



Received: July 20, 2025

Revised: August 31, 2025

Accepted: August 31, 2025

การสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ของชุมชนสร้างแก้วล้อมรักษ์

Communication for Participatory Development of Community-Based Drug Addiction Treatment and Rehabilitation Model: The Case of Sangkaew Lomrak Community

ภูบดินทร์ พรพันธุ์เจษฎา (Phubodin PornpanJesda)¹

ประภาพรณ โคมหอม (Prapapan Khomhom)²

หัสพร ทองแดง (Hassaporn Thongdaeng)³

Email: hassapornstou@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) กระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนา 2) การประเมินผลการดำเนินงานโครงการ และ 3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูลหลัก แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลักคือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักผู้ที่มีบทบาทดำเนินงานโครงการ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 10 คน แกนนำคุ้ม 6 คน ผู้นำกิจกรรมป้องกันสารเสพติด 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 6 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน และบุคลากรด้านสาธารณสุข 5 คน รวมจำนวน 34 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นกลุ่มผู้เสพและผู้ติดสารเสพติดที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 65 คน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาแล้วสร้างเป็นข้อสรุป ส่วนการประเมินผลการดำเนินโครงการเป็นการวิเคราะห์ผลที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีของผู้เสพและผู้ติดสารเสพติดที่เข้าร่วมโครงการ

ผลการวิจัยพบว่า 1) กระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูฯ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) การสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักร่วมกันในระดับหมู่บ้าน

¹ นักวิชาการอิสระ (Independent Academic)

² ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

(Director of Non Khong Sub-district Health Promoting Hospital, Ban Fang District, Khon Kaen Province)

³ อาจารย์ประจำสาขาวิชานิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

(Lecturer in Communication Arts Program, Sukhothai Thammathirat Open University)



(2) การสื่อสารเพื่อค้นหาพื้นที่อาสาเป็นพื้นที่เป้าหมาย (3) การสื่อสารในการทำประชาคมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม (4) การสื่อสารเพื่อสร้างศักยภาพชุมชน และ (5) การสื่อสารในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู การเสริมพลัง และการติดตามต่อเนื่อง 2) การประเมินผลการดำเนินงานโครงการพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการ 65 คน สามารถหยุดเสพยาได้ต่อเนื่อง 8 ครั้ง จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 70.76 และ 3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน การลดการตีตราผู้ใช้สารเสพติด และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง ดังนั้น การสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจึงเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้ประสบความสำเร็จ โดยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทพื้นที่ที่คล้ายคลึงกันได้

คำสำคัญ การสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม การบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน ความร่วมมือเครือข่าย การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This study aimed to: (1) analyze the communication processes for creating participation in developing a community-based drug addiction treatment and rehabilitation model, (2) evaluate the implementation outcomes of the project, and (3) identify success factors in developing community-based drug addiction treatment and rehabilitation models through community participation. A qualitative research design was employed using in-depth interviews and non-participant observation. Key informants were divided into two main groups: (1) 34 project implementers comprising community leaders (10), neighborhood core leaders (6), drug prevention activity leaders (4), village health volunteers (6), professional nurses (3), and public health personnel (5); and (2) 65 drug users and addicts who participated in the program. Data analysis utilized content analysis, while project evaluation assessed positive behavioral changes among participants.

The study revealed three key findings: (1) The communication process for creating participation in developing the treatment and rehabilitation model consisted of five main stages: communication to build shared awareness at the village level, communication to identify volunteer target areas, communication in community assemblies to create participation, communication to build community capacity, and communication in the treatment and rehabilitation process, empowerment, and continuous follow-up. (2) Project evaluation showed



that among 65 participants, 46 individuals (70.76%) achieved continuous abstinence for 8 consecutive testing periods. (3) Key success factors included effective communication in creating participation among all network partners across sectors, reducing stigma toward drug users, and building strong social support networks. Participatory communication serves as a crucial mechanism in developing successful community-based drug addiction treatment and rehabilitation models. The findings demonstrate that systematic communication processes can significantly improve treatment outcomes and can be adapted for application in similar community contexts.

Keywords: Participatory communication, Community-based treatment, Drug addiction rehabilitation, Community participation, Treatment outcomes

ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสังคมที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข และความมั่นคง ตามรายงาน World Drug Report 2023 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC, 2023) พบว่า ในปี 2564 มีประชากรทั่วโลกประมาณ 296 ล้านคนที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี ใช้สารเสพติด ซึ่งเพิ่มขึ้นจากทศวรรษที่ผ่านมาถึงร้อยละ 23 นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 39.5 ล้านคน โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทย ปัญหายาเสพติดยังคงเป็นภัยคุกคามที่สำคัญต่อสังคมไทย จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส., 2567) พบว่าประเทศไทยยังคงเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยแรงงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาที่ส่งผลต่อกำลังคนหลักของประเทศ

ในช่วงที่ผ่านมา นโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงจากการมองผู้เสพเป็นอาชญากร มาเป็นการมองว่า เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการบำบัดรักษา โดยกรมสุขภาพจิต (2562) ได้กำหนดให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเป็นการบำบัดทางการแพทย์และการฟื้นฟูทางสังคม เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ อย่างไรก็ตาม การบำบัดฟื้นฟูแบบดั้งเดิมที่เน้นการรักษาในสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse) ที่มีอัตราสูงถึงร้อยละ 40-60 ตามรายงานของ National Institute on Drug Abuse (2025) จากข้อจำกัดดังกล่าว การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นทางเลือกที่สำคัญและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง เนื่องจากชุมชนเป็นพื้นที่ที่ผู้ติดยาเสพติดต้องกลับไปใช้ชีวิต การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Vanderplasschen et al., 2010;



Shen et al., 2018) นอกจากนี้ การบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนยังช่วยลดการตีตราทางสังคม (Social Stigma) ที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจะได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงกว่าการบำบัดแบบดั้งเดิม แต่การศึกษาส่วนใหญ่มักเน้นไปที่การวัดผลลัพธ์สุดท้าย เช่น อัตราการหยุดเสพและการลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำ โดยมองข้ามกระบวนการสื่อสารที่เป็นตัวแปรสำคัญในการสร้างความสำเร็จ ดังกล่าว Cornwall และ Jewkes (1995) ชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยอัตโนมัติ แต่ต้องอาศัยกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการสร้างความเข้าใจร่วมกันและกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างสมัครใจ ขณะที่ Bessette (2021) เน้นย้ำว่า การสื่อสารเพื่อการพัฒนาไม่ใช่เพียงการถ่ายทอดข้อมูลทางเดียว แต่เป็นกระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์แบบสองทางที่ช่วยให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข และดำเนินการร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการสื่อสารเหล่านี้ทำให้การออกแบบและการดำเนินโครงการบำบัดฟื้นฟูในหลายพื้นที่ประสบปัญหาความล้มเหลวหรือไม่สามารถคงอยู่ได้อย่างยั่งยืน

การปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิดในการจัดการปัญหาเสพติดจากแนวทางเชิงลงโทษสู่แนวทางเชิงสาธารณสุขในประเทศไทยสะท้อนให้เห็นการยอมรับในหลักการที่ว่าผู้ใช้สารเสพติดเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการบำบัดรักษา ไม่ใช่อาชญากรที่ต้องได้รับการลงโทษ (กรมสุขภาพจิต, 2562) การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูที่เน้นการบูรณาการระหว่างการรักษาทางการแพทย์และการฟื้นฟูทางสังคม อย่างไรก็ตาม การบำบัดในสถานบำบัดแบบดั้งเดิมยังคงมีข้อจำกัดสำคัญ โดยเฉพาะอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (relapse) ที่สูงถึง 40-60% (National Institute on Drug Abuse, 2020) การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงได้รับการพิจารณาเป็นทางเลือกที่มีศักยภาพในการเพิ่มประสิทธิผลและลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำ เนื่องจากชุมชนเป็นสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ผู้ติดยาเสพติดต้องกลับไปใช้ชีวิต (Vanderplasschen et al., 2010; Shen et al., 2018) แนวทางนี้ยังมีศักยภาพในการลดการตีตราทางสังคม (social stigma) ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นฟูและการกลับคืนสู่สังคม

แม้ว่าการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจะได้รับการยอมรับในเชิงประจักษ์ แต่การศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการสื่อสารที่เป็นตัวแปรคั่นกลางในการสร้างการมีส่วนร่วมยังมีจำกัด การวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์สุดท้าย โดยขาดการวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับกลไกการสื่อสารที่นำไปสู่ความสำเร็จ Cornwall และ Jewkes (1995) ชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิผลจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการสื่อสารที่เหมาะสมในการสร้างความเข้าใจร่วมกันและการมีส่วนร่วมอย่างสมัครใจ ในขณะที่ Bessette (2021) เน้นย้ำความสำคัญของการสื่อสารแบบสองทางในการพัฒนาชุมชน โดยชุมชนสร้างแก้วล้อมรั้ว ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ประสบปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติดในกลุ่มเยาวชนและประชากรวัยแรงงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจครัวเรือน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความปลอดภัยของชุมชน การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการวิเคราะห์กระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมใน



การพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในบริบทชุมชนดังกล่าว เพื่อเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการและสร้างองค์ความรู้ที่สามารถประยุกต์ใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของชุมชนสร้างแก้วล้อมรั้ว
2. เพื่อศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานโครงการต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของชุมชนสร้างแก้วล้อมรั้ว
3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดการสื่อสารเพื่อการพัฒนา การสื่อสารเพื่อการพัฒนา (Development Communication) เป็นกระบวนการที่มุ่งใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือในการสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ยั่งยืน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของการพัฒนา กระบวนการนี้ไม่ใช่การถ่ายทอดข้อมูลทางเดียว แต่เป็นการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way Communication) ที่ให้ความสำคัญกับการรับฟังและการตอบสนองความต้องการของชุมชน (Bessette, 2021) การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมนี้เป็นแนวทางที่เน้นการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา การตัดสินใจ และการดำเนินการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน Cohen และ Uphoff (1980) เสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (participation in decision-making) (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (participation in implementation) (3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (participation in benefits) และ (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (participation in evaluation) แนวคิดนี้เน้นว่าการมีส่วนร่วมที่แท้จริงต้องเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนา โดยชุมชนต้องมีโอกาสในการระบุปัญหา สร้างแนวคิด ประเมินทางเลือก และตัดสินใจร่วมกันตลอดโครงการ

แนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) เป็นแนวทางที่เน้นการใช้ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ใช้สารเสพติด การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชน และการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน (Institute of Medicine, 1998; Shen et al., 2018) แนวทางนี้มีรากฐานมาจากการยอมรับว่าชุมชนเป็นพื้นที่ที่ผู้ติดยาเสพติดต้องกลับไปใช้ชีวิต และการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ



ทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ Zimmerman (2000) เสนอทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment Theory) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลและชุมชนให้สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ ทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) องค์ประกอบภายในบุคคล (Intrapersonal component) ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง (2) องค์ประกอบปฏิสัมพันธ์ (Interactional component) ที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจในสภาพแวดล้อมทางสังคมและการเมือง และ (3) องค์ประกอบพฤติกรรม (Behavioral component) ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนและองค์กร ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินงานจะช่วยเสริมสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์

แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด แนวคิดการลดอันตราย (Harm Reduction) เป็นกลยุทธ์ที่มุ่งเน้นการลดผลกระทบทางลบจากการใช้ยาเสพติด โดยไม่ได้เน้นการหยุดใช้ยาเสพติดโดยสิ้นเชิง (Harm Reduction International, 2025) แนวคิดนี้เน้นการสร้างความเข้าใจและการยอมรับผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับความยุติธรรมและสิทธิมนุษยชน การทำงานร่วมกับผู้ใช้สารเสพติดโดยไม่มีการตัดสิน การบังคับ หรือการเลือกปฏิบัติ และไม่กำหนดเงื่อนไขให้ผู้ใช้สารเสพติดต้องหยุดใช้ยาก่อนจึงจะได้รับการสนับสนุน (SAMHSA, 2025) แนวคิดนี้ครอบคลุมบริการสุขภาพและสังคมที่หลากหลาย รวมทั้งการให้ข้อมูลการศึกษา การแจกจ่ายเข็มฉีดยาและยาแก้พิษ และการให้บริการปรึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ได้มีการนำแนวคิดและทฤษฎีมาปรับประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริงในพื้นที่ตลอดระยะเวลาในการดำเนินการ เนื่องจากในการดำเนินงานโครงการด้วยกระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการสื่อสารจะมีส่วนสำคัญ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนก็จะมีสื่อสารที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ โดยเป้าหมายหลักในการสื่อสารทุกขั้นตอนผู้ดำเนินโครงการทุกคนต้องมีจุดมุ่งหมายที่ตรงกัน คือ การสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ที่มุ่งศึกษากระบวนการสื่อสารและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูในบริบทชุมชน

พื้นที่การวิจัย คือ บ้านสร้างแก้ว ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดและมีความพร้อมในการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟู รวมทั้งมีภาคีเครือข่ายที่หลากหลายและมีความเข้มแข็งในการทำงานร่วมกัน การเลือกพื้นที่นี้เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยพิจารณาจากความพร้อมของชุมชนและความเหมาะสมในการศึกษากระบวนการสื่อสารเพื่อการมีส่วนร่วม



ผู้ให้ข้อมูลหลัก การศึกษาวิจัยนี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีบทบาทดำเนินงานโครงการ ได้แก่ ผู้นำชุมชน 10 คน แกนนำคุ้ม 6 คน ผู้นำกิจกรรมป้องกันสารเสพติด 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสารเสพติด 3 คน และบุคลากรด้านสาธารณสุข 5 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 3 คน และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขอำเภอ 1 คน รวมจำนวน 34 คน

นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มผู้เสพและผู้ติดสารเสพติดที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 65 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยต้องมีประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ครอบคลุมประเด็นการสื่อสารเพื่อการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาต้นแบบ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง แบบสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participant Observation Form) เพื่อบันทึกพฤติกรรมและกิจกรรมการสื่อสารในชุมชน และแบบบันทึกการศึกษาเอกสาร (Document Analysis Form) สำหรับวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการและการดำเนินงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการหลากหลาย (Multiple Methods) ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละกลุ่มเป็นรายบุคคล การสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละระดับเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและหลากหลายมุมมอง การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนและโครงการ และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนงาน รายงานการประชุม และเอกสารการดำเนินงานต่าง ๆ การเก็บข้อมูลดำเนินการในช่วงเวลาที่โครงการดำเนินการจริง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนสถานการณ์จริงและกระบวนการที่เกิดขึ้นได้อย่างครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อจำแนกและจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามประเด็นการสื่อสารและการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอน การวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบและกระบวนการที่เกิดขึ้น การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ทั้งการตรวจสอบแหล่งข้อมูล (Data Source Triangulation) การตรวจสอบวิธีการ (Method Triangulation) และการตรวจสอบด้วยผู้วิจัย (Investigator Triangulation) เพื่อให้มั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

ด้านจริยธรรมการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และมีลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น การนำเสนอ



ผลการวิจัยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล และมีการปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้เสพและผู้ติดสารเสพติดที่อาจมีความเสี่ยงทางสังคมหากข้อมูลถูกเปิดเผย

ผลการวิจัย

กระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของชุมชนสร้างแก้วล้อมรั้ว พบว่า กระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของชุมชนสร้างแก้วล้อมรั้วเป็นกระบวนการที่มีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนและต่อเนื่องกัน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีวิธีการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกันไปตามบริบทและเป้าหมายการสื่อสารของขั้นตอนนั้นๆ

ขั้นตอนที่ 1 การสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักร่วมกันในระดับหมู่บ้าน ขั้นตอนแรกเป็นการวางรากฐานของโครงการโดยการสร้างความเข้าใจและความตระหนักในปัญหาเสพติดของชุมชน การสื่อสารในขั้นตอนนี้เริ่มต้นจากการจัดประชุมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในชุมชน รวมทั้งผู้นำชุมชน แกนนำคุ้ม อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาเสพติดในพื้นที่และกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน

“การประชุมครั้งแรกทำให้เราเห็นภาพรวมของปัญหาเสพติดในพื้นที่ และเข้าใจว่าทำไมต้องใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ไขปัญหา เพราะปัญหานี้ไม่ใช่ปัญหาของคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นปัญหาของชุมชนทั้งหมดที่ต้องร่วมกันแก้ไข” (ผู้นำชุมชนท่านที่ 3, สัมภาษณ์ 8 ตุลาคม 2567)

การสื่อสารในขั้นตอนนี้เน้นการใช้ภาษาท้องถิ่นที่เข้าใจง่าย การยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมจากปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน และการสื่อสารแบบสองทางที่เปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นและข้อกังวลอย่างเสรี

ขั้นตอนที่ 2 การสื่อสารเพื่อสร้างค้ำหาพื้นที่อาสาเป็นพื้นที่เป้าหมาย หลังจากการสร้างความตระหนักในระดับตำบลแล้ว ขั้นตอนต่อมาคือ การคัดเลือกชุมชนย่อยที่มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการเป็นพื้นที่นำร่อง การคัดเลือกพิจารณาจากสองปัจจัยหลัก ประการแรกคือ ความรุนแรงของปัญหาเสพติดในพื้นที่ ซึ่งต้องมีจำนวนผู้เสพยาเสพติดที่เป็นปัญหาต่อชุมชน และประการที่สองคือ ความเข้มแข็งของชุมชนและความพร้อมของพื้นที่ในด้านผู้นำชุมชน การมีองค์กรชุมชนที่เข้มแข็ง และความสามารถในการระดมทรัพยากรภายในชุมชน

การสื่อสารในขั้นตอนนี้ใช้การประชุมระดับตำบลและการเยี่ยมชุมชนแต่ละแห่งเป็นรายหมู่บ้าน เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน และประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ การสื่อสารเน้นการสร้างความมั่นใจและการลดความกังวลของชุมชน โดยเฉพาะความ



กลัวว่าจะถูกตีตราหรือถูกมองในแง่ลบหากเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาสาเหตุดี ที่ทีมงานจึงเน้นการสื่อสารเรื่องการรักษาความลับและการให้ความช่วยเหลือแทนการตำหนิ

ขั้นตอนที่ 3 การสื่อสารในการทำประชาคมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม เมื่อมีชุมชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การทำประชาคมชุมชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชนในวงกว้าง โดยดำเนินการจัดเวทีที่เปิดโอกาสให้ประชาชนทุกคนในชุมชนได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น แก้ไขปัญหา กำหนดทิศทางการพัฒนา หรือตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชุมชนของตนเองอย่างแท้จริง ซึ่งโครงการนี้มีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ ไปจนถึงการรับผลประโยชน์

การทำประชาคมเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดเพราะเป็นตัวกำหนดความสำเร็จหรือล้มเหลวของโครงการ ถ้าชุมชนไม่ยอมรับและไม่ให้ความร่วมมือ โครงการจะไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่สามารถดำเนินการได้เลยในพื้นที่

การสื่อสารในขั้นตอนนี้เป็นการรับฟังความคิดเห็น ข้อกังวล และข้อเสนอแนะจากประชาชนทุกคนในพื้นที่ โดยไม่จำกัดเฉพาะผู้นำหรือผู้มีอิทธิพลในชุมชนเท่านั้น การสื่อสารในขั้นตอนนี้ด้วยการสื่อสารหลากหลายรูปแบบ หลากหลายสื่อ และหลากหลายแพลตฟอร์ม เช่น การประชุมหมู่บ้านในช่วงเวลาที่ประชาชนสะดวก การใช้เสียงตามสายประจำหมู่บ้านเพื่อประชาสัมพันธ์และแจ้งข่าวสาร การใช้กิจกรรมทางศาสนาเป็นช่องทางในการสื่อสาร และการจัดกิจกรรมนันทนาการที่ผสมผสานการให้ความรู้เข้าไปด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อสร้างศักยภาพชุมชน หลังจากชุมชนให้การยอมรับและเข้าร่วมโครงการแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนให้สามารถดำเนินการบำบัดฟื้นฟูได้ด้วยตนเอง การสื่อสารในขั้นตอนนี้จึงเป็นการสื่อสารเพื่อสร้างการเรียนรู้และการถ่ายทอดความรู้ทักษะ โดยการจัดอบรมให้ความรู้และทักษะแก่แกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสาเหตุดี การให้การดูแลเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสม

การสื่อสารในขั้นตอนนี้ใช้วิธีการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงมากกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว การฝึกปฏิบัติจริงผ่านการแสดงบทบาทสมมติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เข้ารับการอบรมที่มีประสบการณ์ต่างกัน และการเรียนรู้จากกรณีศึกษาจากพื้นที่อื่นที่ประสบความสำเร็จ การสื่อสารเน้นการสร้างเชื่อมั่นในตนเองของผู้เข้ารับการอบรมและการสื่อสารเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงานเพื่อชุมชน

ขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู การเสริมพลัง และการติดตามต่อเนื่อง ขั้นตอนสุดท้ายคือ การดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดอย่างเป็นรูปธรรม โดยทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ร่วมกับเครือข่ายชุมชนที่ผ่านการอบรมแล้ว พร้อมทั้งจัดกิจกรรมเสริมพลังและติดตามดูแลผู้ที่ผ่านการบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ



การสื่อสารในขั้นตอนนี้มีความซับซ้อนและหลากหลายมากที่สุด มุ่งเน้นการสื่อสารแบบบำบัด (Therapeutic Communication) ระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้รับการบำบัด การให้กำลังใจและการสร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพยา การสื่อสารกับครอบครัวของผู้เสพเพื่อสร้างการยอมรับและการสนับสนุนจากคนในครอบครัว การสื่อสารกับชุมชนเพื่อลดการตีตราเป็นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟู นอกจากนี้ ยังมี การสื่อสารเพื่อการติดตามประเมินผลและการปรับปรุงวิธีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลการดำเนินงานโครงการต้นแบบการบำบัดฟื้นฟู

ผลจากประเมินการดำเนินงานของโครง เป็นการเชื่อมโยงแสดงถึงประสิทธิผลของกระบวนการสื่อสาร เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมที่ได้ออกแบบไว้ โดยเป็นการพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีของผู้เข้าร่วมโครงการ โดยผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 65 คน พบว่า มีผู้ที่สามารถหยุดเสพยาได้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 ครั้งการตรวจ จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 70.76 ซึ่งถือเป็นอัตราความสำเร็จที่สูงเมื่อเทียบกับมาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดทั่วไป จากผลความสำเร็จของการดำเนินโครงการในครั้งนี้ สะท้อนถึงการที่ชุมชนและทุกภาคส่วน กระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มโครงการ การมีส่วนร่วมของหลากหลายหน่วยงานจะขึ้นกับการสร้างความเชื่อมั่นและการแสดงออกอย่างจริงจังและแท้จริงตั้งแต่ครั้งแรกให้ชุมชนรับรู้ได้จะนำไปสู่ความสำเร็จ

นอกเหนือจากผลลัพธ์ที่วัดได้เป็นตัวเลขแล้ว ยังพบว่าในการดำเนินงานโครงการสามารถมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ การปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ที่ผ่านการบำบัดทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต การทำงาน ความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นในครอบครัวของผู้ที่เลิกเสพยาได้และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของชุมชนต่อผู้ใช้สารเสพติดในทางที่ดีขึ้นทุกประเด็น

“เราเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในชุมชน คนที่เคยมองผู้เสพยาเป็นคนไม่ดี คนที่ไม่มีประโยชน์ต่อสังคม แต่ตอนนี้เริ่มเปิดใจมองพวกเขาเป็นคนธรรมดาในชุมชนที่ป่วยและต้องการความช่วยเหลือ และให้โอกาสมากขึ้น บางคนที่เคยเลิกได้แล้วยังกลับมาช่วยเหลือคนอื่นในชุมชนอีกด้วย” (ผู้นำชุมชนที่ 2, สัมภาษณ์ 10 ตุลาคม 2567)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์และการสังเกต พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของกระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคดังนี้

1. ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ

ปัจจัยแรกที่มีความสำคัญที่สุดคือ การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง การสื่อสารในทุกขั้นตอนของโครงการเป็นการสื่อสารแบบสองทางที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนในชุมชนได้แสดงความคิดเห็น ข้อกังวล



และข้อเสนอแนะอย่างเสรี การใช้ภาษาท้องถิ่นช่วยให้คนในชุมชนเข้าใจง่าย การยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมจากปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน และการหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิคหรือภาษาราชการที่ซับซ้อน

ปัจจัยที่สองคือ ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชนและแกนนำ ผู้นำชุมชนในพื้นที่ที่มีความเข้าใจในปัญหา ยาเสพติดเป็นอย่างดี มีทักษะการสื่อสารที่ดี และมีความน่าเชื่อถือในสายตาของประชาชน สามารถเป็นสื่อกลางระหว่างทีมงานโครงการและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การถ่ายทอดข้อมูลและการสร้างความเข้าใจเป็นไปได้อย่างราบรื่น

ปัจจัยที่สามคือ การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การได้รับการสนับสนุนด้านนโยบาย งบประมาณ และทรัพยากรจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และองค์การบริหารส่วนตำบล ส่งผลให้ชุมชนให้ความร่วมมือเนื่องจากการที่เห็นความร่วมมือของหน่วยงานที่มีศักยภาพจึงมีความเชื่อมั่นและมั่นใจกับโครงการว่ามีความจริงใจและยั่งยืน

ปัจจัยที่สี่คือ การใช้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมในการสื่อสาร ดำเนินการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น พิธีกรรมทางศาสนา และเครือข่ายความสัมพันธ์ที่มีอยู่เดิมในชุมชนเข้ากับกระบวนการสื่อสาร ทำให้การสื่อสารมีความเป็นธรรมชาติและเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชนมากขึ้น

ปัจจัยสุดท้ายคือ การพัฒนาศักยภาพการสื่อสารของชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดอบรมการพัฒนาทักษะการสื่อสารกับกลุ่มแกนนำและกลุ่มอาสาสมัครอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ชุมชนมีความสามารถในการดำเนินการและสื่อสารได้ด้วยตนเองมากขึ้น ลดการพึ่งพาบุคลากรจากภายนอก

2. ปัจจัยอุปสรรคต่อความสำเร็จ

ปัจจัยอุปสรรคที่สำคัญที่สุดคือ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยเฉพาะการขาดผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารเพื่อการพัฒนา และ ขาดนักสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานในบางส่วนมีประสิทธิภาพต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และปัจจุบัน ต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกซึ่งอาจไม่สามารถให้การสนับสนุนได้อย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่สองคือ ปัญหางบประมาณที่จำกัด การดำเนินงานส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาการบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธาและการสนับสนุนจากหน่วยงานราชการ ทำให้การดำเนินงานไม่มีความแน่นอนและไม่สามารถวางแผนระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่สามคือ ปัญหาการประสานงานระหว่างหน่วยงาน แม้ว่าจะมีการสนับสนุนจากหลายหน่วยงาน แต่การสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร บางครั้งเกิดการทำงานซ้ำซ้อนหรือการขาดการติดต่อประสานงาน

ปัจจัยสุดท้ายคือ ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและการศึกษา ผู้มีส่วนร่วมในโครงการมีพื้นฐานการศึกษา อาชีพ และวัฒนธรรมที่แตกต่างกันมาก ทำให้การสื่อสารมีความซับซ้อนและต้องใช้วิธีการสื่อสารที่หลากหลายเพื่อให้ทุกคนเข้าใจได้ ซึ่งต้องใช้เวลาและทรัพยากรมากในการดำเนินการ



สรุปและอภิปรายผล

1. กระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟู ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมเป็นกลไกสำคัญที่สุดในการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่นำไปสู่การประสบความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการ ชุมชนพื้นที่อาสารซึ่งกระบวนการ 5 ขั้นตอนที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักร่วมกัน การค้นหาพื้นที่เป้าหมาย การทำประชาคมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพชุมชน และการสื่อสารในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู สะท้อนการบูรณาการแนวคิดการสื่อสารเพื่อการพัฒนาเข้ากับทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Cohen และ Uphoff (1980) ที่เสนอกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน แต่มีความเฉพาะเจาะจงและละเอียดมากขึ้นในบริบทของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การสื่อสารในแต่ละขั้นตอนของการวิจัยนี้ไม่ใช่เพียงการถ่ายทอดข้อมูลแบบทางเดียว แต่เป็นการสร้างความเข้าใจร่วมกัน การลดอคติและทัศนคติเชิงลบ และการสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้มีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการลดอันตราย (Harm Reduction) ที่เน้นการทำงานร่วมกับผู้ใช้สารเสพติดโดยไม่มีการตัดสิน การบังคับ หรือการเลือกปฏิบัติ และการสร้างความเข้าใจและการยอมรับผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน (Harm Reduction International, 2025) การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นนี้ยังสอดคล้องกับหลักการของการสื่อสารเพื่อการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมที่ Bessette (2021) เสนอ ที่เน้นการให้ความสำคัญกับการรับฟังและการตอบสนองความต้องการของชุมชน

2. การประเมินผลการดำเนินงานโครงการต้นแบบการบำบัดฟื้นฟู อัตราความสำเร็จร้อยละ 70.76 ในการหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่อง เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของประสิทธิผลของกระบวนการสื่อสารเพื่อการพัฒนาที่พัฒนาขึ้น ผลลัพธ์นี้มีความน่าสนใจเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการกลับไปเสพยาซ้ำในการศึกษาต่างที่ผ่านมาที่พบว่า อยู่ระหว่างร้อยละ 40-60 ตามรายงานของ National Institute on Drug Abuse (2025) ซึ่งหมายความว่าอัตราความสำเร็จในการวิจัยนี้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของการบำบัดฟื้นฟูทั่วไป ผลการวิจัยยังพบการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของชุมชนต่อผู้ใช้สารเสพติดในทางที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การลดการตีตราทางสังคม (Social Stigma) นับเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูและป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Shen et al. (2018) ที่พบว่า การสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่สนับสนุนมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.1 ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ ประกอบด้วยหัวข้อหลัก ได้แก่ การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงที่ใช้ภาษาท้องถิ่นและหลักเลียงศัพท์เทคนิค ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชนที่มีความน่าเชื่อถือ และทักษะการสื่อสารดี การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สร้างความเชื่อมั่น



การใช้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมผ่านการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นและพิธีกรรมทางศาสนา และการพัฒนาศักยภาพการสื่อสารของชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อลดการพึ่งพาบุคลากรภายนอก

3.2 ปัจจัยอุปสรรคต่อความสำเร็จ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารเพื่อการพัฒนาและนักสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่ ปัญหางบประมาณที่จำกัดและต้องพึ่งพาการบริจาคทำให้ไม่สามารถวางแผนระยะยาวได้ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ยังไม่มีประสิทธิภาพและเกิดการทำงานซ้ำซ้อน และความแตกต่างทางวัฒนธรรมและการศึกษาของผู้เข้าร่วมที่ทำให้ต้องใช้วิธีการสื่อสารที่หลากหลายและใช้ทรัพยากรมากในการดำเนินการ

ข้อจำกัดและความท้าทาย

แม้ว่าการวิจัยนี้การดำเนินโครงการประสบความสำเร็จ แต่ยังพบข้อจำกัดและความท้าทายที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและงบประมาณที่จำกัดเป็นปัญหาที่สอดคล้องกับงานของ Vanderplasschen et al. (2010) ที่ระบุว่า การขาดทรัพยากรและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเป็นความท้าทายหลักในการพัฒนาศักยภาพการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน นอกจากนี้ ปัญหาการประสานงานระหว่างหน่วยงานและความแตกต่างทางวัฒนธรรมและการศึกษายังเป็นอุปสรรคที่ต้องมีการพัฒนาแนวทางแก้ไขต่อไป

ข้อค้นพบใหม่และนวัตกรรม

การวิจัยนี้นำเสนอองค์ความรู้ใหม่ที่มีความสำคัญและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น ๆ โดยนำผลการวิจัยมาทำการพัฒนาเป็นแบบจำลอง “บันได 5 ขั้น” ของกระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมด้วยการนำไปเชื่อมโยงและปรับใช้การสื่อสารเข้ากับแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ ดังนั้น หากมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการทางด้านการสื่อสารให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการจะส่งผลให้เกิดกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พร้อมนำความสำเร็จมาสู่การดำเนินงานโครงการ

ข้อค้นพบที่สองคือ การพัฒนาดัชนีชี้วัดความสำเร็จแบบองค์รวมที่ไม่เพียงพิจารณาการหยุดเสพแต่ควรรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของชุมชน คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ข้อค้นพบที่สามคือ กระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสามารถลดการตีตราทางสังคมต่อผู้ใช้สารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญส่งผลทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนความสำเร็จ

ข้อค้นพบสุดท้ายคือ การพัฒนาแนวทางการบูรณาการทุนทางสังคมในการสื่อสารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนของโครงการปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จคือ การที่ชุมชนพื้นที่เป้าหมายและเป็นเจ้าของทุนทางสังคมเป็นผู้ดำเนินการสื่อสารเป็นหลักแล้วโครงการเป็นผู้ที่ปรับเข้าหา พร้อมทั้งคอยช่วยเหลือสนับสนุนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันจะนำมาสู่ความยั่งยืน



ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้มีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาเสพติดและการพัฒนาชุมชน โดยสามารถแบ่งการนำไปใช้ออกเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักดังนี้

1.1 หน่วยงานระดับนโยบาย หน่วยงานระดับนโยบาย โดยเฉพาะสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถนำแบบจำลอง “บันได 5 ขั้น” ของการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนานโยบายการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดระดับชาติ โดยการบูรณาการแนวทางการสื่อสารเข้าในแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด การพัฒนาคู่มือและแนวปฏิบัติสำหรับการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมเป็นมาตรฐานสำหรับโครงการในพื้นที่อื่น ๆ ทั่วประเทศ

1.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาลต่างๆ มีบทบาทสำคัญในการนำผลการวิจัยไปใช้ในระดับพื้นที่ การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้การสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในระดับตำบลจะเป็นกลไกสำคัญในการถ่ายทอดความรู้และทักษะให้กับชุมชน โดยศูนย์ดังกล่าวควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้นำชุมชน แกนนำ และอาสาสมัคร การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างชุมชนในพื้นที่

1.3 หน่วยงานด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรบูรณาการดัชนีชี้วัดแบบองค์รวมที่พัฒนาจากการวิจัยนี้เข้าในระบบการประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ดัชนีดังกล่าวไม่เพียงวัดการหยุดเสพเท่านั้น แต่รวมถึงการปรับปรุงคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว การยอมรับจากชุมชน และความยั่งยืนของการเลิกเสพ การจัดอบรมพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมให้กับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับเป็นสิ่งจำเป็น การอบรมควรครอบคลุมทักษะการฟัง การสร้างความไว้วางใจ การอำนวยความสะดวกในการประชุม

1.4 สถาบันการศึกษา มหาวิทยาลัยและสถาบันการศึกษาต่าง ๆ โดยเฉพาะคณะที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข สังคมสงเคราะห์ การพัฒนาชุมชน และนิเทศศาสตร์ ควรพัฒนาหลักสูตรการสื่อสารเพื่อการพัฒนาชุมชนในบริบทของการแก้ไขปัญหาเสพติด หลักสูตรดังกล่าวควรผสมผสานทั้งทฤษฎีและการปฏิบัติ มีการฝึกงานในชุมชนจริง และการพัฒนาโครงการต้นแบบในพื้นที่ต่าง ๆ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อให้องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ มีความสมบูรณ์และสามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง การวิจัยครั้งต่อไปควรดำเนินการในหลายทิศทางที่สำคัญ ได้แก่

2.1 การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผล การวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของแบบจำลอง “บันได 5 ขั้น” กับแนวทางการสื่อสารแบบดั้งเดิมที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อยืนยันความได้เปรียบของ



แนวทางใหม่ การศึกษาควรเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) หรือการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ที่มีการควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด

2.2 การศึกษาการประยุกต์ใช้ในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น ชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และชุมชนชายแดน จะช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของการประยุกต์ใช้แบบจำลอง รวมทั้งการปรับปรุงแบบจำลองให้เหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณชุมชนสร้างแก้วล้อมรั้ว ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการวิจัยนี้ รวมถึงผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่านที่ให้เวลาและแบ่งปันประสบการณ์อันมีค่า

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. (2562). *แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580)*. กระทรวงสาธารณสุข.

<https://dmh-elibrary.org/items/show/450>

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2567). *สถิติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด*.

ติด. กระทรวงยุติธรรม. <https://www.oncb.go.th/>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *ตัวบ่งชี้/ตัวชี้วัดทางสถิติในระดับสากล: คดีเกี่ยวกับยาเสพติด*.

https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?impt_branch=310

Bessette, G. (2021). *Involving the community: A guide to participatory development*

communication. IDRC - International Development Research Centre. [https://idrc-](https://idrc-crddi.ca/en/books/involving-community-guide-participatory-development-communication)

[crddi.ca/en/books/involving-community-guide-participatory-development-](https://idrc-crddi.ca/en/books/involving-community-guide-participatory-development-communication)

[communication](https://idrc-crddi.ca/en/books/involving-community-guide-participatory-development-communication)

Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking

clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213-235.

[https://doi.org/10.1016/0305-750X\(80\)90011-X](https://doi.org/10.1016/0305-750X(80)90011-X)

Cornwall, A., & Jewkes, R. (1995). What is participatory research? *Social Science & Medicine*,

41(12), 1667-1676.

Harm Reduction International. (2025). *What is harm reduction?* [https://hri.global/what-is-](https://hri.global/what-is-harm-reduction/)

[harm-reduction/](https://hri.global/what-is-harm-reduction/)



- Institute of Medicine. (1998). *Bridging the gap between practice and research: Forging partnerships with community-based drug and alcohol treatment*. National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK230393/>
- National Institute on Drug Abuse. (2025). *Treatment and recovery*. <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/treatment-recovery>
- SAMHSA. (2025). *Harm reduction*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://www.samhsa.gov/substance-use/harm-reduction>
- Shen, Q., McLellan, A. T., & Merrill, J. C. (2018). A community-based addiction rehabilitation electronic system to improve treatment outcomes in drug abusers: Protocol for a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 556. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6232164/>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World Drug Report 2022*. United Nations. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
- UNODC. (2023). *World Drug Report 2023*. United Nations Office on Drugs and Crime. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>
- Vanderplasschen, W., Bloor, M., & McKeganey, N. (2010). Capacity-building in community-based drug treatment services. *International Journal of Drug Policy*, 21(4), 248-254. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9212829/>
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43-63). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4193-6_2