



การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

ธนกรณ์ ช่วยชู

Received: February 27, 2024

Revised: March 17, 2024

Accepted: March 17, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน 2) ปัจจัยเกื้อหนุนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน 3) เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยเกื้อหนุน

ประชากรที่ศึกษา คือ อสม. ที่อาศัยในอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และสถิติ One-way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี least significance difference (LSD)

ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\text{Mean}=1.93$, $\text{S.D.}=0.43$) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่าง พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. การได้รับข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์การฝึกอบรมเกี่ยวกับยาเสพติด และการมีประสบการณ์ในการทำงาน ยาเสพติดที่ต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ควรที่จะมีการรณรงค์ให้ อสม. ประชาชนตระหนักถึงโทษของยาเสพติดให้มากขึ้น และสนับสนุนการจัดฝึกอบรมเพื่อรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกัน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม / ปัญหายาเสพติด / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Participation of Village Health Volunteers in the Prevention and Resolution of Drug Addiction Problems in the Community

Tanaporn Chuaychu

Abstract

The objectives of this cross-sectional descriptive research were to study : 1) the level of participation in the prevention and resolution of drug addiction problems in the community; 2) Factors supporting the participation of public health volunteers in the prevention and resolution of drug addiction problems in the community; 3) Compare the participation of public health volunteers in preventing and solving drug problems in the community. Classified based on individual factors and supporting factors.

The study population was village health volunteers living in Ao Luek district, Krabi Province. The sample consisted of 255 people. Data were collected using a questionnaire and then analyzed using a t-test and a one-way ANOVA, with testing paired by least significance difference (LSD) method.

The research results indicated the following: the participation of village health volunteers in the prevention and resolution of drug addiction problems in the community is low level (Mean = 1.93, S.D.= 0.43). Receiving information and equipment for drug training and having different experiences working with drugs. had a significant difference in participation in the prevention and resolution of drug addiction problems in the community ($p < .05$). Guidelines for promoting the participation of village health volunteers in the prevention and resolution of drug addiction problems in the community. There should be a campaign for village health volunteers. People are more aware of the dangers of drugs and support training to receive information about drugs and prevention.

Keywords: Participation / Drug Problem Solving / Village Health Volunteers

1. บทนำ

ปัญหายาเสพติดนับว่าเป็นหนึ่งในปัญหาสังคมที่รุนแรงที่สุดในแต่ละประเทศทั่วโลก ถึงแม้ว่าจะมีมาตรการรวมถึงนโยบายต่างๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง โดยจากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime, 2022) พบว่าในปี 2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ที่ติดยาเสพติด ซึ่งคิดเป็น 26% เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีอายุน้อยลงเรื่อยๆ เด็กและเยาวชนมีการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่ รวมถึงใช้ในปริมาณที่มากกว่าเช่นเดียวกัน

ทั้งนี้ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกเปิดเผยว่า การเสียชีวิตจากสาเหตุยาเสพติดในประเทศไทย อยู่ที่อันดับ 103 ของโลก สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหา พบว่ากลุ่มผู้เกี่ยวข้องยังเป็นกลุ่มเยาวชนที่มีอายุ 12-24 ปีมากที่สุด ซึ่งพบทั้งอยู่ในระบบการศึกษาและนอกสถานศึกษา และกลุ่มเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาและระดับประถมศึกษาเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเข้ามาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุด พบว่า จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการรักษาทุกระบบ ตั้งแต่ปี 2562 -2564 จำนวน 256,913 ราย 222,628 ราย 179,608 ราย ตามลำดับ ซึ่งแบ่งเป็นช่วงอายุ 12-24 ปี จำแนกรายปีงบประมาณ ตั้งแต่ปี 2562 -2564 จำนวน 100,217 ราย 74,898 ราย และ 55,016 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.01, 33.64 และ 30.63 ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2565)

สำหรับสถานการณ์ยาเสพติดในจังหวัดกระบี่ พบว่าในปี 2563-2565 พบผู้เข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติด จำนวน 606, 188, 1,094 ราย พบว่าผู้เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.62, 91.26 และ 97.81 ตามลำดับ สารเสพติดที่พบเป็นยาบ้า ร้อยละ 91.25, 85.44 และ 92.41 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 25-29 ปี อาชีพที่พบโดยมากเป็นอาชีพรับจ้าง (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2565) อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ พบว่าในปี 2563-2565 พบผู้เข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติด จำนวน 55, 41, 130 ราย สารเสพติดที่พบเป็นยาบ้ามากที่สุด ร้อยละ 89.09, 78.72 และ 95.48 (คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากข่าวในพื้นที่อำเภออ่าวลึกที่พบบ่อย ซึ่งส่งผลจากการใช้สารเสพติด เช่นข่าว ผู้เสพเกิดอาการคลุ้มคลั่งใช้สากทุบตีระชเพื่อนบ้าน และใช้มีดแทงพี่สาวตนเองได้รับบาดเจ็บสาหัส เป็นอาการหลอนจากการใช้สารเสพติด หรือปัญหาการดื่มสุราแล้วเกิดมีปากเสียงกัน จากนั้นได้ลงมือทำร้ายร่างกาย จนได้รับบาดเจ็บ (สำนักงานยุติธรรมจังหวัดกระบี่, 2566) ทำให้อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ มีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาบำบัดเพิ่มขึ้น ถึงแม้จะมีการรณรงค์และจัดกิจกรรมป้องกันยาเสพติดในพื้นที่ และเร่งรัดการคัดกรองผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดทุกปีก็ตาม

ดังนั้นการดูแลต้องเริ่มจากการป้องกันไม่ให้บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด การทำงานด้านยาเสพติดในชุมชนต้องดำเนินการให้ครบทุกด้าน ทั้งการป้องกัน การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันการเสพติดซ้ำ การดำเนินการดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลในชุมชน

สังคม รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกด้าน อันจะส่งผลให้ชุมชนสามารถดูแล และพึ่งพาตนเองได้ ทั้งนี้ ผู้นำชุมชน โดยเฉพาะ อสม. ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด มีบทบาทที่สำคัญในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติด การสอดส่องดูแลพฤติกรรมประชาชนในชุมชน ให้คำปรึกษาหากพบเห็นสิ่ง ที่ผิดปกติเกี่ยวกับยาเสพติด และยังสามารถแนะนำให้ประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่ และที่อาจจะเกิดขึ้นในครอบครัวของตนเองได้เช่นกัน จึงจำเป็น อย่างยิ่งที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ในอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ในด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการให้ความรู้กับชุมชน การมีส่วนร่วมติดตามเฝ้าระวังภายในชุมชน การมีส่วนร่วม ในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยได้นำแนวคิดของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1982) เพื่อที่จะได้ทราบระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในชุมชน และสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวคิดและแนวทางการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติดดังกล่าวให้เหมาะสมต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน
- 2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยเกื้อหนุนการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ในชุมชน
- 2.3 เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด จำแนก ตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยเกื้อหนุน

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในครั้งนี้ได้นำแนวคิดการบริหารแบบมี ส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ ร่วมกับกระบวนการแก้ปัญหาเสพติดในชุมชน ประกอบด้วย การมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการให้ความรู้กับชุมชน การมี ส่วนร่วมติดตามเฝ้าระวังภายในชุมชน การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล ปัจจัยเกื้อหนุน ประกอบด้วย ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขการสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การฝึกอบรมด้านยาเสพติด และประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติด สามารถ สรุปกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- สถานภาพสมรส
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ
- รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ปัจจัยเกื้อหนุน

- ระยะเวลาในการเป็นอสม.
- การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่
- การฝึกอบรมด้านยาเสพติด
- ประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติด

ตัวแปรตาม

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ
3. การมีส่วนร่วมในการให้ความรู้กับชุมชน
4. การมีส่วนร่วมติดตามเฝ้าระวังภายในชุมชน
5. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
6. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง

4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ จำนวน 864 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยขั้นตอนแรกทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น สุ่ม 2 ชั้น (Stratified two – stage sampling) ตามสัดส่วน อสม.ของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละ รพ.สต. ใช้สูตรกำหนดสัดส่วน ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อของอสม.ในเขตรับผิดชอบของแต่ละ รพ.สต. มาสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่อของ อสม. ในแต่ละ รพ.สต. จนได้ตัวอย่างครบทุกรายตำบล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอนจากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 2010) ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 232 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวม ข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในอัตราร้อยละ 10 คือ 23 คน ดังนั้น การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 255 คน

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์ใช้ของ (อิพิงซ์ ดันศิริ, 2560) โดยมีเนื้อหาในแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมคำลงในช่องว่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้ความเข้าใจในปัญหายาเสพติด จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามเป็นลักษณะเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบที่ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน คำตอบที่ไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน การแปลความหมาย การให้คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้

ความรู้ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป (8 คะแนนขึ้นไป)
ความรู้ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79 (คะแนนระหว่าง 6 -7)
ความรู้ระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 6 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมคำลงในช่องว่าง ได้แก่ ระยะเวลาเป็น อสม. การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ การฝึกอบรมเกี่ยวกับยาเสพติด และประสบการณ์การทำงานด้านยาเสพติด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. จำนวน 29 ข้อ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ จำนวน 5 ข้อ การมีส่วนร่วมในการให้ความรู้กับชุมชน จำนวน 5 ข้อ การมีส่วนร่วมติดตามเฝ้าระวังภายในชุมชน จำนวน 5 ข้อ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (rating Scale) โดยมีมาตรวัด 5 ระดับ ตามวิธีการของ (Likert Rensis, 1967) คือ 5 หมายถึง การมีส่วนร่วมมากที่สุด 4 หมายถึง การมีส่วนร่วมมาก 3 หมายถึง การมีส่วนร่วมปานกลาง 2 หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อย 1 หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อยที่สุด และกำหนดเกณฑ์ในการใช้ค่าเฉลี่ยแปลความหมาย (บุญชม ศรีสะอาด, 2556) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง การมีส่วนร่วมมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง การมีส่วนร่วมมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง การมีส่วนร่วมปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการทำงานในฐานะการเป็น อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชน/แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันแก้ไข ปัญหาสุขภาพเสพติด จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน จำนวน 5 ข้อ และแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติด จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราวัดประเมินค่า โดยมีมาตราวัด 3 ระดับ คือ ความคิดเห็นมาก ความคิดเห็นปานกลาง และความคิดเห็นน้อย

กำหนดเกณฑ์ในการใช้ ค่าเฉลี่ยแปลความหมาย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง การมีส่วนร่วมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อย

4.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่น่าเชื่อถือของอิทธิพงษ์ ต้นศิริ (2560) มาประยุกต์ใช้ โดยมีการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม กับประชากร จำนวน 30 คน แบบวัดความรู้ความเข้าใจปัญหาสุขภาพเสพติด วิเคราะห์ด้วยวิธีการของครูเตอร์และริชาร์ดสัน (Kreuter – Richardson: KR-20) ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.79 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Conbach Alpha Coefficient) แบบสอบถามปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และแบบสอบถาม ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคของการทำงานในฐานะการเป็น อสม. และแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการ ป้องกันแก้ไข ปัญหาสุขภาพเสพติด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และทั้งฉบับ เท่ากับ 0.80

4.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

4.4.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลพร้อมแบบสอบถาม ติดต่อบริษัทประกันสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เพื่อขอแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล

4.4.2 ประสานงานกับผู้บริหารบริษัทประกันสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ให้เป็น ผู้ช่วยวิจัย และประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้บริหารบริษัทประกันสุขภาพเพื่อขอความอนุเคราะห์แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.4.3 ตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

4.4.4 ผู้ช่วยวิจัยประสานผู้นำชุมชน ประธาน อสม. แต่ละตำบลเพื่อเชิญชวนกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย แนะนำและอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย พร้อมทั้งแจกเอกสารคำอธิบายโครงการเพื่อเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ซักถามและให้เวลาตัดสินใจ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัยจะขอให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอม

4.4.5 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม ในระดับตำบล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละพื้นที่ จำนวน 10 แห่ง แห่งละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

4.4.6 รวบรวมแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม นำไปวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งอภิปรายผล และข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

4.6 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน โดยใช้สถิติ T-test for independent และ One-way ANOVA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4.7 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ รหัสโครงการ KBO-IRB 2023/04709.2311 เลขที่เอกสารรับรองหมายเลข KBO-IRB 2023/36.3011 รับรองเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการเริ่มต้นเก็บข้อมูลวิจัยด้วยแบบสอบถามได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การปกปิดรายชื่อ และมีการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการสอบถามข้อมูล

5. ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n = 255)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	11.0
หญิง	227	89.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n = 255) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-30 ปี	8	3.1
31-40 ปี	41	16.1
41-50 ปี	91	35.7
51-60 ปี	98	38.4
60 ปีขึ้นไป	17	6.7
(Mean = 48.76 , S.D.= 9.243, Median= 50.0, Min= 22.0, Max= 78.0)		
สถานภาพสมรส		
โสด	32	12.5
สมรส	179	70.2
หม้ายหย่า/แยก	44	17.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	83	32.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	63	24.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	86	33.7
ปริญญาตรี	23	9.0
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
ต่ำกว่า 5,000	75	29.5
5,001 – 10,000	122	47.8
10,001 – 15,000	38	14.9
15,001 – 20,000	10	3.9
มากกว่า 20,000	10	3.9
(Mean = 9,182.35, S.D.= 6,100.29, Median= 9,000, Min= 1,000, Max= 40,000)		
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	126	49.4
รับจ้าง	62	24.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	43	16.9
งานบ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24	9.4

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 255 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.0 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 38.4 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.2 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.6 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 47.8 ประกอบอาชีพอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 49.4 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 24.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ปัญหาสุขภาพจิต (n= 255)

ความรู้ปัญหาสุขภาพจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (8 คะแนนขึ้นไป)	41	16.1
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	108	42.4
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 6 คะแนน)	106	41.6
(Mean = 5.99, S.D.= 1.41, Median= 6.0, Min= 3.0, Max= 10.0)		

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 42.4 และ 41.6 ตามลำดับ (Mean = 5.99, SD = 1.41) คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน คะแนนสูงสุด 10 คะแนน

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยเกื้อหนุนต่อการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต (n=255)

ปัจจัยเกื้อหนุนต่อการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข		
ไม่เกิน 5 ปี	54	21.2
6-10 ปี	78	30.6
11-15 ปี	46	18.0
ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	77	30.2
(Mean= 12.56, S.D.= 7.66, Median= 10.0, Min= 2.0, Max= 44.0)		
การได้รับการติดต่อจากเจ้าหน้าที่ ในรอบ 6 เดือน		
นักสังคมสงเคราะห์/พยาบาลจิตเวช	2	0.7
เจ้าหน้าที่ตำรวจ	5	2.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	245	96.1
เจ้าหน้าที่สำนักงาน ปปส.	1	0.5
อื่นๆ	2	0.7

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยเกื้อหนุนต่อการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (n=255) (ต่อ)

ปัจจัยเกื้อหนุนต่อการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในรอบปีที่ผ่านมา		
ข่าวสารและวัสดุอุปกรณ์		
ได้รับ	74	29.0
ไม่ได้รับ	181	71.0
การฝึกอบรมด้านยาเสพติด		
ไม่เคย	122	47.8
เคย 1 ครั้ง	106	41.6
เคย มากกว่า 1 ครั้ง	27	10.6
เจ้าหน้าที่ที่จัดอบรมให้อาสาสมัครสาธารณสุข		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	196	76.9
เจ้าหน้าที่ตำรวจ	39	14.9
เจ้าหน้าที่สำนักงาน ปปส.	19	7.5
อื่นๆ (เจ้าหน้าที่ควบคุมความประพฤติ)	2	0.7
ประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติด		
ไม่มี	213	83.5
มี	42	16.5
ระยะเวลาในการทำงานยาเสพติด		
1-5 ปี	37	88.1
มากกว่า 5 ปี	5	11.9
(Mean= 3.43, S.D.= 3.95, Median= 2.0, Min= 1.0, Max= 20.0)		

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยเกื้อหนุนการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในชุมชน พบว่าระยะเวลาในการเป็น อสม. มากที่สุด 6-10 ปี และ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.6 และ 30.2 ตามลำดับ ระยะการเป็น อสม. น้อยที่สุด 2 ปี และมากที่สุด 44 ปี การได้รับการติดต่อจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 96.1 ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ ร้อยละ 29.0 ไม่เคยเข้าร่วมการฝึกอบรมด้านยาเสพติด ร้อยละ 47.8 เคยเข้ารับการอบรม ร้อยละ 41.6 เจ้าหน้าที่ที่จัดอบรมส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 76.9 มีประสบการณ์ทำงานด้านยาเสพติด เป็นส่วนน้อย ร้อยละ 16.5

ตารางที่ 4 การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
ในชุมชน (n=255) (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันยาเสพติด	Mean	S.D.	ระดับ	อันดับ
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	2.03	0.81	น้อย	3
การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	1.37	0.78	น้อยที่สุด	6
การมีส่วนร่วมให้ความรู้กับชุมชน	2.28	0.79	น้อย	1
การมีส่วนร่วมติดตามเฝ้าระวังภายในชุมชน	2.17	0.79	น้อย	2
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	1.82	0.78	น้อย	5
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	1.90	0.78	น้อย	4
รวม	1.93	0.43	น้อย	

ตารางที่ 4 แสดงการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.93, S.D.= 0.75) เมื่อแยกรายด้านพบว่า มีส่วนร่วมให้ความรู้กับชุมชน เป็นด้านที่ อสม. มีส่วนร่วมซึ่งมีคะแนนสูงเป็นอันดับแรก (Mean = 2.28, S.D.= 0.79) และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอันดับสุดท้าย (Mean = 1.73, S.D.= 0.78)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการทำงาน/แนวทางการส่งเสริม
การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน (n=255)

ความคิดเห็น	Mean	S.D.	ระดับ
ปัญหาอุปสรรคของการทำงานยาเสพติด	2.12	0.75	ปานกลาง
- ชุมชนไม่ให้ความร่วมมือในการแจ้งเบาะแสผู้ค้าและผู้เสพ	2.10	0.65	
- หน่วยงานของรัฐไม่สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม	2.18	0.68	
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่สนับสนุนการจัดฝึกอบรม	2.29	0.64	
- การทำงานประจำของ อสม. ทำให้ไม่สามารถทุ่มเททางด้านยาเสพติดได้อย่างเต็มที่	2.23	0.59	
- สภาพแวดล้อมในชุมชนมีความเสี่ยงต่อการเสพและค้ายา	2.00	0.69	
แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วม	2.44	0.50	มาก
- ควรส่งเสริมให้ อสม. ได้รับสวัสดิการที่จำเป็นในการดำรงชีวิต	2.43	0.66	
- ประชาสัมพันธ์ให้ อสม. เป็นที่รู้จักเน้นเสียสละเห็นคุณค่าตนเอง	2.45	0.56	
- มอบประกาศเกียรติคุณให้ อสม. ที่อุทิศตนในการทำงาน	2.44	0.59	
- ส่งเสริมให้ อสม. ฝึกอบรม ศึกษานอกสถานที่	2.47	0.57	
รวม	2.28	0.63	ปานกลาง

ตารางที่ 5 แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการทำงานและแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชนของ อสม. ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.28, S.D.= 0.63) เมื่อพิจารณาความคิดเห็นด้านปัญหาอุปสรรคของการทำงานด้านยาเสพติดซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.12, S.D.=0.75) พบว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่สนับสนุนการจัดฝึกอบรมเพื่อการรับรู้ข้อมูลและสถานการณ์ยาเสพติดใหม่ๆ ให้ อสม.ทราบ มากที่สุด (Mean = 2.29, S.D.= 0.64) ในด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทาง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระดับมาก (M=2.44,S.D.=0.50) โดยมีความคิดเห็นควรประชาสัมพันธ์งาน อสม. ให้เป็นที่รู้จักโดยที่การเสียดสีเพื่อส่วนรวม เพื่อให้ผู้ทำงานรู้สึกภาคภูมิใจแลเห็นคุณค่าในตนเองอันดับแรก (Mean = 2.45, S.D.= 0.56) ความคิดเห็นในการส่งเสริมให้ อสม. ได้รับสวัสดิการที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น เงินค่าป่วยการ ค่ารักษาพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้มากยิ่งขึ้น อยู่ในอันดับสุดท้าย (Mean = 2.43, S.D.= 0.66)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบ อสม. มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด จำแนกตามปัจจัยเอื้อต่อการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ และการมีประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติด โดยใช้สถิติ independent t-test

ตัวแปร	จำนวน	Mean	S.D.	t	p-value
การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์					
ได้รับ	181	97.16	20.46	7.183	<.001*
ไม่ได้รับ	73	77.37	18.34		
มีประสบการณ์ทำงานด้านยาเสพติด					
มี	42	98.48	21.18	2.302	.022*
ไม่มี	212	90.08	21.67		

ตารางที่6 จากการเปรียบเทียบ อสม. ที่มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน พบว่าปัจจัยเอื้อต่อการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และวัสดุอุปกรณ์จากเจ้าหน้าที่ และประสบการณ์ของ อสม. ที่มีประสบการณ์ทำงานด้านยาเสพติด ที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขยาเสพติดในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในส่วนปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้ และปัจจัยเกื้อหนุน ที่ประกอบด้วย ระยะเวลาเป็น อสม. ที่ต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่อำเภออ่าวลึกไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด จำแนกตามปัจจัยเอื้อด้านระยะเวลาการเป็น อสม. และการฝึกอบรมยาเสพติด โดยใช้สถิติ One-way ANOVA

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระยะเวลาการเป็นอสม.						
	ระหว่างกลุ่ม	3	1.01	.34	.593	.620
	ภายในกลุ่ม	250	141.56	.57		
การฝึกอบรมยาเสพติด						
	ระหว่างกลุ่ม	2	18.41	9.21	18.615	<.001*
	ภายในกลุ่ม	251	124.15	.49		

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด จำแนกตามปัจจัยเอื้อด้าน ระยะเวลาการเป็น อสม. ที่ต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ไม่แตกต่างกัน (p-value = .62) ในด้านการเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับยาเสพติดที่ต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (p-value < .001)

ตารางที่ 8 การวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน จำแนกตามการฝึกอบรมยาเสพติด ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD

การฝึกอบรมยาเสพติด	N	Mean	S.D.	ไม่เคย	เคย 1 ครั้ง	เคย > 1 ครั้ง
ไม่เคย	121	2.89	.78		-.42*	-.78*
เคย 1 ครั้ง	106	3.32	.64			-.35*
เคย > 1 ครั้ง	27	3.67	.63			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 8 พบว่า อสม. ผู้ที่ไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมยาเสพติด มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด แตกต่างกับ อสม. ที่เคยเข้ารับการฝึกอบรมยาเสพติด จำนวน 1 ครั้ง และฝึกอบรมยาเสพติดมากกว่า 1 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย อสม. ที่เข้ารับการฝึกอบรมยาเสพติดจำนวน 1 ครั้ง และเคยฝึกอบรมยาเสพติดมากกว่า 1 ครั้ง จะมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนสูงกว่า อสม. ที่ไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมยาเสพติด

6. อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

6.1 ศึกษาการระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน โดยภาพรวมพบว่า อสม. มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.93 (S.D.= 0.43) เมื่อพิจารณารายด้าน การมีส่วนร่วมให้ความรู้กับชุมชนอันดับแรก รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมติดตามเฝ้าระวังภายในชุมชน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (ตามลำดับ) และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการอันดับสุดท้ายอาจมีสาเหตุมาจากบริบทของพื้นที่อำเภออ่าวลึก อสม. มีอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง ไม่มีเวลาปลีกตัวมาปฏิบัติงานเกี่ยวกับยาเสพติด ทั้งยังขาดความรู้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาจมองปัญหาเสพติดเป็นเรื่องไกลตัว ยังไม่เห็นประโยชน์ที่ตัวเองหรือครอบครัวจะได้รับโดยตรง อีกสาเหตุคือความกลัว เพราะกลัวจะเกิดอันตรายต่อตนเองหรือคนใกล้ชิด จึงไม่กล้าให้ความร่วมมือมากเท่าที่ควร และที่สำคัญอาจเนื่องมาจาก ขาดการประสานของหน่วยงานภาครัฐ ความชัดเจน ทำให้อสม. ไม่มีความเชื่อมั่นหรือให้ไว้วางใจกับผลกระทบที่อาจเกิดตามมา ต่อชีวิตความเป็นอยู่ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัมพร ภูแก้ว (2556) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่เทศบาลตำบลพลวง อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับน้อย พิจารณารายด้าน ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.83 (S.D.= 0.64) รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ค่าเฉลี่ย 2.45 (S.D.= 0.57) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ค่าเฉลี่ย 2.37 (S.D.= 0.52) และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลโดยมีส่วนร่วมเป็นอันดับสุดท้าย อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.30 (S.D.= 0.61)

6.2 ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความรู้ต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากปัจจุบันผู้ชายและผู้หญิงมีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของกัมพล เพ็ชรล้อมทอง และธนัสถาโรจนตระกูล (2565) ที่ว่าเครือข่ายภาคประชาชนที่มี เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของกรวิทย์ เกาะกลาง และคณะ (2564), กรวิทย์ เกาะกลาง และคณะ (2564) และพระมหาจักรเพชร สมาจาโร (2566) ที่ว่าระดับการศึกษาแตกต่างกันมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดไม่แตกต่างกัน พบว่าการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อการเข้าไปมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อธิพงษ์ ต้นศิริ (2560), อภิญญา ก่อเต็ม และอิกบาร์นราซิด (2565) พบว่า อาชีพ รายได้ต่อเนื่อง แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยเกื้อหนุนด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และวัสดุอุปกรณ์จากเจ้าหน้าที่ และประสบการณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ทำงานด้านยาเสพติด การฝึกอบรมยาเสพติดที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกัน

และแก้ไขยาเสพติดในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งบทบาทหน้าที่หลักของ อสม. ในอำเภออ่าวลึก คือการนำประสบการณ์และความรู้ ที่ได้จากการฝึกอบรมมาช่วยเหลือชุมชนให้พ้นภัย ยาเสพติด โดยการดูแลเชิงป้องกัน การสอดส่องดูแลพฤติกรรมประชาชนในชุมชน ให้คำปรึกษาหากพบเห็นสิ่งผิดปกติเกี่ยวกับยาเสพติด ส่งเสริมการออกกำลังกาย

6.3 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนพบว่า อสม. ผู้ที่ไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมยาเสพติด มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด แตกต่างกับ อสม. ที่เคยเข้ารับการฝึกอบรมยาเสพติด จำนวน 1 ครั้ง และฝึกอบรมยาเสพติดมากกว่า 1 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย อสม. ที่เข้ารับการฝึกอบรมยาเสพติด จะมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนสูงกว่า อสม. ที่ไม่เคยเข้าร่วมการฝึกอบรมยาเสพติด อาจเนื่องมาจาก อสม. ที่เคยได้รับการอบรมจะมีความมั่นใจว่าตนเองมีความรู้ สามารถให้คำอธิบายและให้แนะนำแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง

7. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

7.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

7.1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดอบรม ประชาสัมพันธ์ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ ที่น่าสนใจเกี่ยวกับบทลงโทษและภัยอันตรายยาเสพติดให้ อสม. ได้รับทราบ

7.1.2 ส่งเสริมให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติการ ด้านการประเมินผลและด้านการรับผลประโยชน์ให้มากขึ้น โดยการกำหนดให้มีการติดตามประเมินผลโดยเครือข่าย อสม. ในกิจกรรม/โครงการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่ดำเนินการในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน เพื่อให้ อสม. ได้รู้ผลประโยชน์จากการเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งจะมีผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน

7.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

7.2.1 ควรศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อสม. และผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อนำเสนอรูปแบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนต่อไป

7.2.2 ควรทำการศึกษาตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น แรงจูงใจในการมีส่วนร่วม ผลกระทบของการมีส่วนร่วม ศักยภาพในการเรียนรู้และการป้องกันและแก้ไขปัญหายาของผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน และประชาชน เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ครอบคลุมทุกด้าน

7.2.3 ควรมีการศึกษาในเชิงเปรียบเทียบการทำงานของ อสม. ในพื้นที่อื่น ว่ามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชนได้มากน้อยแตกต่างกันอย่างไร

8. สรุปผลการวิจัย

พื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ เป็นอำเภอที่มีตำบลจำนวน 9 ตำบล จำนวน รพ.สต. 10 แห่ง มีประชากรมาก และเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของยาเสพติด ด้วยเหตุนี้ชุมชนได้กำหนดแนวทางและนโยบายต่างๆ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดตามนโยบายของรัฐบาลที่ผ่านมาต่อการแพร่ระบาดของยาเสพติดยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง ผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยผลการศึกษาภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยทุกข้อ พิจารณาด้านการมีส่วนร่วมให้ความรู้กับชุมชนอันดับแรก และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการอันดับสุดท้าย สำหรับปัจจัยเกื้อหนุนด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และวัสดุอุปกรณ์จากเจ้าหน้าที่ และประสบการณ์การทำงานด้านยาเสพติด การฝึกอบรมยาเสพติดที่ต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขยาเสพติดในชุมชนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยเหตุนี้ข้อเสนอแนะได้เป็นแนวคิดและแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและเป็นหนทางหนึ่งที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนได้ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ไปในทิศทางที่ดีขึ้นจากความร่วมมือจาก อสม. ในชุมชนอย่างเป็นระบบ

9. เอกสารอ้างอิง

- กรวิทย์ เกาะกลาง, วินิจ ฝาเจริญ และวัชร ชาดิมนตรี. (2564). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด กรณีศึกษาเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสนามชัย อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารสันติสุขปริทรรศน์*, 2(1), 1-11.
- กระทรวงยุติธรรม, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2565). *แผนปฏิบัติการด้านป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2565*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.), <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/serviceplan/SP02-65.pdf>.
- กัมพล เพ็ชรล้อมทอง และธันสสา โรจนตระกูล. (2565). การมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. กรณีศึกษาตำบลลำประดา อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร. *Journal of Modern Learning Development*, 7(5), 92-104.
- คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *Health Data Center: HDC*. กระทรวงสาธารณสุข.
- พระมหาฉัตรเพชร สมาจาโร. (2566). การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ตำบลหูลุบ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสังคมศาสตร์และศาสตร์ร่วมสมัย*, 4(1), 30-41.
- สำนักงานยุติธรรมจังหวัดกระบี่. (2566, 15 กุมภาพันธ์). *สยจ.กระบี่.ลงพื้นที่ให้ความช่วยเหลือกรณีชายเสพยาคลุ้มคลั่ง*. กองประสานราชการยุติธรรมจังหวัด, <https://www.moj.go.th/view/81019>.

- อธิพงษ์ ตันศิริ. (2560). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ศึกษากรณี อำเภอแกลง จังหวัดระยอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อภิญญา ก่อเต็ม และอีกบารัน ราซิด. (2565). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ในจังหวัดนราธิวาส. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 4(3), 56–68.
- อัมพร ภูแก้ว. (2556). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่เทศบาล ตำบลพลวง อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *Executive summary / Policy implications*. https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1.pdf.
- Daniel, W.W. (2010). *Biostatistic: Basic Concepts and Methodology for health Sciences* (9th ed.). John Wiley & Sons.
- Bloom, B.S. (1971). *Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain*. David McKay.
- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1982). *Effective Behavior in Organizations*. Richard D. Irwin.
- Likert, R. (1967). *The Method of Constructing and Attitude Scale*. *Attitude Theory and Measurement*. Wiley & Son.