมโยงต่อไปยังการดูแลในชุมชน ดังที่มีการศึกษาพบว่าช่วงหลังสัปดาห์ที่แปดของการติดตามเป็นช่วงวิกฤติที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มกลับไปเสพซ้ำเพิ่มขึ้นหากขาดการสนับสนุนที่ต่อเนื่อง¹³ สอดคล้องกับปรากฏการณ์ ที่พบในกลุ่มควบคุมของการศึกษาครั้งนี้ที่ผลลัพธ์บางด้านมีแนวโน้มลดลงในช่วงปลายของการติดตามผล ในส่วนของความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดที่ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับเวลาอย่างชัดเจน อาจอธิบายได้ว่าแรงจูงใจในระยะแรกของการเข้ารับการรักษา มักอยู่ในระดับสูงอยู่แล้วในผู้ป่วยส่วนใหญ่โดยไม่ขึ้นกับรูปแบบการบำบัดที่ได้รับ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างของผลลัพธ์ในระยะยาวกลับอยู่ที่ความต่อเนื่องของการสนับสนุนมากกว่าระดับแรงจูงใจเริ่มต้น ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นว่าองค์ประกอบด้านการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดวิถีการฟื้นตัวที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มในระยะยาว มากกว่าการมุ่งเน้นเพียงการเปลี่ยนแปลงเฉพาะช่วงเวลาที่รับการรักษาในสถานพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรปรับปรุงแบบกิจกรรมของโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในพื้นที่นั้นก่อนนำไปใช้จริง
2. ควรจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในมินิธัญญารักษ์ให้มีทักษะการดำเนินกลุ่มจิตสังคมบำบัด การให้คำปรึกษาครอบครัว และ

การประสานงานกับชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถดำเนินโปรแกรมได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง

3. ควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ไม่เพียงแต่ในช่วงนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองและพร้อมสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. ควรบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่าง รมิณิธัญญารักษ์ หน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ รวมทั้งภาคีเครือข่ายหรือศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมเพื่อดูแลช่วยเหลืออย่างรอบด้าน และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและส่งต่อข้อมูลกลับมายังทีมสหวิชาชีพได้อย่างทัน่วงที

5. ควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้พื้นฐานเรื่องธรรมชาติของการ

ติดยาเสพติด กระบวนการและผลลัพธ์การบำบัดฟื้นฟู และการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน เพื่อทำหน้าที่เฝ้าระวัง ติดตามดูแลต่อเนื่อง และประสานส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสพยาได้อย่างถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน นายอำเภอท่าช้าง ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล รวมทั้งพยาบาลและบุคลากรในสถานพยาบาลยาเสพติดรมิณิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย และขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และสนับสนุนให้ดำเนินการโครงการและการวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime.(2025). World drug report 2025: global instability compounding social, economic and security costs of the world drug problem [Internet]. Vienna: UNODC; 2025 [cited 2025 Aug 5].
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2568). เปิดข้อมูล คนไทย 1.6 ล้านคน ใช้สารเสพติด มีปัญหาสุขภาพจิต 2.2 แสนคน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2568 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/news/news-update/1183216>
3. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.(2567). ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://antidrug.moph.go.th/>
4. Anthony WA.(1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosoc Rehabil J. 1993;16(4):11-23.
5. United Nations Office on Drugs and Crime.(2025). Guidance for community-based treatment and care services for people affected by drug use and dependence in Southeast Asia [Internet]. Vienna: UNODC; 2015 [cited 2025 Aug 5].
6. รัชนิกร หาแก้ว.(2568). การประเมินผลระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 168 จังหวัดลพบุรี [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ssjnonthaburi.moph.go.th/nont-oa/d43869a828046f6fce04a2d538906c60>
7. Satir V, Banmen J, Gerber J, Gomori M.(1991). The Satir Model: Family therapy and beyond. Palo Alto: Science and Behavior Books; 1991.
8. Beck JS, Beck AT.(2021). Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2021.
9. Yalom ID, Leszcz M.(2020). The theory and practice of group psychotherapy. 6th ed. New York: Basic Books; 2020.

10. วุฒิชัย สิทธิโชค, นภัสพร ศรีโสภะ, ศนิกันต์ ศรีมณี.(2566). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2566;24(47):84-99.
11. วิภาสินี เวชชะสร้อย. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2568;10(2):166-73.
12. สันติ โพธิ์ทอง, มนัชญา เสรีวิวัฒนา. ผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนนทบุรี. J Roi Kaensarn Acad. 2567;9(12):1659-75.
13. ณัฐกฤตา พุ่มวงศ์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: พหุ. ในผู้ติดยาเสพติด ประเทศไทย. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2567;12(4):347-61.
14. Khalily MT, Hussain B, Hallahan B, Irfan S, Ehsan N, Saghir M, et al. Indigenously adapted community reinforcement approach (IA-CRA) for cannabis users: a randomized controlled trial. Int J Ment Health Addict. 2023;23:1635-46.
15. Scott CK, Dennis ML, Grella CE, Watson DP, Davis JP, Hart MK. Using recovery management checkups for primary care to improve linkage to alcohol and other drug use treatment: a randomized controlled trial three month findings. Addiction. 2023;118(3):520-32.
16. สุพัฒน์ กองศรีมา, ขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์, รัชฎาภรณ์ มีคุณ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด: การบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2569;9(1):34-46.
17. Ray B, Watson DP, Xu H, Salyers MP, Victor G, Sightes E, et al. Peer recovery services for persons returning from prison: pilot randomized clinical trial investigation of SUPPORT. J Subst Abuse Treat. 2021;126:108339.