

การเสริมพลังชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ในการป้องกันและ แก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน

COMMUNITY EMPOWERMENT THROUGH COMMUNITY-BASED TREATMENT (CBTX) FOR SUSTAINABLE DRUG ABUSE PREVENTION AND SOLUTION

วิไลวรรณ พันธุ์ปิว^{1*}, นพชัย ธีรทิตสกุล², จรัส ผาสุกชี³

WILAIWAN PANTHUPIW^{1*}, NOPPACHAI THIRATITSAKUN², JARAN PHASUKKHEE³

^{1,2,3}บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

^{1,2,3}GRADUATE SCHOOL, MAHACHULALONGKORNRAJAVIDYALAYA UNIVERSITY

*Corresponding Author E-mail: phanthupiw@gmail.com

บทความวิชาการ (Academic Article)

RECEIVED 27 SEPTEMBER 2025, REVISED 27 NOVEMBER 2025, ACCEPTED 19 DECEMBER 2025

บทคัดย่อ

บทความวิชาการเชิงสังเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่ (1) เพื่อสังเคราะห์กรอบแนวคิดการเสริมพลังชุมชนในการดำเนินงานบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) (2) เพื่อนำเสนอโมเดลวงจรเสริมพลังชุมชน 4 ระยะสำหรับการขับเคลื่อน CBTx อย่างยั่งยืน และ (3) เพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายและปฏิบัติสำหรับผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีการสังเคราะห์องค์ความรู้จากเอกสาร งานวิจัย และวารสารวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผลการสังเคราะห์พบว่า ประเทศไทยมีการดำเนินงาน CBTx มาระยะหนึ่งแล้ว แต่ยังขาดกรอบแนวคิดเชิงบูรณาการด้านการเสริมพลังชุมชนที่อธิบายกลไกความยั่งยืนอย่างเป็นระบบ บทความนี้ได้สังเคราะห์กรอบแนวคิดที่บูรณาการทฤษฎีการเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment Theory) แนวคิดทุนทางสังคม (Social Capital) และแบบจำลองเชิงนิเวศสังคม (Socio-Ecological Model) เพื่ออธิบายการขับเคลื่อน CBTx และนำเสนอโมเดลวงจรเสริมพลังชุมชน 4 ระยะ ประกอบด้วย (1) การจุดประกายและสร้างสำนึกรู้เท่าทัน (2) การจัดตั้งองค์กรและพัฒนาศักยภาพ (3) การลงมือปฏิบัติและระดมทรัพยากร และ (4) การติดตาม สะท้อนผล และสร้างความยั่งยืน วงจรดังกล่าวส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปัจเจกบุคคล (เกิดความเชื่อมั่น มีทักษะการจัดการปัญหา) ระดับครอบครัว (เป็นระบบสนับสนุนที่เข้มแข็ง) และระดับชุมชน (เกิดกลไกการจัดการปัญหายั่งยืน) ข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญคือการปฏิรูประบบบทบาทของหน่วยงานรัฐจาก “ผู้สั่งการ” เป็น “ผู้หนุนเสริม” และการพัฒนากลไกทางการเงินที่ยืดหยุ่นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเสริมพลังชุมชน, การบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx), การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, ความยั่งยืน, ทุนทางสังคม

ABSTRACT

This synthesis article has three objectives (1) to synthesize a conceptual framework of community empowerment in Community-Based Treatment (CBTx) operations; (2) to present a four-phase Community Empowerment Cycle model for sustainable CBTx implementation; and (3) to propose policy and practical recommendations for stakeholders. The study employed knowledge synthesis from related documents, research, and academic journals both domestically and internationally. The synthesis findings reveal that while Thailand has implemented CBTx for some time, there remains a lack of integrated conceptual framework for community empowerment that systematically explains sustainability mechanisms. This article synthesizes a conceptual framework integrating Community Empowerment Theory, Social Capital Theory, and the Socio-Ecological Model to explain CBTx implementation. The proposed four-phase Community Empowerment Cycle comprises (1) Sparking and Consciousness Raising, (2) Organizing and Capacity Building, (3) Action and Resource Mobilization, and (4) Monitoring, Reflection, and Sustaining. This cycle affects change at three levels individual level (building self-efficacy and problem management skills), family level (strengthening support systems), and community level (establishing sustainable problem management mechanisms). Key policy recommendations include reforming government agencies' roles from “commanders” to “facilitators” and developing flexible financial mechanisms to continuously support community operations.

Keywords: Community Empowerment, Community-Based Treatment (CBTx), Drug Prevention and Solution, Sustainability, Social Capital

1. บทนำ

1.1 บริบทและพลวัตของปัญหาเสพติดในศตวรรษที่ 21

ปัญหาเสพติดมิได้เป็นเพียงปรากฏการณ์เฉพาะของประเทศไทย แต่เป็นวิกฤตการณ์ระดับโลกที่ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างต่อการพัฒนาสังคมและมนุษย์ รายงานสถานการณ์ยาเสพติดในภูมิภาคอาเซียน (ASEAN Drug Monitoring Report) ฉบับล่าสุด ชี้ให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัญหาที่เพิ่มขึ้น ทั้งในมิติของชนิดยาเสพติดใหม่ๆ โดยเฉพาะสารสังเคราะห์ที่มีฤทธิ์รุนแรงและผลิตได้ง่าย เส้นทาง การค้าที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายข้ามชาติที่ซับซ้อน และการเข้าถึงที่ง่ายขึ้นผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลและโซเชียลมีเดีย (Mas'ud Kanato et al., 2024)

สำหรับประเทศไทย แม้จะมีความพยายามอย่างเข้มแข็งในการบังคับใช้กฎหมาย แต่สถานการณ์ยังคงน่ากังวล โดยข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ระบุว่า ปัญหาการกลับไปเสพติดซ้ำ (relapse) ของผู้ที่ผ่านการบำบัดแล้วยังคงเป็นความท้าทายหลัก ซึ่งมีอัตราสูงและสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของแนวทางการแก้ไขปัญหแบบเดิมที่เน้นการบำบัดในระยะสั้นและแยกผู้ป่วยออกจากรากฐานทางสังคม (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2565)

แนวทางดั้งเดิมที่มุ่งเน้นการปราบปราม (Suppression) และการบำบัดในสถานพยาบาลหรือศูนย์บำบัดแบบปิด (Institution-Based Treatment) ได้พิสูจน์แล้วว่ามิข้อจำกัดหลายประการ ประการแรก สถานบำบัดของรัฐมีจำนวนจำกัด ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย ประการที่สอง การบำบัดที่แยกผู้ป่วยออกจากสภาพแวดล้อมและครอบครัว ทำให้เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเดิมต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงและสภาพแวดล้อมเดิมที่กระตุ้นให้กลับไปเสพติดซ้ำได้ง่าย ประการสุดท้ายและสำคัญที่สุดคือกระบวนการตีตราทางสังคม (Social Stigma) ที่มองว่าผู้เสพยาเป็นอาชญากรมากกว่าผู้ป่วย ทำให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดแล้วถูกปฏิเสธจากสังคม ขาด

โอกาสในการศึกษาและการประกอบอาชีพ นำไปสู่ความรู้สึกแปลกแยกและหวนกลับไปสู่วังวนของยาเสพติดอีกครั้ง (ชินวุฒิ ประสารวุฒิ, 2566)

1.2 การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ จาก “ผู้เสพยาอาชญากร” สู่ “ผู้เสพยาผู้ป่วย”

จากข้อจำกัดดังกล่าว นำมาสู่การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) ในการจัดการปัญหาเสพติดทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งสะท้อนผ่านการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่มีหลักการสำคัญคือ “ผู้เสพยาผู้ป่วย” แนวคิดนี้สอดคล้องกับกรอบทฤษฎีด้านแนวทางสาธารณสุข (Public Health Approach) การลดอันตราย (Harm Reduction) และสิทธิมนุษยชน (Human Rights-Based Approach) ที่มุ่งลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) ของการเสพยา และมองปัญหาในมิติของสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชนมากขึ้น (UNODC & WHO, 2020)

อย่างไรก็ตาม ในบริบทไทยยังคงมี “ความตึงเครียด” ระหว่างแนวคิดเชิงอาชญากรรมกับแนวคิดเชิงสาธารณสุข ซึ่งสะท้อนผ่านข้อมูลที่พบว่าแม้จะมีนโยบาย “ผู้เสพยาผู้ป่วย” แต่จำนวนการจับกุมผู้เสพยาเสพติดยังคงสูงต่อเนื่อง และผู้ใช้ยาจำนวนมากยังคงถูกส่งเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมทางอาญาแทนที่จะเข้าสู่ระบบการบำบัด (ชินวุฒิ ประสารวุฒิ, 2566)

แนวทางการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment and Rehabilitation CBTx) จึงก้าวขึ้นมาเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่สอดคล้องกับกระบวนทัศน์ใหม่นี้ CBTx ได้รับการยอมรับจากองค์กรระดับนานาชาติอย่างสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ดี (Good Practice) ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (United Nations Office on Drugs and Crime, 2005)

1.3 ช่องว่างองค์ความรู้และวัตถุประสงค์ของบทความ

แม้ประเทศไทยจะมีการดำเนินงาน CBTx มาระยะหนึ่งและมีการศึกษาวิจัยในพื้นที่ต่างๆ แต่ยังคงขาดกรอบแนวคิดเชิงบูรณาการที่อธิบายกลไกการเสริมพลังชุมชนในการขับเคลื่อน CBTx อย่างเป็นระบบ งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการประเมินผลโครงการหรือศึกษากรณีเฉพาะพื้นที่ แต่ยังไม่มีการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เชื่อมโยงทฤษฎีการเสริมพลังชุมชน ทฤษฎีสังคม และแบบจำลองเชิงนิเวศสังคม เพื่อนำเสนอโมเดลที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทที่หลากหลาย

ด้วยเหตุนี้ บทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่

- 1) เพื่อสังเคราะห์กรอบแนวคิดการเสริมพลังชุมชนในการดำเนินงาน CBTx โดยบูรณาการทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- 2) เพื่อนำเสนอโมเดลวงจรเสริมพลังชุมชน 4 ระยะสำหรับการขับเคลื่อน CBTx อย่างยั่งยืน
- 3) เพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายและปฏิบัติสำหรับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ปฏิบัติงานในชุมชน

2. ระเบียบวิธีการศึกษา

บทความนี้ใช้วิธีการสังเคราะห์องค์ความรู้ (Knowledge Synthesis) จากเอกสารวิชาการ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 แหล่งข้อมูลและเกณฑ์การคัดเลือก

ผู้เขียนสืบค้นเอกสารจากฐานข้อมูลวิชาการ ได้แก่ Thai Journal Online (ThaiJO), SCOPUS, PubMed และ Google Scholar โดยใช้คำสำคัญ ได้แก่ “Community-Based Treatment” “CBTx”

“Community Empowerment” “Drug Abuse” “การเสริมพลังชุมชน” และ “ยาเสพติด” เกณฑ์การคัดเลือกเอกสาร ได้แก่ (1) เป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่ผ่านการ peer review (2) ตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2568 (3) เนื้อหาเกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนหรือการเสริมพลังชุมชน และ (4) มีการอ้างอิงที่ตรวจสอบได้

2.2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์

ผู้เขียนใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อจำแนกประเด็นสำคัญจากเอกสาร และใช้การสังเคราะห์เชิงบูรณาการ (Integrative Synthesis) เพื่อเชื่อมโยงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีการเสริมพลังชุมชน แนวคิดทุนทางสังคม และแบบจำลองเชิงนิเวศสังคม นำมาสร้างกรอบแนวคิดเชิงบูรณาการและโมเดลวงจรเสริมพลังชุมชนสำหรับ CBTx

3. กรอบแนวคิดและทฤษฎีพื้นฐาน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการอธิบาย CBTx ในบทความนี้ได้บูรณาการทฤษฎี 3 ประการที่ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดย (1) ทฤษฎีการเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment Theory) ทำหน้าที่อธิบายกระบวนการเปลี่ยนบทบาทชุมชนจากผู้รับบริการเป็นผู้กระทำการ (2) แนวคิดทุนทางสังคม (Social Capital) อธิบายทรัพยากรเชิงเครือข่ายที่รองรับกระบวนการ และ (3) แบบจำลองเชิงนิเวศสังคม (Socio-Ecological Model) อธิบายระดับของการแทรกแซงตั้งแต่ปัจเจกบุคคลจนถึงนโยบาย

3.1 ทฤษฎีการเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment Theory)

การเสริมพลังชุมชนเป็นแนวคิดที่มีรากฐานจากนักคิดสายวิพากษ์อย่าง Paulo Freire ซึ่งเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริงต้องเริ่มต้นจากการที่ผู้ถูกกดขี่เกิด “จิตสำนึกผู้เท่าทัน” (Critical Consciousness) การนำแนวคิดนี้มาปรับใช้กับปัญหาเสพติดหมายความว่า กระบวนการเสริมพลังต้องเริ่มต้นจากการทำให้ชุมชนเข้าใจว่าปัญหาเสพติดไม่ได้เกิดจากความอ่อนแอของผู้เสพเพียงอย่างเดียว แต่เชื่อมโยงกับปัญหาความยากจน ความเหลื่อมล้ำ การขาดโอกาส และโครงสร้างทางสังคมที่ไม่เป็นธรรม

ในทางปฏิบัติ การเสริมพลังชุมชนสามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ระดับที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ (1) การเสริมพลังระดับปัจเจกบุคคล (Psychological Empowerment) ที่ทำให้สมาชิกในชุมชนเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) (2) การเสริมพลังระดับองค์กร/กลุ่ม (Organizational Empowerment) ที่ทำให้สมาชิกในชุมชนสามารถรวมตัวกันจัดตั้งเป็นกลุ่มหรือองค์กรที่มีเป้าหมายร่วมกัน และ (3) การเสริมพลังระดับชุมชน/โครงสร้าง (Community Empowerment) ซึ่งเป็นระดับสูงสุดที่ชุมชนโดยรวมมีความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหารากเหง้าของตนเองและสร้างกติกากฎหรือมาตรการทางสังคมของตนเองขึ้นมาเพื่อจัดการปัญหา (ธัญญารักษ์ ชนะภัย, 2559; รุ่งรัตน์ จิตรธรรม, 2563)

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้ในบริบทไทย เช่น การศึกษาของ จิราภรณ์ ศิริบาล (2564) ในพื้นที่อำเภอภูพาน จังหวัดอุดรธานี พบว่าการสร้างความตระหนักรู้ร่วมกันในปัญหานำไปสู่การจัดตั้งคณะทำงานระดับชุมชนที่สามารถดำเนินกิจกรรมป้องกันและบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง

3.2 แนวคิดทุนทางสังคม (Social Capital Theory)

ทุนทางสังคมหมายถึงทรัพยากรที่ฝังตัวอยู่ในเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม ประกอบด้วย (1) ความไว้วางใจ (Trust) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ครอบครัวกล้าเปิดเผยปัญหาและนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัด (2) บรรทัดฐานการช่วยเหลือเกื้อกูล (Norms of Reciprocity) หรือวัฒนธรรม “การลงแขก” ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และ (3) เครือข่ายทางสังคม (Social Networks) ทั้ง

ที่ไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ และเครือข่ายที่เป็นทางการ เช่น อสม. หรือคณะกรรมการหมู่บ้าน

การดำเนินงาน CBTx ที่ประสบความสำเร็จจึงไม่ใช่แค่การสร้างโปรแกรมใหม่ แต่คือการ “ถักทอ” และ “ฟื้นฟู” ทูทางสังคมที่มีอยู่เดิมให้กลับมามีชีวิตชีวาอีกครั้ง ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ สุกรี อารีรอบ และคณะ (2563) ในชุมชนบาราเฮาะ จังหวัดปัตตานี พบว่าการใช้ศาสนบำบัดผ่านมัสยิดซึ่งเป็นทูทางสังคมที่มีอยู่เดิมในชุมชนมุสลิม ช่วยให้การบำบัดได้รับการยอมรับสูงและมีประสิทธิผลในการลดการกลับไปเสพยา

3.3 แบบจำลองเชิงนิเวศสังคม (Socio-Ecological Model)

แบบจำลองนี้อธิบายว่าพฤติกรรมของมนุษย์ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายระดับที่ซ้อนกันอยู่ ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคลไปจนถึงระดับสังคมและนโยบาย ประกอบด้วย (1) ระดับบุคคล (Individual) ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ สร้างทักษะชีวิต และบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโดยตรง (2) ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal) ที่เน้นการทำงานกับครอบครัวและเพื่อน (3) ระดับชุมชน (Community) ซึ่งเป็นหัวใจของ CBTx ที่มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการเลิกยาและลดการตีตรา (4) ระดับองค์กร (Organizational) ที่ทำงานร่วมกับโรงเรียน วัด/มัสยิด สถานประกอบการ และ (5) ระดับนโยบาย (Policy/Enabling Environment) ที่ผลักดันให้มีกฎหมาย นโยบาย และงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน

3.4 กรอบแนวคิดเชิงบูรณาการสำหรับ CBTx

กรอบแนวคิดเชิงบูรณาการที่สังเคราะห์ขึ้นแสดงให้เห็นว่า ทฤษฎีทั้งสามมีความสัมพันธ์และเสริมซึ่งกันและกันในการอธิบายการขับเคลื่อน CBTx ดังนี้ ทฤษฎีการเสริมพลังชุมชนเป็น “กลไกขับเคลื่อน” ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายใน ทูทางสังคมเป็น “น้ำมันหล่อลื่น” ที่ทำให้กลไกขับเคลื่อนทำงานได้อย่างราบรื่น และแบบจำลองเชิงนิเวศสังคมเป็น “กรอบการออกแบบ” ที่ช่วยให้ชุมชนสามารถออกแบบกิจกรรมการทำงานได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ ไม่ใช่การแก้ปัญหาแบบแยกส่วน

ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดเชิงบูรณาการสำหรับ CBTx

ทฤษฎี/แนวคิด	บทบาทใน CBTx	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
การเสริมพลังชุมชน	กลไกขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง	ชุมชนเป็นเจ้าของการจัดการปัญหา
ทูทางสังคม	น้ำมันหล่อลื่นของกระบวนการ	เครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็ง
แบบจำลองเชิงนิเวศสังคม	กรอบการออกแบบกิจกรรม	การแทรกแซงครอบคลุมทุกระดับ

4. การบูรณาการกระบวนการ CBTx ในบริบทสังคมไทย

ตามแนวทางของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (2562) การดำเนินงาน CBTx ในประเทศไทย ประกอบด้วย 4 มิติหลัก ซึ่งในแต่ละมิติสามารถเชื่อมโยงกับกรอบทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้น ดังนี้

4.1 มิติการส่งเสริมและป้องกัน (Promotion and Prevention)

มิตินี้สัมพันธ์กับระดับชุมชน (Community Level) และระดับนโยบาย (Policy Level) ใน Socio-Ecological Model โดยแบ่งยุทธศาสตร์การป้องกันออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1) การป้องกันระดับทั่วไป (Universal Prevention) ที่มุ่งเน้นประชากรทุกคนในชุมชน (2) การป้องกันระดับเลือกสรร (Selective Prevention) ที่มุ่งเน้นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่าปกติ และ (3) การป้องกันระดับบ่งชี้ (Indicated

Prevention) ที่มุ่งเน้นปัจเจกบุคคลที่เริ่มแสดงพฤติกรรมเสี่ยงแล้ว (กัลยารัตน์ จิณะวงษ์ และวรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2564)

ข้อจำกัดที่พบในบริบทไทย การป้องกันมักเน้นการรณรงค์ให้ความรู้แบบกว้างๆ แต่ยังขาดกลยุทธ์เฉพาะกลุ่มเสี่ยง และยังไม่มี การเชื่อมโยงกับการแก้ไขปัญหายั่งยืนเชิงโครงสร้าง เช่น ปัญหาความยากจน การว่างงาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงรากฐาน

4.2 มิติการคัดกรองและส่งต่อ (Screening and Referral)

มิตินี้ต้องอาศัยทุนทางสังคม โดยเฉพาะ “ความไว้วางใจ” เป็นพื้นฐาน การเสริมพลังชุมชนในมิตินี้ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพแกนนำและ อสม. ให้มีทักษะในการสังเกตอาการเบื้องต้นของผู้ใช้ยาเสพติด และมีทักษะการพูดคุยสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เพื่อโน้มน้าวให้ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการรักษา

ความเสี่ยงที่ต้องระวัง การคัดกรองโดย อสม. ในชุมชนอาจนำไปสู่การตีตราหากขาดการรักษาความลับที่ดีพอ และอาจเกิดความขัดแย้งกับครอบครัวที่ไม่ยอมรับว่ามีสมาชิกใช้ยาเสพติด

4.3 มิติการบำบัดรักษาและฟื้นฟู (Treatment and Rehabilitation)

นี่คือหัวใจของการดำเนินงาน CBTx ที่เน้นการใช้ทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ป่วย ซึ่งสัมพันธ์กับระดับปัจเจกบุคคล (Individual Level) และระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Level) รูปแบบกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ กลุ่มบำบัดโดยชุมชน (Community-led Group Therapy) ศาสนบำบัดและกิจกรรมทางจิตวิญญาณ ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) และการฟื้นฟูทักษะอาชีพ

ในระดับสากล แนวทางการบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy - CBT) ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิผลสูงในการลดการใช้สารเสพติด (Mark Magill et al., 2019) ซึ่งหลักการนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกลุ่มบำบัดในชุมชนได้ ความท้าทาย การบำบัดในชุมชนอาจไม่สามารถรองรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือมีภาวะทางจิตเวชร่วมได้ จึงต้องมีระบบส่งต่อที่ชัดเจน

4.4 มิติการติดตามดูแลและหนุนเสริมทางสังคม (Aftercare and Social Support)

การติดตามดูแลจึงเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง การเสริมพลังชุมชนในมิตินี้คือการสร้าง “เครือข่ายความปลอดภัยทางสังคม” (Social Safety Net) ขึ้นมาในชุมชนเอง (จิราภรณ์ ศิริบาล, 2564) ได้แก่ ระบบพี่เลี้ยง/เพื่อนช่วยเพื่อน (Buddy/Peer Support System) การสร้างโอกาสทางสังคมและการจ้างงาน และการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง การติดตามผลที่เข้มแข็งเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการไม่กลับไปเสพซ้ำ (กรณิการ์ หาญพัฒนชัยกูร และคณะ, 2564)

ช่องว่างที่พบ การเชื่อมต่อระหว่างมิติการบำบัดกับการติดตามหลังบำบัดยังไม่ราบรื่น ผู้ป่วยจำนวนมากขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังจบโปรแกรมบำบัด

5. การสังเคราะห์กระบวนการขับเคลื่อน CBTx ผ่านวงจรการเสริมพลังชุมชน

จากการสังเคราะห์เอกสาร งานวิจัย CBTx ในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงแนวปฏิบัติที่ดีของ UNODC (2005) ผู้เขียนได้พัฒนาโมเดล “วงจรการเสริมพลังชุมชน” (Community Empowerment Cycle) ซึ่งเป็นกระบวนการต่อเนื่องและหมุนเวียน ไม่ใช่กระบวนการเส้นตรงที่ทำครั้งเดียวแล้วจบ

ความแตกต่างจากกรอบของ UNODC โมเดลที่นำเสนอเน้นกระบวนการเสริมพลังชุมชนเป็นแกนกลาง ในขณะที่กรอบของ UNODC เน้นองค์ประกอบด้านการบำบัดฟื้นฟูเป็นหลัก นอกจากนี้ โมเดลนี้ได้บูรณาการบริบทวัฒนธรรมไทย เช่น บทบาทของวัด/มัสยิด และวัฒนธรรมการช่วยเหลือเกื้อกูลในชุมชน

ตารางที่ 2 วงจรการเสริมพลังชุมชนสำหรับ CBTx

ระยะที่ 1 จุดประกาย และสร้างสำนึก	ระยะที่ 2 จัดตั้งองค์กร และพัฒนาศักยภาพ	ระยะที่ 3 ลงมือปฏิบัติ และระดมทรัพยากร	ระยะที่ 4 ติดตาม สะท้อนผล และสร้างความยั่งยืน
- สำรวจและคืนข้อมูลชุมชน - จัดเวทีเปิดใจคุย - ศึกษาฐาน	- จัดตั้งคณะทำงาน CBTx - วางแผนปฏิบัติการ - ผูกอบรมเชิงปฏิบัติการ	- ดำเนินกิจกรรม CBTx 4 มิติ - รณรงค์สื่อสารสาธารณะ - สร้างเครือข่ายและระดมทุน	- ติดตามประเมินผลภายใน - ถอดบทเรียน - สร้างคนรุ่นใหม่ - ผลักดันสู่นโยบายท้องถิ่น
ผลลัพธ์: ชุมชนตระหนักในปัญหา เกิดแกนนำกลุ่มแรก	ผลลัพธ์: คณะทำงานเข้มแข็ง มีแผนปฏิบัติการชัดเจน	ผลลัพธ์: เกิดกิจกรรมรูปธรรม ผู้ป่วยได้รับการดูแล	ผลลัพธ์: ชุมชนมีองค์ความรู้ เกิดกลไกความยั่งยืน

6. ระบบนิเวศของภาคีเครือข่าย (Stakeholder Ecosystem) ในการขับเคลื่อน CBTx

ความสำเร็จของ CBTx ไม่ได้ขึ้นอยู่กับชุมชนเพียงลำพัง แต่ต้องอาศัยระบบนิเวศของภาคีเครือข่ายที่เกื้อหนุนกัน ซึ่งสามารถจัดกลุ่มตาม Socio-Ecological Model ได้ดังนี้

6.1 ผู้ใช้ยาและครอบครัว (ระดับปัจเจกบุคคลและระหว่างบุคคล)

ในฐานะ “ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก” ไม่ใช่เพียงผู้รับบริการ ผู้ใช้ยาที่เลิกได้สำเร็จแล้วสามารถเป็น Peer Supporter ที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง ในขณะที่ครอบครัวเป็นทั้งระบบสนับสนุนและ “ผู้ร่วมออกแบบระบบ” เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิด Empowerment อย่างแท้จริง

6.2 ชุมชนและองค์กรในพื้นที่ (ระดับชุมชนและองค์กร)

ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. วัด/มัสยิด โรงเรียน และสถานประกอบการในพื้นที่ บทบาทสำคัญคือเป็น “เจ้าภาพ” ในการจัดการปัญหา โดยอาศัยทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิม

6.3 หน่วยงานภาครัฐ (ระดับนโยบายและโครงสร้าง)

ประกอบด้วย รัฐบาลกลาง (ป.ป.ส., กระทรวงสาธารณสุข) หน่วยงานระดับจังหวัดและอำเภอ โรงพยาบาลและ รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) บทบาทที่พึงประสงค์คือ “พี่เลี้ยง” (Coach/Mentor) และ “ผู้อำนวยความสะดวก” (Facilitator) ไม่ใช่ “ผู้สั่งการ”

6.4 การวิเคราะห์เชิงอำนาจและข้อจำกัด

อย่างไรก็ตาม ระบบนิเวศนี้มีข้อจำกัดและความเหลื่อมล้ำเชิงอำนาจที่ต้องตระหนัก ได้แก่ (1) ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างตำรวจ-ชุมชน-ผู้ใช้ยา ที่อาจทำให้ผู้ใช้ยาไม่กล้าเปิดเผยตัวหรือเข้ารับการ

บำบัด (2) งบประมาณจาก อปท. ที่ผูกพันกับวาระการเมืองท้องถิ่น ทำให้ขาดความต่อเนื่อง และ (3) อำนาจการตัดสินใจที่ยังรวมศูนย์อยู่ที่หน่วยงานรัฐมากกว่าชุมชน

7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและความท้าทายในการดำเนินงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมและกรณีศึกษาต่างๆ สามารถสังเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จและความท้าทาย โดยจัดหมวดหมู่เป็น 3 ด้าน ดังนี้

7.1 ปัจจัยด้านโครงสร้างและนโยบาย

ปัจจัยสำเร็จ การสนับสนุนที่ชัดเจนและต่อเนื่องจากภาครัฐ โดยเฉพาะ รพ.สต., อำเภอ และ อปท. รวมถึงการมีกฎหมายและนโยบายที่สนับสนุน เช่น ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ความท้าทาย ความยั่งยืนด้านทรัพยากร ชุมชนจำนวนมากต้องพึ่งพางบประมาณจากภายนอก เมื่อโครงการสิ้นสุดลง กิจกรรมต่างๆ ก็มักจะหยุดชะงัก (Denise Hallfors et al., 2002)

ทางเลือกเชิงยุทธศาสตร์ การจัดตั้ง “กองทุน CBTx ชุมชน” และการส่งเสริมให้ อปท. บรรจุงบประมาณส่วนนี้ไว้ในแผนงานประจำปี มีแนวโน้มประสพผลดีในชุมชนที่มีผู้นำท้องถิ่นเห็นความสำคัญของปัญหา

7.2 ปัจจัยด้านบุคคลและทัศนคติ

ปัจจัยสำเร็จ ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง (Strong Leadership) ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และความสอดคล้องทางวัฒนธรรม (Cultural Appropriateness) เช่น การใช้ศาสนาบำบัด (สุกรี อารีรอบ และคณะ, 2563) ความท้าทาย การตีตราและทัศนคติเชิงลบ (Stigma) ยังคงเป็นอุปสรรคที่ใหญ่ที่สุด และภาวะหมดไฟของแกนนำและอาสาสมัคร (Volunteer Burnout)

ทางเลือกเชิงยุทธศาสตร์ การรณรงค์สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง และการนำเสนอเรื่องราวความสำเร็จของผู้ที่เลิกยาได้ สามารถช่วยเปลี่ยนทัศนคติของคนในชุมชนได้ (รัชนิ สุโก, 2567)

7.3 ปัจจัยด้านกระบวนการและการมีส่วนร่วม

ปัจจัยสำเร็จ การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่การวางแผนไปจนถึงการประเมินผล รวมถึงกระบวนการเรียนรู้และปรับตัวอย่างต่อเนื่อง ความท้าทาย ความซับซ้อนของผู้ป่วย (Case Complexity) ที่อาจมีภาวะทางจิตเวชร่วมด้วย และความขัดแย้งในชุมชน

ทางเลือกเชิงยุทธศาสตร์ การสร้างระบบการปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยเคสซับซ้อนไปยังผู้เชี่ยวชาญ และการเน้นความเป็นกลางในกระบวนการทำงาน

8. ประเด็นเชิงจริยธรรมในการดำเนินงาน CBTx

การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยาเสพติดในบริบทชุมชน จำเป็นต้องมีความละเอียดอ่อนต่อประเด็นเชิงจริยธรรม โดยอ้างอิงจากหลักจริยธรรมในงานสาธารณสุขชุมชน สิทธิมนุษยชนของผู้ใช้ยา และแนวปฏิบัติของ UNODC/WHO ที่เกี่ยวข้องกับ CBTx (United Nations, 2019) ประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณา ได้แก่

8.1 การรักษาความลับ (Confidentiality)

ในชุมชนขนาดเล็กที่ผู้คนรู้จักกันหมด การรักษาความลับเป็นเรื่องที่ท้าทายอย่างยิ่ง ตัวอย่างสถานการณ์ “grey area” ที่พบบ่อย เช่น การรายงานชื่อผู้ใช้ยาให้หน่วยงานรัฐ ซึ่งอาจขัดแย้งกับหลักการรักษาความลับ

แนวปฏิบัติ คณะทำงานทุกคนต้องได้รับการอบรมและให้คำมั่นสัญญาในการรักษาความลับอย่างเคร่งครัด ระบบการจัดเก็บข้อมูลต้องปลอดภัยและจำกัดการเข้าถึงเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

8.2 การให้ความยินยอมโดยสมัครใจ (Informed and Voluntary Consent)

ผู้ป่วยต้องเข้าร่วมโปรแกรม CBTx ด้วยความสมัครใจ ไม่ใช่เกิดจากการบังคับขู่เข็ญหรือแรงกดดันทางสังคม ตัวอย่างสถานการณ์ที่พบบ่อย เช่น ความเสี่ยงของการบังคับเข้าบำบัดโดยชุมชน

8.3 ชีตความสามารถและขอบเขตบทบาทของอาสาสมัคร

อาสาสมัครชุมชนแม้จะมีความตั้งใจดี แต่อาจขาดความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น การตีตราโดยอาสาสมัครเอง ซึ่งอาจเกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ

8.4 ข้อเสนอโครงสร้างกำกับจริยธรรม

เพื่อให้การดำเนินงานมีความรับผิดชอบต่อจริยธรรม ควรมีโครงสร้างกำกับดูแล ได้แก่ (1) การมีคณะกรรมการชุมชนด้านจริยธรรม ที่ประกอบด้วยตัวแทนผู้สูงอายุ ครอบครัว แกนนำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข (2) กระบวนการรับข้อร้องเรียน ที่เป็นช่องทางให้ผู้รู้สึกถูกละเมิดสิทธิสามารถร้องเรียนได้อย่างปลอดภัย และ (3) ระบบฝึกอบรมจริยธรรมต่อเนื่อง สำหรับแกนนำและอาสาสมัครทุกคน

9. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

9.1 บทสรุป

บทความนี้ได้สังเคราะห์กรอบแนวคิดและนำเสนอโมเดลวงจรเสริมพลังชุมชน 4 ระยะ สำหรับการขับเคลื่อน CBTx อย่างยั่งยืน ข้อเสนอสำคัญ 4 ประการมีดังนี้

ประการแรก CBTx ที่ยั่งยืนต้องมีวงจรเสริมพลังชุมชนที่ครบถ้วน ตั้งแต่การจุดประกายสำนึก การจัดตั้งองค์กร การลงมือปฏิบัติ ไปจนถึงการเรียนรู้และสร้างความยั่งยืน ประการที่สอง ทูตทางสังคมเป็น “น้ำมันหล่อลื่น” ที่ทำให้วงจรเสริมพลังหมุนได้อย่างราบรื่น ประการที่สาม ระบบนิเวศภาคีเครือข่ายต้องทำหน้าที่เป็น “พี่เลี้ยง” ไม่ใช่ “ผู้สั่งการ” ประการที่สี่ ฐานจริยธรรมที่แข็งแกร่งเป็นสิ่งจำเป็นในการปกป้องสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ใช้ยาและครอบครัว

9.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเปลี่ยนกรอบคิดของหน่วยงานรัฐ ภาครัฐควรกำหนดนโยบายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการประเมินผลการดำเนินงาน โดยเปลี่ยนจากการวัด “จำนวนผู้ที่ถูกจับกุม” หรือ “จำนวนผู้ที่เข้ารับการบำบัด” ไปสู่การวัด “ระดับความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการปัญหา” เหตุผลรองรับจากการวิเคราะห์พบว่า ตัวชี้วัดแบบเดิมส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่เน้นปริมาณมากกว่าคุณภาพ และไม่สะท้อนความยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างระบบสนับสนุนชุมชน ควรจัดตั้ง “กองทุนส่งเสริมความเข้มแข็งชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด” ในระดับจังหวัดหรืออำเภอ ซึ่งมีกระบวนการขอรับงบประมาณที่ไม่ซับซ้อน เปิดโอกาสให้ชุมชนที่รวมตัวกันแล้วสามารถเสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนได้โดยตรง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การเสริมขีดความสามารถ อปท. หน่วยงานภาครัฐและสถาบันการศึกษาควรพัฒนาหลักสูตรและบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็น “นักอำนวยการกระบวนการ” โดยเฉพาะ เพื่อทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับชุมชนในระยะเริ่มต้น

9.3 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

หลักการปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน มีดังนี้ (1) หลักการทำงานกับทุนทางสังคม เริ่มต้นจากการสำรวจและเชื่อมโยงกับทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิมในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มองค์กรที่เป็นทางการหรือไม่เป็น

ทางการ (2) หลักการสร้างการมีส่วนร่วมแบบไม่ตีตรา สร้างพื้นที่ปลอดภัยในการพูดคุย ใช้ภาษาที่ไม่ตีตรา และเปิดโอกาสให้ผู้ที่เคยผ่านการบำบัดเข้ามามีบทบาท และ (3) หลักการเริ่มต้นเล็ก ขยายผลใหญ่ เริ่มต้นจากกิจกรรมเล็กๆ ที่เห็นผลได้ง่ายเพื่อสร้างกำลังใจและความเชื่อมั่น ก่อนจะขยายไปสู่กิจกรรมที่ซับซ้อนขึ้น

9.4 การเปรียบเทียบกับงานศึกษาต่างประเทศ

เมื่อเปรียบเทียบกับงานศึกษาในต่างประเทศ เช่น โครงการ CBTx ในไอร์แลนด์ (McGrath, Bettany & Leighton, 2010) พบว่าบริบทไทยมีความเฉพาะบางประการ ได้แก่ (1) บทบาทของสถาบันศาสนา (วัด/มัสยิด) ที่เข้มแข็งกว่า ซึ่งสามารถใช้เป็นฐานในการบำบัดและสร้างการยอมรับทางสังคม (2) ทูตทางสังคมแบบ “การลงแขก” ที่เป็นวัฒนธรรมการช่วยเหลือเกื้อกูลที่ฝังรากลึก และ (3) ความท้าทายจากระบบราชการที่ยังรวมศูนย์ ซึ่งต้องการการปรับเปลี่ยนบทบาทอย่างมาก

9.5 ข้อจำกัดของบทความ

บทความนี้มีข้อจำกัดที่ผู้ใช้งานควรตระหนัก ได้แก่ (1) เป็นการสังเคราะห์จากเอกสารและงานวิจัยไม่ใช่งานวิจัยเชิงประจักษ์ที่มีการเก็บข้อมูลภาคสนามโดยตรง (2) โมเดลวงจรเสริมพลังชุมชนที่นำเสนอ ยังไม่ได้ผ่านการทดสอบในพื้นที่จริงอย่างเป็นระบบ จึงอาจต้องปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละชุมชน และ (3) เอกสารที่ใช้ในการสังเคราะห์ส่วนใหญ่มาจากพื้นที่ภาคกลางและภาคใต้ อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับบริบทพื้นที่อื่น

10. องค์ความรู้ใหม่

องค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสังเคราะห์มี 3 ประการที่แตกต่างจากงานศึกษาและเอกสาร CBTx ที่มีอยู่เดิม ดังนี้

ประการที่ 1 โมเดลวงจรเสริมพลังชุมชน 4 ระยะสำหรับ CBTx ในบริบทไทย เป็นการสังเคราะห์กระบวนการที่มีความต่อเนื่องและหมุนเวียน ไม่ใช่กระบวนการเส้นตรง ซึ่งแตกต่างจากกรอบของ UNODC ที่เน้นองค์ประกอบด้านการบำบัดฟื้นฟูเป็นหลัก โมเดลนี้ให้ความสำคัญกับกระบวนการเสริมพลังชุมชนเป็นแกนกลาง

ประการที่ 2 การจัดวางทุนทางสังคมเป็น “น้ำมันหล่อลื่น” ของวงจรเสริมพลัง เป็นมุมมองที่ช่วยอธิบายว่าทำไมชุมชนบางแห่งที่มีทุนทางสังคมสูงจึงสามารถขับเคลื่อน CBTx ได้ราบรื่นกว่า และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานรู้ว่าควรเริ่มต้นจากการสำรวจและเชื่อมโยงกับทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิม

ประการที่ 3 การมอง CBTx ผ่านเลนส์ Socio-Ecological Model และ Stakeholder Ecosystem แบบบูรณาการ ที่ชี้ให้เห็นว่าบทบาทของหน่วยงานภายนอกควรเปลี่ยนจาก “ผู้สั่งการ” เป็น “พี่เลี้ยง” เพื่อให้วงจรการเสริมพลังของชุมชนสามารถหมุนต่อไปได้ด้วยตัวเองอย่างเข้มแข็ง

11. เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์. (2565). แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำหรับศูนย์คัดกรอง.
กรณีการ หาญพัฒนชัยกูร, นรากร เกษมพร, ภาณุวัฒน์ ไทอินทร์, และนพพร ทองโคตร. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษายาเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติด. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 15(2), 1-12.

- กัลยารัตน์ จินะวงษ์, และวรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2564). การพัฒนารูปแบบจัดการสุขภาพชุมชน เพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด. วารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 21(3), 48-61.
- จิราภรณ์ ศิริบาล. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 29(3), 329-338.
- ซัชชัย ไชยศรี, กนกพร ชัยภูวนาถ, และชญาดา พรหมอินทร์. (2566). รูปแบบการป้องกัน แก้ไข และบำบัดผู้ติดยาเสพติด ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย กรณีศึกษา พื้นที่บ้านทุ่งแม่บัว อำเภอลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. ใน การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 15 (น. 540-552). มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- ชินวุฒิ ประสารวุฒิ. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของประชาชนในเขตอำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร [การศึกษาค้นคว้าอิสระ, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช].
- ธัญยาภรณ์ ชนะภัย. (2559). แนวทางการเสริมพลังชุมชนในโครงการจัดการทรัพยากรธรรมชาติชุมชนแม่ละอุบ ภายใต้มูลนิธิธีรภัฏไทย จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
- นันทิยา ทองเจิม, ธัญญรัตน์ สุกุลมานนท์, และลักษมี สิทธิสาร. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 13(2), 65-78.
- รัชณี สุโก. (2567). การพัฒนาระบบการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาดำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 21(1), 162-171.
- รุ่งรัตน์ จิตรธรรม. (2563). การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนปู่เย็น ยำคำ ยังอยู่ แขวงหลักสอง เขตบางแค กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยสยาม.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2562). แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติที่ดี (Community Based Treatment and Rehabilitation CBTx and Best Practices). เดอะกราฟิก ชิสเต็มส์.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2565). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2565.
- สุกรี อารีรอบ, สุวิมล พัฒนะ, ปริญญา อมตฉายา, อับดุลเลาะ อุดม, และรุสลี โต๊ะเด็น. (2563). การจัดการปัญหายาเสพติดในชุมชน กรณีศึกษา ชุมชนบาราเฮาะ ตำบลบาราเฮาะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, 2(1), 1-13.
- Hallfors, D., Cho, H., Livert, D., & Kadushin, C. (2002). Fighting back against substance abuse Are community coalitions winning?. American Journal of Preventive Medicine, 23(4), 237-245.
- Kanato, M., Sarasiri, R., & Leyatikul, P. (Eds.). (2024). ASEAN Drug Monitoring Report 2023. ASEAN Narcotics Cooperation Center.
- Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., & Tonigan, J. S. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders Treatment

efficacy by contrast condition. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87(11), 1093–1105.

McGrath, D., Bettany, D., & Leighton, A. (2010). A community based treatment programme for illicit drug users in rural Ireland. The European Journal of General Practice, 16(3), 163–168.

United Nations. (2019). International Standards on Drug Use Prevention (2nd ed.). United Nations Office on Drugs and Crime.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2005). Community Based Treatment Good Practice. UNODC.

UNODC & WHO. (2020). International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders (Revised Edition). United Nations Office on Drugs and Crime and World Health Organization.