

An Operational Model for the Prevention and Resolution of Drug Addiction Problems in the Community by Village Health Volunteers: A Case Study of Sukhothai Province

Yutthana Yaebkai¹, Tawatchai Sunthonnon^{2*}

1 Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Phitsanulok, Thailand.

2 Assistant Professor, Sirindhorn College of Public Health Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Trang, Thailand.

**Corresponding author: e-mail : tawatchai.sun006@hu.ac.th*

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Yaebkai, Y. ., & Sunthonnon, T. (2025). An Operational Model for the Prevention and Resolution of Drug Addiction Problems in the Community by Village Health Volunteers: Case Study of Sukhothai Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3), 731–746. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/282319

Received: 16 July 2025

Revised: 6 August 2025

Accepted: 8 August 2025

Abstract

This mixed-methods research design aimed to study an operational model for the prevention and resolution of drug addiction problems in the community by village health volunteers in Sukhothai Province. The research was conducted in two phases: Phase 1 developing an operational model for the prevention and resolution of drug addiction problems in the community and Phase 2 evaluating an operational model for the prevention and resolution of drug addiction problems in the community.

The results found six key parts of the model: (1) Developing good data system; (2) Developing peaceful approaches rehabilitation system; (3) Create an atmosphere of understanding and communication according to the community; (4) Developing varieties of good activities; (5) Creating participatory approaches for networks; and (6) Encouraging ownership and transformational leadership. The evaluation results indicated that the overall quality was at a high level, beneficial was rated at the highest level, feasibility was at a high level, appropriation was at a moderate level, and accuracy coverage was at a high level.

Keywords: Model; Problem prevention and resolution; Drug addiction; Village Health Volunteers

รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย

ยุทธนา แยกคาย¹ ธวัชชัย สุนทรนนท์^{2*}

1 อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*อีเมลติดต่อ: tawatchai.sun006@hu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 16 กรกฎาคม 2568
วันแก้ไข 6 สิงหาคม 2568
วันตอบรับ 8 สิงหาคม 2568

การวิจัยเชิงผสมผสานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยการวิจัยระยะที่ 1 การสร้างรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการวิจัยระยะที่ 2 การประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ 1) สำรวจและพัฒนาฐานข้อมูลเชิงลึก 2) พัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟูด้วยแนวทางสันติวิธี 3) สร้างความเข้าใจและสื่อสารข้อมูลตามอัตลักษณ์ชุมชน 4) พัฒนากิจกรรมที่ดีและหลากหลาย 5) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และ 6) ส่งเสริมความเป็นเจ้าของและผู้นำการเปลี่ยนแปลง และผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ประกอบด้วยด้านความเป็นประโยชน์ในระดับมากที่สุด ด้านความเป็นไปได้ในระดับมาก ด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: รูปแบบ; การป้องกันและแก้ไขปัญหายา; การติดยาเสพติด; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

ยาเสพติดเป็นหนึ่งในปัญหาทางสังคมและสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศ ทั้งในระดับโลก ระดับชาติ และระดับชุมชน จากรายงานของ United Nations Office on Drugs and Crime (2022) ระบุว่า ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จำนวนผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลก เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 26.0 โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่น ซึ่งมีแนวโน้มเข้าสู่การใช้สารเสพติดเร็วขึ้น และมีพฤติกรรมเสพติดที่ซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้ปัญหาเสพติดกลายเป็นภัยคุกคามในมิติสุขภาพจิต สุขภาพกาย และสังคมอย่างชัดเจนส่วนประเทศไทยยังคงเผชิญกับแนวโน้มปัญหาเสพติดที่ขยายตัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 12–24 ปี ที่มีอัตราการเข้าสู่ระบบการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น ขณะที่อัตราการเข้าสู่ระบบการบำบัดยังอยู่ในระดับต่ำ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ได้รายงานว่าการแพร่ระบาดในชุมชนชนบทเป็นปัญหาหลัก ที่ยากต่อการควบคุม เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และกลไกติดตามกลุ่มเสี่ยงในระดับพื้นที่ที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ การแก้ไขปัญหายาเสพติดจึงไม่อาจอาศัยมาตรการทางกฎหมายหรือการปราบปรามเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องบูรณาการการดำเนินงานเชิงป้องกันและฟื้นฟูในระดับชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกสุขภาพภาคประชาชนที่สามารถเข้าถึงและเข้าใจบริบทชุมชนได้อย่างลึกซึ้ง (Office of the Narcotics Control Board, 2023) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสุขภาพภาคประชาชนที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในทุกพื้นที่ มีบทบาทตามภารกิจอย่างน้อย 23 ลักษณะงานที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข (Yaebkai & Wongsawat, 2020) อาทิ การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ตลอดจนการประสานงานกับระบบบริการสุขภาพของรัฐ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงถือเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันและแก้ไข

ปัญหาสุขภาพในระดับชุมชนได้อย่างครอบคลุม รวมถึงปัญหาเสพติดซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความไว้วางใจและการมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะยาว แม้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการขยายให้ครอบคลุมถึงการดูแลสุขภาพจิต การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง แต่จากการศึกษาของ Chuaychu (2024) และ Somaboot (2023) ยังพบว่าการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านยาเสพติดยังคงไม่มีกรอบแนวทางที่ชัดเจน ขาดเครื่องมือ คู่มือ หรือแบบแผนที่เป็นระบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินงานตามความสามารถเฉพาะตัว หรืออาศัยความร่วมมือเฉพาะกิจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบ แม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีทัศนคติและความตั้งใจที่ดีในการทำงาน แต่ยังต้องการการสนับสนุนทั้งองค์ความรู้ ทักษะ และกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับพื้นที่เฉพาะ (Yaebkai & Wongsawat, 2023) ในเชิงนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้พัฒนาหลักสูตรการดำเนินการติดตามยาเสพติดในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแนวคิด อสม.ที่ดี ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ผ่านการบำบัดในชุมชนอย่างต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา และประสานส่งต่อ (Department of Health Service Support, 2020) แนวทางนี้สะท้อนการพัฒนาเชิงรุกของรัฐในการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน และสอดคล้องกับแนวคิดชุมชนบำบัด (Community-based treatment) ที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการฟื้นฟูผู้เสพยาอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ จังหวัดสุโขทัยเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท และมีระบบเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้มแข็งและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนมีศักยภาพด้านสุขภาพชุมชนสูงทั้งในด้านการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การสร้างภาวะผู้นำสุขภาพ และการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาวะโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนกลางในการ

ดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบข้อมูลรูปแบบการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านอื่น ๆ แต่ยังไม่พบการศึกษาเฉพาะด้านที่เน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ครอบคลุมตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ และบริบทของพื้นที่ โดยมุ่งเน้นพึ่งตนเองในชุมชน อาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ การศึกษารูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สร้างขึ้นจากแนวปฏิบัติที่ดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น ซึ่งสามารถใช้ได้จริงในพื้นที่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือขยายผลต่อยอดในพื้นที่อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนทั้งในระดับนโยบายระดับวิชาการ และระดับปฏิบัติการทั่วประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงผสมผสานแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Mixed methods research design with an exploratory sequential design) โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะตามวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น โดยการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในครั้งนี้เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 4 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัดสุโขทัย ประจำปีพุทธศักราช 2565 สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดิตในชุมชน จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 2 ประจำปีพุทธศักราช 2564 สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดิตในชุมชน จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับภาค ภาคเหนือ ประจำปีพุทธศักราช 2561 สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดิตในชุมชน จำนวน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับชาติ ประจำปีพุทธศักราช 2562 สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดิตในชุมชน จำนวน 1 คน

2. การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีข้อมูลตรงตามประเด็นการวิจัยมากกว่าปกติโดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดิตในชุมชนที่มีความโดดเด่นและมีหลักฐานเชิงประจักษ์จนได้รับการคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัดขึ้นไป (Miles & Huberman, 1994)

3. เกณฑ์การคัดเลือกคือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสถานภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดิตในชุมชนระดับจังหวัดขึ้นไป และยินดีให้ข้อมูลในโครงการวิจัยครั้งนี้

4. เกณฑ์การคัดออกคือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่สภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในระยะนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง ประกอบด้วยคำถามหลัก 3 ด้าน คือ 1) ด้านการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดิตในชุมชน 2)

ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน และ 3) ด้านปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน และอุปกรณ์ที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง ปากกาหรือดินสอ และสมุดจดบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 2 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และดำเนินการทดสอบแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างโดยการทดลองสัมภาษณ์กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 4 คน โดยพิจารณาจากความเป็นไปได้ของการได้มาซึ่งข้อมูล ความเข้าใจเนื้อหา ความยากง่าย ความกำกวมของคำถามหรือข้อสนทนา และปฏิกิริยาสะท้อนกลับของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างที่นำไปทดสอบมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนัดหมายผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้าตามวัน เวลา และสถานที่ที่สะดวกและปลอดภัยต่อผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นลงพื้นที่ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกต โดยเริ่มจากแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่มีการเชื่อมโยงถึงอาสาสมัครและสิทธิของอาสาสมัครในการให้สัมภาษณ์หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล หากยินยอมให้อาสาสมัครลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ในระหว่างการให้ข้อมูล ถ้ามีความไม่สบายใจเกี่ยวกับการให้ข้อมูลสามารถ

แจ้งผู้วิจัยให้รับทราบและยุติการให้ข้อมูลได้ทันที เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนผู้วิจัยจะกล่าวขอบคุณและจบการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้ระยะเวลาสัมภาษณ์เชิงลึก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในเดือนเมษายน 2568 ภายหลังการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการบันทึกเสียงดังกล่าวได้นำมาถอดเทปแบบคำต่อคำและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการสรุปสาระสำคัญจากเนื้อหาที่ถอดเทปแล้วส่งให้อาสาสมัครตรวจสอบอีกครั้งเพื่อยืนยันว่าเนื้อหาดังกล่าวตรงกับที่สัมภาษณ์ไว้หรือไม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยสร้างร่างรูปแบบ ปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำ และสรุปรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยการวางระบบข้อมูลโดยการจัดประเภทของคำและข้อความที่จะวิเคราะห์ จัดจำแนกประเภทย่อยของคำและข้อความให้ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย จัดจำแนกประเภทย่อยของแนวคิด กำหนดหน่วยของการแจกนับ และกำหนดวิธีแจกนับ และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านผู้วิจัยเพื่อตรวจสอบว่าผู้วิจัยแต่ละคนจะได้ข้อมูลต่างกันหรือไม่อย่างไร และด้านข้อมูลเพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูล 3 แหล่งที่มา (เวลา สถานที่ และบุคคล) ที่ผู้วิจัยได้มาถูกต้องหรือไม่

ทั้งนี้ผลจากการวิจัยในระยะที่ 1 คือ รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะนำไปประเมินคุณภาพในระยะที่ 2 ต่อไป

การวิจัยระยะที่ 2 การประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยนำผลจากการวิจัยในระยะที่ 1 มาประเมินคุณภาพเพื่อยืนยัน

รูปแบบและสร้างความมั่นใจในการนำผลการวิจัยไปใช้ในวงกว้างต่อไป

ประชากร

1. ประชากรคือ กลุ่มภาคีเครือข่ายสำคัญในการร่วมดำเนินการเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตั้งแต่ระดับตำบลจนถึงระดับจังหวัดในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย จากฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ประจำปี 2568 จำนวนทั้งสิ้น 2,621 คน โดยการวิจัยในระยนี้ใช้การเก็บข้อมูลจากประชากรที่ศึกษาทุกคน หรือการสำมะโนประชากร (Population census)

2. เกณฑ์การคัดเข้าคือ ผู้มีอายุ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่เป็นภาคีเครือข่ายสำคัญในการร่วมดำเนินการเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตั้งแต่ระดับตำบลจนถึงระดับจังหวัด ในฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ประจำปี 2568 และยินดีให้ข้อมูล

3. เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงกะทันหัน และไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ ประเภทของผู้ตอบแบบประเมิน เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ จำนวน 5 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง และส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากเกณฑ์คุณภาพทางการศึกษา จำนวน 4 หมวด ได้แก่ ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม (Madaus, Scriven & Stufflebeam, 1983) เป็นแบบประเมินชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์

การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับจำนวน 16 ข้อ การแปลความหมายคะแนนผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง แบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Boone & Boone, 2012) คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง อยู่ในระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 2 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 หลังจากนั้นนำแบบประเมินที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน (Browne, 1995) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินรูปแบบ ส่วนที่ 2 โดยใช้สูตรประสิทธิภาพของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินรูปแบบ เท่ากับ 0.75

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตอบแบบประเมินผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ ในเดือนมิถุนายน 2568 ซึ่งภายในแบบประเมินมีการขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำแบบประเมิน และมีคำชี้แจงในการตอบแบบประเมิน วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการนำผลการวิจัยไปใช้ รวมถึงปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจะไม่มี การระบุชื่อของอาสาสมัครในฐานข้อมูล ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้จะไม่ ผลกระทบใด ๆ ต่ออาสาสมัคร ข้อมูลจะเก็บไว้เฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากมี การวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี เพื่อนำเสนอในภาพรวมจะไม่ระบุหรืออ้างอิงถึงอาสาสมัคร หากไม่ได้รับอนุญาต

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร และผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

จริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบโครงการวิจัย เรื่อง รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เอกสารรับรองเลขที่ IRRB of SCPHPL 2/2568.1.3 วันที่รับรอง 18 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ผลจากการสร้างรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ รูปแบบ DRUG NO Model ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

1. การสำรวจและพัฒนาฐานข้อมูลเชิงลึก (Data Systems: D) เป็นรากฐานสำคัญของการแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทเป็นเสมือนตาสับปรดหรือสายสืบภายในชุมชนที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในทุกพื้นที่ทำให้สามารถเข้าถึงและรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง ลึกซึ้ง เป็นระบบ และเชิงรุกอย่างแท้จริง ไม่เพียงแต่รอรับแจ้งข้อมูลแต่จะลงพื้นที่อย่างสม่ำเสมอในแต่ละคุ้มบ้านเพื่อ สอดส่องดูแลพฤติกรรมประชาชนในชุมชนและปูพรมค้นหาผู้ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในละแวกคุ้มบ้านตนเอง วิธีการที่ใช้มีความหลากหลายและเป็นไปตามหลักการที่เคารพสิทธิส่วนบุคคลและรักษาความไว้วางใจ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การสอบถามสารทุกข์สุกดิบ การใช้เทคนิคในการพูดคุย ซักถาม การสังเกตอาการ ซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการใช้แบบคัดกรองและวินิจฉัย ข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ของยาเสพติด ความรุนแรงของปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างรอบด้าน โดยการวิเคราะห์นี้ครอบคลุมถึงข้อมูลส่วนบุคคล (ชื่อ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ) ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา (ชนิด วิถีเสพ อายุที่เริ่มปริมาณ ความถี่ อาการเมื่อใช้/หยุดใช้ ผลกระทบ) ประวัติการใช้ในครอบครัว (ปัจจัยทางพันธุกรรม ความสัมพันธ์ในครอบครัว) และข้อมูลทางสังคม (สภาพความเป็นอยู่ แหล่งขาย กลุ่มเพื่อนติดยา) การมีระบบข้อมูลที่เข้มแข็งยังรวมถึงการจัดตั้งทีมงานระดับหมู่บ้านหรือคุ้มบ้านที่ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมสามหมอ กรรมการหมู่บ้าน กรรมการกองทุนแม่ของแผ่นดิน หัวหน้าคุ้มบ้าน หัวหน้าครอบครัว ผู้ประสานงานพลังแผ่นดิน (25 ตาสับปรด) ชูรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน อาสาสมัครตำรวจบ้าน นอกจากนี้ข้อมูลจะถูกรวบรวมจากหลากหลายช่องทาง เช่น กล้องข่ายยาเสพติด Re X-ray ของหน่วยงานภาครัฐ และจากการลงพื้นที่เคาะประตูบ้าน

แบบไม่เป็นทางการ ข้อมูลเหล่านี้จะถูกนำมาตรวจสอบและ
กลั่นกรองเพื่อความถูกต้องและนำไปสู่การช่วยเหลือที่
เหมาะสม

2. การพัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟูด้วยแนวทางสันติ

วิธี (Rehabilitation with peaceful approaches: R)
เป็นหัวใจสำคัญที่เน้นแนวทางสันติวิธีในการแก้ไขปัญหามิ
เน้นการลงโทษ แต่ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือ การให้
โอกาส และการฟื้นฟูอย่างรอบด้านเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องกับยา
เสพติดสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน โดย
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1) การคัดแยกเพื่อ
การช่วยเหลือมีความเข้าใจถึงความสำคัญของการคัดแยก
กลุ่มผู้เข้ายาและสารเสพติด (กลุ่มผู้เข้ายาเสพติด ผู้เสพยาเสพ
ติด ผู้ติดยาเสพติด และกลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อน) ตามหลัก
วิชาการเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือที่ถูกต้อง โดยมีแนวคิด
หลักคือ คัดแยกเพื่อให้การช่วยเหลือมิใช่เพื่อนำมาลงโทษ
2) กระบวนการบำบัดรักษามีบทบาทในการสนับสนุน
กระบวนการบำบัดรักษา 4 ขั้นตอนตามแนวทางของ
กระทรวงสาธารณสุข เช่น การเตรียมการโดยสร้างแรงจูงใจ
ให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะของตนและตั้งใจเข้ารับการรักษา
ภายใน 7 วัน การถอนพิษโดยสนับสนุนการดูแลใกล้ชิด
การให้ยาตามอาการหรือการแพทย์ทางเลือก ภายใน 45
วัน การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยจัดกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะชีวิตที่
ช่วยให้ไม่กลับไปใช้สารเสพติดอีก ภายใน 180 วัน และการ
ติดตามโดยติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี ให้
คำปรึกษา แนะนำ สร้างกำลังใจ และป้องกันการติดซ้ำ 3)
การบำบัดโดยชุมชน มีนวัตกรรมที่โดดเด่นคือ การใช้บำบัด
กันเองในหมู่บ้านด้วยใจแลกใจ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านจะไม่นำผู้เสพยาเสพติดไปบำบัดที่อื่นและจะ
ไม่ให้ถูกลงโทษ หากให้ความร่วมมือ 4) การจัดค่าย
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีการจัดค่าย
ต่าง ๆ ที่ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นทั้งการสนับสนุน
วิทยากร การบริจาคสิ่งของ การทำอาหาร การอยู่เวรยาม
และการร่วมกิจกรรม เช่น ค่ายชุมชนอุ่นใจได้ลูกหลาน
กลับคืน 9 วัน 9 คืน ค่ายชุมชนบำบัดและบำบัดโดยชุมชน
และค่ายกาย จิต สังคมบำบัดประยุกต์ในชุมชน และ 5)

การติดตามและสนับสนุนหลังการบำบัด มีบทบาทสำคัญใน
การติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัดอย่างต่อเนื่อง มีการเยี่ยม
บ้าน ให้คำแนะนำเสริมสร้างกำลังใจทั้งผู้เกี่ยวข้องและ
ครอบครัว และช่วยหาอาชีพเพื่อสร้างรายได้

3. การสร้างความเข้าใจและสื่อสารข้อมูลตาม อัตลักษณ์ ชุมชน (Understanding and Communi- cation: U) เป็นการเสริมสร้างความตระหนักและภูมิคุ้มกัน ให้แก่คนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนและกลุ่ม เปราะบางผ่านการถ่ายทอดความรู้และกิจกรรมที่เข้าถึงง่าย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดผู้เสพยาใหม่ และลดจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติด โดยอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1) ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับยา เสพติดเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องยาและสารเสพติด 2) การผลิตและใช้สื่อชุมชนในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมถึงการ กระจายข่าวสารผ่านหอกระจายข่าว และการประชุม หมู่บ้าน และการพูดคุยกลุ่มย่อย 3) การสร้างภูมิคุ้มกันผ่าน กิจกรรมสร้างสรรค์เพื่อใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และ ห่างไกลยาเสพติดทั้งในสถานศึกษาและนอกสถานศึกษา และ 4) การประยุกต์ใช้ศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญา มี นวัตกรรมที่โดดเด่น เช่น ร้อง เล่น เต้น รำ (ลิเก Just Say No) ที่ถ่ายทอดความรู้เรื่องยาเสพติดผ่านการแสดงลิเก นอกจากนี้ ยังมีการส่งเสริมโครงการหมู่บ้านรักษาศีลห้าซึ่ง นิมนต์พระมาแสดงธรรม สวดมนต์ และนั่งสมาธิ เพื่อนำ หลักธรรมมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต

4. การพัฒนากิจกรรมที่ดีและหลากหลาย (Good Activity: G) เป็นการริเริ่มและขับเคลื่อนกิจกรรม ที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของชุมชน ป้องกันยา เสพติดอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม ซึ่งมีเป้าหมายในการ สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีวิถีชีวิตที่ปราศจากยาเสพ ติด โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1) การ รณรงค์และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้เห็นความสำคัญของ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี เช่น การเชิญชวนกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนใช้เวลาว่างให้เกิด

ประโยชน์ในการเล่นกีฬา การจัดตั้งชมรมปั่นจักรยานออกกำลังกายต่อต้านยาเสพติด การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการส่งเสริมสุขภาพคนพิการและด้อยโอกาส

2) การส่งเสริมอาชีพและสร้างรายได้ เพื่อป้องกันการกลับไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสนับสนุนการสร้างอาชีพและรายได้เสริมให้กับคนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้เสพและผู้ที่ยากไร้ มีการประสานงานขอรับงบประมาณการฝึกอบรมฝีมือแรงงาน เช่น ช่างซ่อมเครื่องยนต์ ช่างก่อสร้าง การค้าขาย เพื่อช่วยเหลือกลุ่มผู้ที่ต้องการโอกาส นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนให้ทำกิจกรรมจิตอาสาช่วยเหลืองานในพื้นที่เพื่อสร้างการยอมรับจากชุมชนและส่งเสริมบทบาทใหม่ในสังคม

3) การใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการปรับใช้และพัฒนานวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานโดยผสมผสานรวมภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับแนวทางการทำงานสมัยใหม่ เช่น ทีมนางฟ้าเป็นนวัตกรรมทีมงานที่รวมผู้นำทางธรรมชาติ ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น วัด โรงเรียน ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ให้มาบูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน ชาญเมืองพัฒนาโมเดลเป็นนวัตกรรมกระบวนการ 9 ส. (สืบเสาะ สุ่มหว่า เสริมสร้าง สนทนา สมานใจ สอดส่อง สัญลักษณ์ สร้างอาชีพ และสุขใจ) และการทำธนาคารนมแม่ และ 4) การจัดการสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจพอเพียง มีการริเริ่มโครงการรักษาสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน เช่น การคัดแยกขยะ การนำถุงพลาสติกมาแลกไข่ การทำน้ำหมักชีวภาพจากเศษอาหารในครัวเรือน การทำหมู่บ้านปลอดถังขยะ และการปลูกพืชผักสวนครัวปลอดสารพิษ และมีการส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง

5. การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ (Network Participation: N) เป็นการดึงพลังของชุมชนและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ มาร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและยั่งยืน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่เป็นผู้ประสานและผู้อำนวยความสะดวก เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพและ

ครอบคลุมทุกมิติ 1) การทำงานเป็นทีมและบูรณาการมีบทบาทในการเป็นแกนนำในการจัดทำประชาคมและแผนชุมชนเพื่อให้เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชาวบ้านร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดเป้าหมาย และจัดทำแผนงาน มีการทำงานแบบผสมผสานและบูรณาการกับหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง 2) การสร้างมาตรการทางสังคมและกฎกติกาของชุมชน มีการจัดเวทีให้ชาวบ้านทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการสร้างมาตรการทางสังคมและกฎกติกาของหมู่บ้านที่ทุกฝ่ายยอมรับด้วยความสมัครใจ มีการใช้ธงตราสัญลักษณ์กองทุนแม่ของแผ่นดินหรือป้ายครอบครัวสีขาวเป็นนวัตกรรมที่โดดเด่นเพื่อรับรองครัวเรือนปลอดยาเสพติด กฎกติกาเหล่านี้มักจะถูกประกาศเป็นลายลักษณ์อักษรและถือเป็นธรรมนูญหมู่บ้านที่ทุกฝ่ายยอมรับ 3) การบริหารจัดการกองทุนในชุมชนเพื่อสนับสนุนงานด้านสุขภาพ มีความสามารถในการจัดทำแผนงานโครงการและเสนอขอรับงบประมาณจากแหล่งทุนต่าง ๆ ครอบคลุมทั้งจากภายนอกและภายในชุมชน 4) การคืนข้อมูลและการติดตามผล มีการคืนข้อมูลของการดำเนินงานในเวทีประชุม/ประชาคมของหมู่บ้าน และคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องทั้งระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดตามลำดับ และมีระบบติดตามผู้ผ่านค่ายและระบบติดตามผลการดำเนินงานของทีมอย่างต่อเนื่อง

6. การส่งเสริมความเป็นเจ้าของและผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Ownership and Transformational Leadership: O) เป็นมากกว่าผู้ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่แต่เป็นเจ้าของในฐานะผู้ที่ใช้ชีวิตเป็นแบบอย่างและเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณในการขับเคลื่อนชุมชนด้วยความมุ่งมั่นและจิตอาสา โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1) พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีความขยันหมั่นเพียรและเห็นคุณค่าของการศึกษา แม้มีข้อจำกัดในการศึกษาภาคบังคับแต่ก็ยังคงศึกษาต่อการศึกษาออกระบบ และสนใจศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากการอ่านหนังสือ คู่มือ การเข้าร่วมฝึกอบรม และการประชุมจากหน่วยงานต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอแล้วนำความรู้ที่ได้รับมา

ถ่ายทอดให้แก่สมาชิกในครอบครัวและชุมชนผ่านเวทีประชุมหมู่บ้าน หอกระจายข่าว หรือการพูดคุยกลุ่มย่อย 2) การเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตที่ดีในการดำเนินชีวิตที่ไม่เกี่ยวข้องกับอบายมุขทุกประเภท (ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่เล่นการพนัน) มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว และดูแลตนเองและครอบครัวตามหลัก 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา) อย่างเคร่งครัด 3) มนุษย์สัมพันธ์และสัมพันธภาพที่ดีเป็นผู้ที่มีความเสียสละ เต็มใจในการให้การช่วยเหลือผู้อื่น มีความเป็นผู้หน้าที่ดี และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้านและบุคคลอื่น มีความเพียรพยายามเสียสละอุทิศตนให้กับสังคมด้วยความจริงใจ จริงจัง และยึดถือคำพูดมาโดยตลอด ทำให้ได้รับความรัก ความศรัทธา และความไว้วางใจจากชาวบ้าน และเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) ครอบครัวอบอุ่นและสนับสนุนให้มีความสำคัญกับครอบครัวเป็นอย่างมากถือเอาความรักความอบอุ่นของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญสูงสุด ครอบครัวอยู่พร้อมหน้ากัน ได้รับประทานอาหารร่วมกัน มีกิจกรรมไปทำบุญด้วยกันในงานประเพณีสำคัญต่าง ๆ สมาชิกในครอบครัวมีความรักสามัคคี เอาใจใส่ดูแลกันอย่างสม่ำเสมอ การได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรสและบุตรทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีกำลังใจและสามารถทำงานให้กับส่วนรวมได้อย่างเต็มที่และสม่ำเสมอ และ 5) ทำงานด้วยจิตอาสาและความสุข มีความสุขและความภาคภูมิใจจากการได้ช่วยเหลือผู้อื่นและเห็นรอยยิ้มของคนในหมู่บ้านซึ่งถือเป็นรางวัลจากการปฏิบัติงานจิตอาสา

องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทำให้การวิจัยครั้งนี้ได้ค้นพบองค์ความรู้ใหม่คือ รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ “DRUG NO Model” ประกอบด้วย สำรวจและพัฒนาด้านข้อมูลเชิงลึก (Data Systems: D) พัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟูด้วยแนวทางสันติวิธี (Rehabilitation with peaceful approaches: R) สร้างความเข้าใจและสื่อสารข้อมูลตามอัตลักษณ์ชุมชน

(Understanding and Communication: U) พัฒนา กิจกรรมที่ดีและหลากหลาย (Good Activity: G) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ (Network Participation: N) และส่งเสริมความเป็นเจ้าของ และ ผู้นำ การเปลี่ยนแปลง (Ownership and Transformational Leadership: O) ดังภาพที่ 1

2. ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

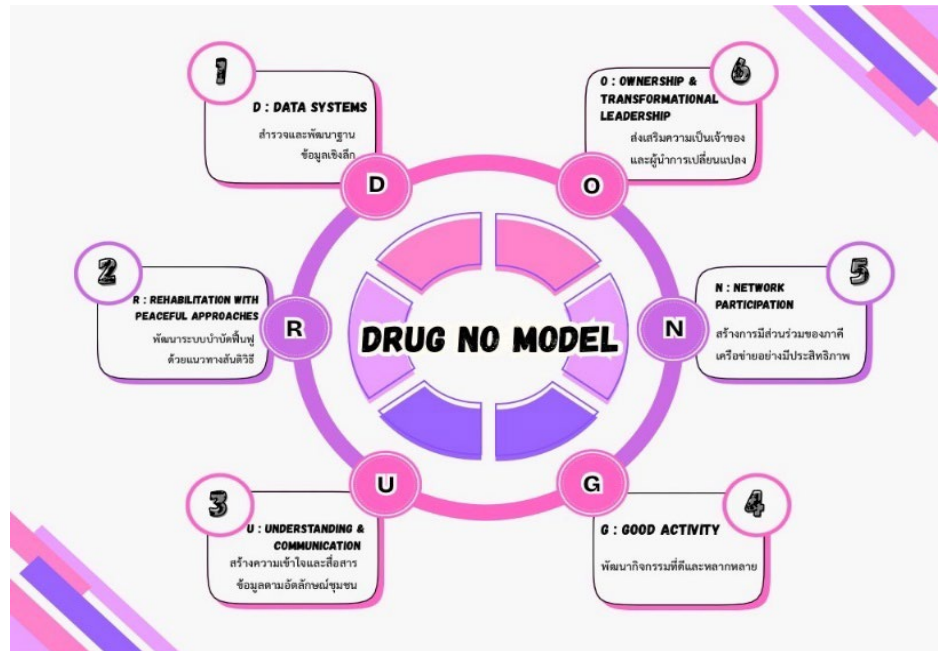
กลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากที่สุดร้อยละ 40.2 รองลงมาคือ ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ร้อยละ 16.2 และน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ร้อยละ 0.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.7 มีอายุอยู่ในช่วง 50–59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 38.1 รองลงมาคือ 60–69 ปี ร้อยละ 23.7 และน้อยที่สุดคือ 15–19 ปี ร้อยละ 1.9 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 40.6 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ร้อยละ 26.3 และน้อยที่สุดคือ สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 0.4 และประกอบอาชีพเกษตรกร/เลี้ยงสัตว์มากที่สุด ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 15.1 และน้อยที่สุดคือนักการเมืองท้องถิ่น/นักการเมืองท้องถิ่น ร้อยละ 0.4 ดังตารางที่ 1

2. การประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง

ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง ในภาพรวมมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.85$, S.D. = 0.72) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

ด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = 0.69) ด้านความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.68$, S.D. = 0.74) ด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับปาน

กลาง ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 0.76) และด้านความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$, S.D. = 0.74) ดังตารางที่ 2



ภาพที่ 1 รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : DRUG NO Model
(พัฒนาโดย ยุทธนา แยมคาย และธวัชชัย สุนทรนนท์ ผู้วิจัย)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 2,621)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง		
ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด ระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.)	205	7.8
ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.)	100	3.8
ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด ระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	101	3.9
ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	21	0.8
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.)	38	1.5
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	9	0.3
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น ระดับอำเภอ/จังหวัด/เขตสุขภาพ/ชาติ	200	7.6
ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับอำเภอ/จังหวัด	98	3.7
ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับตำบล/หน่วยบริการสุขภาพ	106	4.0

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน	425	16.2
ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	263	10.0
สมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	1,054	40.2
เพศ		
เพศชาย	402	15.3
เพศหญิง	2,219	84.7
อายุ (ปี)		
15–19 ปี	49	1.9
20–29 ปี	57	2.2
30–39 ปี	216	8.2
40–49 ปี	526	20.1
50–59 ปี	998	38.1
60–69 ปี	621	23.7
70–79 ปี	154	5.8
$(\bar{X} = 52.71, S.D. = 11.37, \text{Minimum} = 17, \text{Maximum} = 79)$		
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	30	1.1
ประถมศึกษา	1,065	40.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	568	21.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	690	26.3
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	113	4.3
ปริญญาตรี	144	5.5
สูงกว่าปริญญาตรี	11	0.4
อาชีพ		
เกษตรกร/เลี้ยงสัตว์	1,258	48.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	395	15.1
ข้าราชการ	343	13.1
รับจ้าง/ประกอบอาชีพอิสระ	215	8.2
พนักงานที่ไม่ใช่องค์กรของรัฐ	202	7.7
พนักงานส่วนท้องถิ่น/พนักงานของรัฐ/พนักงานของรัฐวิสาหกิจ	154	5.9
ว่างงาน/งานบ้าน/เกษียณอายุ	44	1.7
นักการเมืองท้องถิ่น/นักการเมืองท้องถิ่น	10	0.4

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง (n = 2,621)

เกณฑ์คุณภาพของรูปแบบ	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
ความเป็นประโยชน์ (Utility standards)	4.23	0.69	มากที่สุด
ความเป็นไปได้ (Feasibility standards)	3.68	0.71	มาก
ความเหมาะสม (Propriety standards)	3.32	0.76	ปานกลาง
ความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy standards)	3.95	0.74	มาก
ภาพรวม	3.85	0.72	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยขออภิปรายผลตาม
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1.รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ “DRUG NO Model” ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ 1) สำรวจและพัฒนาฐานข้อมูลเชิงลึก 2) พัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟูด้วยแนวทางสันติวิธี 3) สร้างความเข้าใจและสื่อสารข้อมูลตามอัตลักษณ์ชุมชน 4) พัฒนากิจกรรมที่ดีและหลากหลาย 5) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และ 6) ส่งเสริมความเป็นเจ้าของและผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้นนี้สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าจากการดำเนินงานเฉพาะด้านไปสู่กรอบการทำงานที่เป็นระบบแบบบูรณาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยบูรณาการอย่างลึกซึ้งซึ่งเข้ากับวิถีชีวิตของหมู่บ้าน/ชุมชน ใช้ประโยชน์จากค่านิยมเชื่อถือและความไว้วางใจจากหมู่บ้าน/ชุมชน ตลอดจนองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างยั่งยืนที่มีความละเอียดอ่อนต่อความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนา

และรักษาสถานะสุขภาพของประชากรไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและเป็นแกนหลักของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีจำนวนจำกัด ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมโยงระหว่างชาวบ้านกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (Khanthavudh et al., 2025; Krassanairawiwong et al., 2021; World Health Organization, 2023) ใช้นวัตกรรมที่โดดเด่น เช่น ร้อง เล่น เต้น รำ (ลิเก Just Say No) ค่ายชุมชนอุ่นใจได้ลูกหลาน กลับคืน 9 วัน 9 คืน ค่ายชุมชนบำบัดและบำบัดโดยชุมชน และค่ายกาย จิต สังคมบำบัดประยุกต์ในชุมชน เป็นประจักษ์พยานของแนวทางที่ปรับให้เข้ากับบริบทท้องถิ่น ซึ่งช่วยเพิ่มการยอมรับและการมีส่วนร่วมจากชุมชน มุ่งเน้นกลไกภายในชุมชนในการระบุปัญหา การจัดกิจกรรมแทรกแซง และการบำบัดฟื้นฟูในชุมชนสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ที่สำคัญจากการควบคุมยาเสพติดแบบเดิมที่มักเป็นแบบบนลงล่างไปสู่แนวทางที่ขับเคลื่อนโดยชุมชนและเน้นสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงนโยบายยาเสพติดของประเทศไทยที่เปลี่ยนจากการเน้นการลงโทษไปสู่การบำบัดฟื้นฟูและการลดอันตราย นอกจากนี้ ยังช่วยลดการพึ่งพาหน่วยงานภายนอก ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและความยั่งยืนในของชุมชนระยะยาว (Department of Health Service Support, 2020; Office of the Narcotics Control

Board, 2023; The Nation Thailand, 2025; United Nations Office on Drugs and Crime, 2022)

2. การประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้

ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบปฏิบัติงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากประกอบด้วยด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายได้ว่า ผลการประเมินนี้บ่งชี้ถึงการรับรู้เชิงบวกในภาพรวมต่อรูปแบบปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยได้รับคะแนนในระดับมากจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คะแนนมากที่สุดในด้านความเป็นประโยชน์เป็นการยืนยันอย่างชัดเจนถึงความเกี่ยวข้องในทางปฏิบัติและประสิทธิภาพของรูปแบบในการตอบสนองความต้องการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและมีประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปใช้จริง ครอบคลุมถึงการรับรู้ว่าการแบบนี้จะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานได้ดีขึ้นสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนได้จริง และมีประโยชน์ต่อทั้งหน่วยงานที่กำกับดูแลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติ นอกจากนี้ ด้านความเป็นไปได้มีคะแนนอยู่ในระดับมากซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบนี้สามารถทำความเข้าใจได้ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ และมีความคุ้มค่าสอดคล้องกับเวลาและทรัพยากรในการปฏิบัติงาน ในทำนองเดียวกัน ด้านความถูกต้องครอบคลุมยังได้รับคะแนนอยู่ในระดับมากซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบนี้มีระบบที่ถูกต้อง ครอบคลุม น่าเชื่อถือ มีเนื้อหาสาระถูกต้อง ชัดเจน และสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่และสภาพการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ สอดคล้องกับมาตรฐาน

การประเมินโครงการที่เน้นความมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ และความถูกต้องของผลลัพธ์ (Madaus, Scriven, & Stufflebeam, 1983) อย่างไรก็ตาม ด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลางซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบนี้บางแง่มุมของการนำไปปฏิบัติอาจยังคงก่อให้เกิดข้อกังวลเกี่ยวกับความเหมาะสมทางจริยธรรม ความเป็นธรรม หรือการยอมรับทางสังคมในหมู่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางกลุ่ม และความสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นโยบายของรัฐบาล กฎหมาย และระเบียบที่เกี่ยวข้อง รวมถึงความเหมาะสมกับเวลา ทรัพยากร และบริบทของพื้นที่ แม้รูปแบบนี้จะส่งเสริมแนวทางสันติวิธีและไม่เน้นการลงโทษ รวมถึงเคารพสิทธิส่วนบุคคลอย่างชัดเจน ทั้งนี้ อาจเกิดจากความตึงเครียดโดยธรรมชาติระหว่างการเก็บข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุม (เช่น ประวัติส่วนบุคคล การสังเกตอาการ การตรวจร่างกายโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) กับความเป็นส่วนตัวของบุคคล แม้จะมีการขอความยินยอมแล้วก็ตาม การดำเนินการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นตาสืบประวัติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสอดส่องและรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ยาเสพติดเชิงลึกอาจถูกตีความว่าเป็นการรุกล้ำความเป็นส่วนตัว ความตระหนักรู้เกี่ยวกับข้อกังวลด้านความเป็นส่วนตัว และความไว้วางใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเต็มใจในการแบ่งปันข้อมูลสุขภาพ (Srisawatsakul & Boontarig, 2021) นอกจากนี้ การใช้มาตรการทางสังคม เช่น ป้ายครอบคร้วสีขาว ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมคร้วเรือนปลอดยาเสพติดก็อาจสร้างแรงกดดันทางสังคมหรือการตีตราโดยไม่ตั้งใจสำหรับครอบครัวยุคใหม่ที่มีป้ายดังกล่าว แม้จะระบุว่าเป็นการยอมรับโดยสมัครใจ แต่พลวัตทางสังคมของการรับรองสาธารณะเช่นนี้จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาอย่างรอบคอบ เพื่อให้แน่ใจว่ามีความเท่าเทียมและหลีกเลี่ยงผลกระทบเชิงลบที่ไม่ได้ตั้งใจ การตีตราทางสังคมต่อผู้ใช้ยาเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่แพร่หลายในประเทศไทย (Geoffroy et al., 2025; Camacho-Ruiz et al., 2023; World Health Organization, 2024) ผู้ใช้ยาเสพติดยังคงเผชิญกับการถูกแปลกแยกจากครอบครัวและ

ชุมชน การได้รับการปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมกันในสถานพยาบาล และความยากลำบากในการสร้างความไว้วางใจ การตีตรานี้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงการบำบัดและสามารถนำไปสู่การแยกตัวทางสังคมซึ่งขัดขวางการฟื้นฟู คณะที่อยู่ในระดับปานกลางสำหรับด้านความเหมาะสมนี้จึงเน้นย้ำถึงความท้าทายอย่างต่อเนื่องในการสร้างสมดุลระหว่างประสิทธิภาพของการแทรกแซงทางสาธารณสุขกับการพิจารณาด้านสังคมและจริยธรรมที่ละเอียดอ่อนภายในชุมชนที่ใกล้ชิดกัน ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง โปร่งใส และการมีมาตรการป้องกันที่แข็งแกร่ง เพื่อให้มั่นใจว่าการนำรูปแบบไปใช้ได้รับการรับรู้ว่ามีเป็นธรรม เคารพ และเหมาะสมโดยสมาชิกชุมชนทุกคน ไม่ใช่เฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงหรือได้รับประโยชน์เท่านั้น (Dwikumaningsih, Waruwu & Wardani, 2022)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบนี้ไปพัฒนาเป็นหลักสูตรฝึกอบรมด้านการปฏิบัติงานหรือคู่มือปฏิบัติงานมาตรฐานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั่วประเทศ โดยเน้นการเสริมสร้างทักษะในการสำรวจเชิงรุก การใช้แนวทางสันติวิธีในการบำบัด การสร้างมาตรการทางสังคม และการบริหารจัดการเครือข่าย เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีกรอบแนวทางที่ชัดเจนและเครื่องมือที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน

2. ควรพิจารณานำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทหรือชุมชนที่มีปัญหาหายาเสพติด รวมถึงปรับใช้กับกลุ่มอาสาสมัครประเภทอื่น ๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษชายแดนภาคใต้ อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (อสส.กฟผ.) อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสส.ร.) อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) และอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในวงกว้าง

3. ควรส่งเสริมและเชิดชูเกียรติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลงานโดดเด่นในด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาหายาเสพติดในชุมชน เพื่อเป็นแบบอย่างและแรงบันดาลใจให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนอื่น ๆ รวมถึงบุคคลในหมู่บ้าน/ชุมชน การสร้างเวทีให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และนวัตกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับต่าง ๆ จะช่วยยกระดับขีดความสามารถของกลไกสุขภาพภาคประชาชนในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรนำรูปแบบไปใช้จริงและประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบในระยะยาว โดยใช้การวิจัยเชิงประเมินผล หรือการวิจัยเชิงทดลอง หรือวิจัยกึ่งทดลองในพื้นที่ที่มีบริบทและขนาดที่แตกต่างกัน เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบในการลดจำนวนผู้แพร่ยาใหม่ การคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู และอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ รวมถึงผลลัพธ์เชิงบวกอื่น ๆ ที่มีต่อชุมชน

2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการนำรูปแบบไปใช้ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงผสมผสานเพื่อหาปัจจัยที่ส่งเสริมและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการนำรูปแบบการปฏิบัติงานนี้ไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ โดยเฉพาะปัจจัยด้านทรัพยากร การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ความร่วมมือของชุมชน และความรู้ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อรูปแบบที่ซับซ้อนขึ้น ซึ่งนำไปใช้ในการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับข้อจำกัดและความท้าทายในแต่ละพื้นที่

3. ควรพัฒนานวัตกรรมและเครื่องมือที่สามารถนำไปใช้สนับสนุนแต่ละขั้นตอนสำคัญของรูปแบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น เครื่องมือดิจิทัลสำหรับการสำรวจและจัดเก็บข้อมูลสถานการณ์ยาเสพติดในชุมชน สื่อการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์สำหรับสร้างภูมิคุ้มกันในกลุ่มเยาวชนหรือแพลตฟอร์มออนไลน์สำหรับการประสานงานเครือข่าย

และการติดตามผู้ผ่านการบำบัด เพื่อให้การปฏิบัติงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความทันสมัยและ
เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการ

ปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ทุก
ท่านที่ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย
เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- Boone, H. N., & Boone, D. A. (2012). Analyzing Likert data. *The Journal of Extension*, 50(2), Article 48.
<https://doi.org/10.34068/joe.50.02.48>.
- Browne, R. H. (1995). On the use of a pilot sample for sample size determination. *Statistics in Medicine*, 14(17), 1933–1940.
- Chuaychu, T. (2024). Participation of village health volunteers in the prevention and resolution of drug addiction problems in the community. *Journal of Graduate Studies for Lifelong Learning*, 1(1), 19-36.
- Camacho-Ruiz, J. A., Galvez-Sánchez, C. M., Galli, F., & Limiñana Gras, R. M. (2024). Patterns and Challenges in Help-Seeking for Addiction among Men: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(20), 6086.
<https://doi.org/10.3390/jcm13206086>.
- Dwikumaningsih, Y., Waruwu, M., & Wardani, K. W. (2022). A combination of context input process product and Kirkpatrick evaluation model to determine the effectiveness of e-training for principals during COVID-19 pandemic. *European Journal of Educational Research*, 11(4), 2087-2100. <https://doi.org/10.12973/eujer.11.4.2087>.
- Department of Health Service Support. (2020). *Curriculum for community-based drug monitoring operations for village health volunteers*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Geoffroy, A., Sirirungsri, W., Jongpajitsakul, P., Chamjamrat, W., Ruklao, C., Kongka, M., Sukhaphan, U., Sathan, S., Thina, S., Khayanchoomnoom, T., & Le Coeur, S. (2025). Stigma and discrimination against adolescents living with perinatal HIV in Thailand: Caregivers' perceptions. *Frontiers in Public Health*, 13, 1535004.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1535004>.
- Khanthavudh, C., Grealish, A., Tzouvara, V., & Leamy, M. (2025). Supporting healthcare in rural communities in Thailand: An exploratory qualitative study to understand the role and current mental health practices of village health volunteers. *PLoS ONE*, 20(3), e0320559. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320559>.
- Krassanairawiwong, T., Suvannit, C., Pongpirul, K., & Tungsanga, K. (2021). Roles of subdistrict health office personnel and village health volunteers in Thailand during the COVID-19 pandemic. *BMJ Case Reports*, 14(9), e244765. <https://doi.org/10.1136/bcr-2021-244765>.
- Madaus, G. F., Scriven, M. S., & Stufflebeam, D. L. (1983). *Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation* (8th ed.). Boston, MA: Kluwer-Nijhoff.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.

- Office of the Narcotics Control Board. (2023). *Report on the implementation of the action plan under the national policy and plan on the prevention, suppression, and resolution of drug problems, fiscal year 2023*. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board.
- Pimpasorn, W., & Yaebkai, Y. (2025). A model for the prevention and solution of maternal and child health problems in ethnic groups by village health volunteers, Tak Province. *Journal of Health Science of Thailand*, 34(2), 301–311.
- Somaboot, N. (2023). Development of village health volunteers to experts in community-based treatment and rehabilitation, Satuek District, Buriram Province. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 38(1), 269–277.
- Srisawatsakul, C., & Boontarig, W. (2021). An assessment of privacy concerns on personal health information: Thailand case study. *Current Applied Science and Technology*, 21(4), 774–787.
- The Nation Thailand. (2025, June 26). *PM Paetongtarn declares drug prevention national priority*. Retrieved from <https://www.nationthailand.com/news/general/40051801>.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World drug report 2022*. Retrieved from <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>.
- Wanthakaen, R., Yaebkai, Y., & Lopradit, T. (2024). A model for rabies surveillance, prevention, and control performance of village health volunteers under the PBRI model concept. *Thai Journal of Public Health and Health Education*, 4(3), e268642.
- World Health Organization. (2023, December 1). *Bridging healthcare in Huai Hom Village: Panaeloi, a devoted VHV*. Retrieved from <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/ethnic-community-engagement>.
- World Health Organization. (2024, May 21). *Mental health and social connection in Thailand*. Retrieved from <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/mental-health-and-social-connection-in-thailand>
- Yaebkai, Y., & Wongsawat, P. (2020). Main role performances of village health volunteers. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 31(2), 269–279.
- Yaebkai, Y., & Wongsawat, P. (2023). The model of performance development for village health volunteers. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 50(3), 651–668.