

# ผลการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด โดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ตำบลนาแค อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี

คำแปลง ตะไชยา, พ.ย.บ.\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ตำบลนาแค อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เครือข่าย จำนวน 129 คน และผู้ใช้สารเสพติด จำนวน 84 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามและผลการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้ แบบสอบถามความรู้ KR20 = 0.84 การมีส่วนร่วมของเครือข่าย  $\alpha = 0.83$  และความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย  $\alpha = 0.88$  วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Wilcoxon Signed Ranks Test

**ผลการศึกษาพบว่า** ผลการพัฒนาเครือข่ายโดยใช้กระบวนการแบบ PAOR ได้แก่ วางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Act) สังเกต (Observation) และ สะท้อนผล (Reflection) ปัญหาพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้นจึงได้พัฒนารูปแบบการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) การตั้งกลุ่มเครือข่ายและกำหนดบทบาท 2) กระบวนการร่วมคิดร่วมทำ 3) การบริการสุขภาพ 4) การเสริมแรงทางบวก (empowerment) และ 5) การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว ผลการพัฒนาพบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้ารับการบำบัดทุกรายได้รับการรักษา โดยพบว่าหลังพัฒนาเครือข่ายมีความรู้ในภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -4.752, p < 0.001$ ) ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก  $60.26 \pm 13.53$  เป็น  $62.47 \pm 13.64$  อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -3.947, p < 0.001$ ) อาการของผู้ใช้สารเสพติดหลังพัฒนาเครือข่าย ผู้ใช้สารเสพติดโดยรวมมีอาการทรงตัว ร้อยละ 100.0 ผู้ใช้สารเสพติดมีความสามารถในกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง ร้อยละ 71.4

**ข้อเสนอแนะ** การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) นี้ ทำให้ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้ารับการบำบัดทุกรายได้รับการรักษา ไม่กลับไปเสพซ้ำและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับดีเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ:** การมีส่วนร่วมของเครือข่าย, บำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด, ชุมชนเป็นฐาน

\* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเพิมตำบลนาแค อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี

# Effect of the network's participation in community-based substance abuse rehabilitation (CBTx) Na Khae Subdistrict, Na Yung District, Udon Thani Province

Kumplang Tachaiya, B.N.S.\*

## Abstract

This action research aimed to effect of the network's participation in community-based substance abuse rehabilitation (CBTx) Na Khae Subdistrict, Na Yung District, Udon Thani Province. Between August and October 2024, the sample group included 129 people in the network and 84 people who used substances. Research instrument was questionnaire and results of quality inspection were as follows: knowledge questionnaire KR20 = 0.84, network participation alpha = 0.83 and patient's daily activities alpha = 0.88. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Paired t-test and Wilcoxon Signed Ranks Test.

Results: It was found the results of network development using the PAOR process include planning (Plan), action (Act), observation (Observation), and reflection (Reflection). It was found that trend of increasing drug problems among patients. Therefore, treatment model with network participation had developed, consisting of 5 activities: 1) Setting up network groups and defining roles, 2) Collaborative thinking process, 3) Health services, 4) Positive reinforcement (empowerment) and 5) educating family caregivers. Development results found that network's participation means drug user receiving treatment, after developing network, overall knowledge increased significantly ( $t = -4.752$ ,  $p < 0.001$ ). Overall network participation increased from  $60.26 \pm 13.53$  to  $62.47 \pm 13.64$  statistically significant ( $t = -3.947$ ,  $p < 0.001$ ). Symptoms of drug users after developing network overall drug users' symptoms were stable at 100.0%. Drug users' overall ability to perform daily activities was being able to help themselves and get along with others at 71.4%.

Suggestions: The development of network's participation in community-based drug user rehabilitation (CBTx) had enabled every drug user receiving treatment to receive treatment. Do not return to addiction and are able to perform daily activities at good level.

**Keyword:** Network's Participation, Substance Abuse Rehabilitation, Community-Based

---

\*Ban Perm Subdistrict Health Promoting Hospital, Na Khae Subdistrict, Na Yung District, Udon Thani Province

## บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิตประชากร สิ่งแวดล้อม มลภาวะ เศรษฐกิจในปัจจุบันและปัจจัยอื่น ๆ เช่น ค่านิยม ความเชื่อ โครงสร้างครอบครัวอ่อนแอ เด็กถูกทอดทิ้ง เด็กและสตรีถูกทารุณกรรม เป็นต้น ได้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย และมีแนวโน้มสูงขึ้น กลุ่มโรคจิต โรคระบบประสาท และความผิดปกติจากพฤติกรรมเสพติด มีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก<sup>1</sup> ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ทั้งผู้เสพ ครอบครัว และชุมชน ในประเทศไทยมีแนวโน้มจำนวนผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นซึ่งในแต่ละปีมีจำนวนประมาณ 1.4 ล้านคน ในด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด จำเป็นต้องมุ่งเน้นการแก้ไขในเชิงสุขภาพ ผู้เสพต้องได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูให้สามารถลด ละ เลิกยาเสพติดได้ และรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูมีหลายรูปแบบ แต่ละพื้นที่จะใช้กลวิธีได้หลายรูปแบบ แต่การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้มีปัญหาติดยาเสพติดที่ถือว่าได้ผล สอดคล้องกับสภาพปัญหา คือ ระบบบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) เป็นรูปแบบการบำบัดรักษาเชิงบูรณาการต่อผู้ติดยาเสพติดในชุมชน เพื่อให้การรักษาอย่างต่อเนื่องเกิดผลลัพธ์ในระยะยาว<sup>2</sup> การศึกษาผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด ตามโปรแกรมและมีแนวโน้มที่จะไม่กลับไปเสพซ้ำ ในการแก้ไขปัญหาคือการหาประโยชน์ระหว่างการบำบัดและการติดตามหลังการบำบัดแบบเชิงรุก โดยให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการ และเฝ้าระวังดูแลหลังการบำบัด<sup>3</sup> ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่อการกลับไปเสพซ้ำ พบว่า ลักษณะชุมชนที่พื้กออาศัยมากที่สุด 3 ลำดับ คือ ชุมชนชนบท ชุมชนเมือง และชานเมือง ตามลำดับ<sup>4</sup> กฎหมายอาญาได้วางหลักไว้ว่า เมื่อบุคคลวิกลจริตกระทำความผิดกฎหมายถือว่าการกระทำของบุคคลวิกลจริตนั้นเป็นความผิดแล้วแต่กฎหมายยกเว้นโทษทางอาญาให้ แต่หากปรากฏว่าบุคคลวิกลจริตยังสามารถรู้ผิดชอบหรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง บุคคลวิกลจริตกำหนดให้ศาลลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้<sup>5</sup>

การดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบองค์รวม ซึ่งแตกต่างกันไปตามแต่บริบทและความซับซ้อน และการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต้องมีข้อกำหนดที่ตั้งอยู่ในชุมชนมีการเสริมสร้างอำนาจของชุมชน มีวิธีการด้านจิตอาสา เป็นศูนย์รักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ดูแลอย่างต่อเนื่อง บูรณาการเข้าสู่การบริการด้วยความสมัครใจ<sup>6</sup> โดยกำหนดการบำบัดแบบมีส่วนร่วม คือ การให้บริการรักษาและเข้าถึงได้ง่ายมีระบบการตรวจคัดกรอง ประเมินและวางแผนการรักษาต้องเน้นสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของมนุษย์ ต้องมีส่วนร่วมของชุมชน และกำหนดการรักษาการพัฒนาตามนโยบายและต้องให้บริการรักษาผู้เสพยาโดยวิธีปรับปรุงคุณภาพผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ<sup>7</sup>

สถิติของผู้ป่วยสารเสพติดในไทย จากรายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2565 พบว่า มีผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด 120,915 คน โดยแบ่งเป็นชาย จำนวน 106,709 คน และ หญิง จำนวน 14,206 คน โดยมีรายละเอียดตามแบบบำบัดรักษาดังนี้ จำนวนผู้เข้ารับการรักษาติดยาเสพติด จำแนกตามอายุ คือ น้อยกว่า 12 ปี จำนวน 34 คน, 12-17 ปี จำนวน 7,983 คน, 18-24 ปี จำนวน 22,301 คน, 25-29 ปี จำนวน 21,185 คน, 30-34 ปี จำนวน 19,255 คน, 35-39 ปี จำนวน 16,991 คน มากกว่า 39 ปี จำนวน 33,166 คน จำนวนผู้เข้ารับการรักษาติดยาเสพติด จำแนกตามอาชีพ ได้แก่ รับจ้าง จำนวน 57,201 คน การเกษตร จำนวน 17,925 คน นักเรียน/นักศึกษา จำนวน 4,335 คน ว่างาน จำนวน 24,349 คน และอื่นๆ จำนวน 17,105 คน ยาเสพติดหลักที่ใช้ ได้แก่ ยาบ้า จำนวน 96,248 คน ยาไอซ์ จำนวน 7,089 คน เฮโรอีน จำนวน 6,325 คน กัญชา จำนวน 4,520 คน ฟีน 2,803 คน และยาเสพติดชนิดอื่น ๆ จำนวน 3,930 คน ลักษณะการเข้ารับการรักษา ได้แก่ ระบบสมัครใจ จำนวน 86,255 คน ระบบบังคับ จำนวน 1,638 คน และระบบต้องโทษ จำนวน 23,871 คน<sup>8</sup>

ปัญหายาเสพติดส่งผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตในอนาคต รวมทั้งสังคมโดยรวม ทั้งนี้ ประเทศไทยมีกฎหมายและนโยบายต่างๆที่เอื้อต่อการแก้ปัญหา แต่การนำลงสู่การปฏิบัติยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร จากรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตของ ตำบลนาแค อำเภอนาเยีย จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเสพยา

ติดตำบลนาแค ระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2566 มีจำนวน 30 คน, 12 คน และ 42 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้น จึงได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) อำเภอนาโยง กำหนดบทบาทตามคู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด และการบำบัดรักษาทางสังคม<sup>9</sup> ในการวางแผนแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องของเครือข่ายในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ทบทวนสถานการณ์ปัญหาผู้ติดยาเสพติดวิกฤติฉุกเฉิน ก้าวร้าว รุนแรงที่ผ่านมา และการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ให้ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดไม่กลับไปเสพซ้ำ จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาเรื่อง ผลการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ตำบลนาแค อำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ตำบลนาแค อำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ได้แก่ ประเมินอาการของผู้ติดยาเสพติด และความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

### วิธีการวิจัย

รูปแบบ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) สถานที่ศึกษาในพื้นที่ตำบลนาแค อำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2567

ประชากรศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรกรณีทราบขนาดประชากร<sup>10</sup>

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

- 1) กลุ่มตัวอย่างเครือข่าย จำนวน 129 คน ในตำบลนาแค อำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนาโยง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ตำรวจชุมชน เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลในครอบครัว
- 2) ผู้ติดยาเสพติด จำนวน 84 คน คือ ผู้ติดยาเสพติดที่มีการทางจิตทุกราย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ในกลุ่มจิตเวช รหัส ICD10 3 ตัวอักษรแรก F20 ถึง F29 ผู้ติดยาเสพติดเปิดเผยตนเองและสมัครใจเข้ารับการบำบัดหรือผ่านการบำบัดมาแล้ว

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- 1) เครือข่าย ที่ให้ข้อมูลไม่ครบหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา
- 2) ผู้ติดยาเสพติด คือ ผู้ติดยาเสพติด ที่เป็นผู้ต้องหา/ถูกดำเนินคดีอื่นที่มีโทษจำคุก/ระหว่างรับโทษ/มีพฤติกรรมที่อาจก่ออันตรายจัดให้อยู่ในความดูแลไม่เกิน 24 ชั่วโมง

### กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ การพัฒนาเครือข่าย 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การตั้งกลุ่มเครือข่ายและกำหนดบทบาทหน้าที่ 2) กระบวนการร่วมคิดร่วมทำ 3) การบริการสุขภาพผู้ติดยาเสพติด 4) การเสริมแรงทางบวก (empowerment) 5) การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว

ตัวแปรตาม คือการประเมินผล ดังนั้น กลุ่มเครือข่าย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับผู้ใช้สารเสพติดการมีส่วนร่วม  
ดำเนินงานของเครือข่าย และการมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่ายกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด ได้แก่ อาการของผู้ใช้สาร  
เสพติดฉุกเฉิน และความสามารถกิจวัตรประจำวันผู้ใช้สารเสพติด

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

**1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย** คือ แผนการพัฒนากิจกรรมมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟู  
ผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ตำบลนาแค อำเภอนาโยง จังหวัดอุตรธานี ขั้นตอนมีดังนี้ การให้บริการ  
รักษาได้ง่ายและการเข้าถึงบริการรักษาการตรวจคัดกรอง การประเมิน การวินิจฉัยและวางแผนรักษา การรักษาผู้ใช้  
สารเสพติดจากแหล่งฐานข้อมูลที่ได้รับแจ้ง การรักษาผู้ใช้สารเสพติด สิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย  
การรักษากลุ่มเป้าหมายย่อย การรักษาพฤติกรรมกรรมการติดยาเสพติดและระบบความยุติธรรมทางอาญา การมีส่วนร่วม  
และการปฐมนิเทศผู้ป่วยของชุมชน การปรับปรุงคุณภาพบริการผู้ติดยา การวางแผนเชิงกลยุทธ์และการประสานการ  
บริการ

**2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย** ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

**ชุดที่ 1 แบบสอบถามเครือข่าย** ประยุกต์จาก กายสิทธิ์ แก้วยาศรี<sup>11</sup> ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ใช้สารเสพติดของเครือข่าย จำนวน 20 ข้อได้แก่ ความรู้ทั่วไปเรื่องเกี่ยวกับสาร  
เสพติด ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด ความรู้ด้านการดูแลผู้ใช้สารเสพติดและความรู้ด้านการ  
แก้ปัญหาและช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน การตอบ ถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน การแปลผลคะแนน  
รวม 20 คะแนน กำหนดการแบ่งค่าร้อยละออกเป็น 3 ระดับ<sup>12</sup> คือ

ตอบถูกต่ำกว่าร้อยละ 33.33 (7 คะแนน) ระดับต่ำ, 33.34-66.67 (7-13 คะแนน) ระดับปานกลาง,  
66.67-100.0 ระดับสูง (14 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมดำเนินงานของเครือข่าย จำนวน 15 ข้อเกี่ยวกับนโยบายและปัจจัยนำเข้าระบบ  
บริการสุขภาพผู้ใช้สารเสพติด คำถามเกี่ยวกับ ด้านสถานการณ์ ด้านปัจจัยนำเข้า และกระบวนการพัฒนาเครือข่าย  
การตอบเป็น rating scale 5 ระดับ<sup>13</sup> ดังนี้ 1 =ไม่เห็นด้วย ถึง 5=มากที่สุดการแปลผลค่าเฉลี่ย 75 คะแนน  
แบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>14</sup> ดังนี้ คะแนน 1.0 – 25.0 ระดับต่ำ คะแนน 26.0 – 50.0 ระดับปานกลาง คะแนน 51.0 – 75.0  
ระดับสูง

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย จำนวน 20 ข้อประกอบด้วย บทบาทการแก้ปัญหาผู้ใช้  
สารเสพติดบทบาทร่วมกับแกนนำและฝ่ายปกครอง บทบาทร่วมกับเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นและ  
อสม. และบทบาทการติดตามประเมินผล การตอบเป็น rating scale 5 ระดับ<sup>13</sup> ดังนี้

1 =ไม่เห็นด้วย ถึง 5= มากที่สุด การแปลผลรวม 100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>14</sup> ดังนี้ คะแนน 1.0 –  
25.0 ระดับต่ำ คะแนน 26.0 – 50.0 ระดับปานกลาง คะแนน 51.0 – 75.0 ระดับสูง

**ชุดที่ 2 แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารเสพติด**ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินอาการของผู้ใช้สารเสพติดฉุกเฉิน จำนวน 10 ด้าน ประยุกต์ใช้แบบติดตาม  
ผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนรินทร์<sup>15</sup> ดังนี้ ด้านอาการทางจิตกำเริบ ด้านการกินยา ด้าน  
ผู้ดูแล/ญาติด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม การสื่อสาร  
ความสามารถในการเรียนรู้ และการจำแนกผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษาฟื้นฟู

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถกิจวัตรประจำวันผู้ใช้สารเสพติด จำนวน 54 ข้อ ประยุกต์ใช้คู่มือ  
การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต<sup>16</sup> การให้คะแนน

0 =ไม่ทำเลย ถึง 5=สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ เป็นทักษะของผู้ใช้สารเสพติด ได้แก่ การดูแลตนเอง  
การอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม การทำงาน การพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน

**คะแนนรวม 270** คะแนน กำหนดระดับเกณฑ์คะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับ	คะแนน	ความหมายระดับความสามารถในกิจกรรมประจำวัน
1	1-90	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือรบกวนความสงบผู้อื่น
2	91-180	ช่วยเหลือตนเองได้บ้างและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง
3	181-270	ช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ สามารถรับจ้างทำงานได้

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัยภาคสนาม จำนวน 4 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล
2. ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายและผู้ดูแลในครอบครัวหรือญาติ ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย พร้อมนัดหมายวันเวลาและสถานที่เพื่อตอบแบบสอบถาม
3. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูล ลงรหัส ควบคุมคุณภาพข้อมูล และทำการวิเคราะห์ประมวลผล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา แสดงค่า ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ และผลลัพธ์การดูแลผู้คลอด
2. สถิติเชิงอนุมาน ทดสอบความแตกต่างของตัวแปร 2 กลุ่ม คือแบบสอบถามความรู้ของเครือข่าย ด้วย Wilcoxon Signed Ranks Test ข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ด้วย Paired t-test ดังนี้ กลุ่มเครือข่าย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับผู้ใช้สารเสพติด การมีส่วนร่วมดำเนินงานของเครือข่าย และการมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด ได้แก่ อาการของผู้ใช้สารเสพติดฉุกเฉิน และความสามารถกิจกรรมประจำวันผู้ใช้สารเสพติด

**การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย** การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC0168 วันที่ 2 ตุลาคม 2567

### ผลการวิจัย

**1. ผลของการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย** โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแบบ PAOR ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) การตั้งกลุ่มเครือข่ายและกำหนดบทบาทหน้าที่ 2) กระบวนการร่วมคิดร่วมทำ กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา 3) การบริการสุขภาพผู้ใช้สารเสพติด 4) การเสริมแรงทางบวก 5) การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวในการเฝ้าระวังความเสี่ยงอาการกำเริบของผู้ป่วย ผลของการจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่าย พบว่า เครือข่ายมีระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมบ้านในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน พี่ดูแลน้อง หาหลักปลอบใจ ให้กำลังใจดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตกันและกัน และเครือข่ายชุมชนช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชชุมชนอย่างครบวงจรและต่อเนื่องสภาพปัญหาเดิมและผลการพัฒนารายกิจกรรม ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx)ตำบลนาแค อำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี

สภาพปัญหาเดิม	กิจกรรมการปฏิบัติการพัฒนา	ผลการพัฒนา
1.สภาพปัญหาพบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดยาเสพติดตำบลนาแค มีแนวโน้มสูงขึ้น 2. ยังไม่มีเครือข่ายและยังไม่มีกำหนดบทบาทการทำงานของเครือข่ายที่ชัดเจน	ขั้นตอนดำเนินการ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบ PAOR ดังนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Act) สังเกต (Observation) และ สะท้อนผล (Reflection) <b>การพัฒนาเครือข่าย</b> 5 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การตั้งกลุ่มเครือข่ายและกำหนดบทบาท 1.1 บทบาทแกนนำ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1.2 บทบาทพนักงานฝ่ายปกครอง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ 1.3 บทบาทพนักงานเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และท้องถิ่น กิจกรรมที่ 2 กระบวนการร่วมคิดร่วมทำ กิจกรรมที่ 3 การบริการสุขภาพผู้ใช้สารเสพติด กิจกรรมที่ 4 การเสริมแรงทางบวก (empowerment) กิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว	-มีโครงการพัฒนา - มีแผนการพัฒนาเครือข่าย -มีสรุปผลการประชุม - มีเครือข่าย -ทำแบบสอบถามก่อนพัฒนา
3. ปัญหาด้านความรู้และทักษะความสามารถในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน	กิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1. การให้บริการรักษาได้ง่ายและการเข้าถึงบริการรักษา 2. การตรวจคัดกรอง การประเมิน การวินิจฉัยและวางแผนรักษา 3. การรักษาผู้ใช้สารเสพติดจากแหล่งฐานข้อมูลที่ได้รับแจ้ง 4. การรักษาผู้ใช้สารเสพติด สิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีผู้ป่วย 5. การรักษากลุ่มเป้าหมายย่อย 6. การรักษาพฤติกรรมการติดยาเสพติด 7. การมีส่วนร่วมและการปฐมนิเทศผู้ป่วยของชุมชน 8. การปรับปรุงคุณภาพบริการผู้ติดยา 9. การวางแผนเชิงกลยุทธ์และการประสานการบริการ	- มีการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว - มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน พี่ดูแลน้อง - การบริการสุขภาพผู้ใช้สารเสพติดอย่างเหมาะสม
4. ประเมินผลการพัฒนา	การประเมินความต้องการ การวางแผนการรักษา วิธีการดำเนินงาน การติดตามและการประเมินผล	-มีสรุปผลการพัฒนา

**ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด** พบว่า หลังพัฒนามีระดับความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือบทบาทพนักงานฝ่ายปกครอง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ คือ ตรวจสอบข้อเท็จจริงเมื่อได้รับแจ้งข่าว หรือพบบุคคลมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาทางจิตเวช จาก ร้อยละ 90.7เป็น ร้อยละ 98.4 รองลงมาคือการบริการสุขภาพผู้ใช้สารเสพติด โดยการประสานงาน/ทีม ตำรวจ (บำรุงทุกข์ บำรุงสุข) ชุมชนและครอบครัวจาก ร้อยละ 92.2เป็น ร้อยละ 98.4 และน้อยที่สุดคือสังคมไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดได้ต้องรักษาด้วยยาเท่านั้น จาก ร้อยละ 39.5เป็น ร้อยละ 47.3ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด จำแนกรายข้อที่ตอบถูก (n=129)

ความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความรู้ทั่วไปเรื่องยาเสพติด</b>				
1.ยาเสพติด หมายความว่า ยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ หรือสารระเหย	102	79.1	112	86.8
2.ยาเสพติดให้โทษ หมายความว่า สารเคมี พืช หรือวัตถุนิตใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ	95	73.6	104	80.6
3.สารระเหย หมายความว่า สารเคมีหรือผลิตภัณฑ์ที่อาจนำไปใช้เพื่อสนองความต้องการของร่างกายหรือจิตใจซึ่งทำให้สุขภาพโดยทั่วไปทรุดโทรมลง	103	79.8	112	86.8
4.เสพ หมายความว่า การรับยาเสพติดเข้าสู่ร่างกายโดยรู้ตัวว่าเป็นยาเสพติดไม่ว่าด้วยวิธีใด	109	84.5	118	91.5
5.ติดยาเสพติด หมายความว่า เสพเป็นประจำติดต่อกันและตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งยาเสพติดนั้น สามารถตรวจพบสภาพนั้นได้ตามหลักวิชาการ	102	79.1	112	86.8
<b>ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด</b>				
1.การบำบัดรักษา หมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด ซึ่งรวมถึงตลอดถึงการคัดกรองการประเมินความรุนแรง การบำบัดด้วยยา และติดตาม	119	92.8	127	98.4
2.การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) หมายถึง การปกป้อง ค้ำครองผู้ใช้ยาเสพติด และบุคคลรอบข้างจากอันตราย	112	86.8	122	94.6
3.การฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายความว่า การกระทำใดๆ อันเป็นการบำบัดพฤติกรรมและการเสพติดและฟื้นฟูสภาพให้กลับคืนสู่สภาพปกติ	116	89.9	124	96.1
4.การฟื้นฟูสภาพทางสังคม หมายความว่า การกระทำใดๆ อันเป็นการสงเคราะห์ให้ผู้ใช้สารเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา	115	89.1	125	96.9
5.การดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้สารเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มุ่งเน้นการดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติด ด้วยกลไกทางสาธารณสุข โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้ป่วย”	115	89.1	124	96.1
<b>ความรู้ด้านการดูแลผู้ใช้สารเสพติด</b>				
1.การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคม คู่กับการบำบัดรักษา	115	89.1	125	96.9
2.หากผู้ป่วยไม่ยอมนอนติดต่อกัน 3 วัน ญาติควรพาไปปรึกษาโรงพยาบาล ใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนไปโรงพยาบาลจิตเวช	111	86.0	121	93.8
3. การบำบัดผู้ใช้ยาเสพติด รวมถึงการสงเคราะห์และติดตามดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม	113	87.6	123	95.3
4. เป้าหมายของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข ประกอบอาชีพ การศึกษา ได้รับสวัสดิการ และการสงเคราะห์อื่น ๆ ตามความจำเป็นและเหมาะสม	115	89.1	125	96.9
5. สังคมไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดได้ต้องรักษาด้วยยาเท่านั้น	51	39.5	61	47.3
<b>ความรู้ด้านการแก้ปัญหาและช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน</b>				
1. บทบาทของแกนนำและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	106	82.2	116	89.9
2. บทบาทพนักงานฝ่ายปกครอง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ คือ ตรวจสอบข้อเท็จจริงเมื่อได้รับแจ้งข่าว หรือจำเป็นต้องบำบัดรักษาทางจิตเวช	117	90.7	127	98.4



**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด จำแนกรายข้อที่ตอบถูก (ต่อ)

ความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. บทบาทพนักงานเจ้าหน้าที่ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และท้องถิ่น คือ เข้าไปในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะ เพื่อนำ ไปรับการบำบัดรักษา	110	85.3	119	92.2
4. การบริการสุขภาพผู้ใช้สารเสพติด มีทีมในการดูแล โดยการประสานงาน/ทีม ตำรวจ (บำรุงทุกข์ บำรุงสุข) ชุมชนและครอบครัว	119	92.2	127	98.4
5. หน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัว คือการเฝ้าระวังความเสี่ยงเมื่อพบอาการกำเริบรุนแรงของผู้ป่วยรีบพาไปรับการบำบัดรักษาทันทีหรือแจ้งเครือข่าย	98	76.0	107	82.9

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดพบว่าหลังพัฒนามีระดับความรู้ในภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-4.752$ ,  $p<0.001$ ) มีระดับความรู้ดีกว่าก่อนพัฒนามากที่สุดคือ ด้านการแก้ปัญหาและช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน( $t=-4.086$ ,  $p<0.001$ ) รองลงมาคือด้านการดูแลผู้ใช้สารเสพติด( $t=-3.774$ ,  $p<0.001$ ) และน้อยที่สุดคือความรู้ทั่วไปเรื่องยาเสพติดและ ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษา( $t=-3.020$ ,  $p=0.003$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3**การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของภาคท้องถิ่น ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ( $n= 15$ )

ความรู้	คะแนนเต็ม	ก่อนการดำเนินการ		หลังการดำเนินการ		Z	P-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้ทั่วไปเรื่องยาเสพติด	5	3.96	1.68	4.33	1.28	-3.020	0.003*
ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษา	5	4.46	1.44	4.82	0.70	-3.020	0.003*
ความรู้ด้านการดูแลผู้ใช้สารเสพติด	5	3.91	1.39	4.30	0.83	-3.774	<0.001*
ความรู้ด้านการแก้ปัญหาและช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน	5	4.26	1.22	4.62	0.67	-4.086	<0.001*
ความรู้ในภาพรวม	20	16.60	5.21	18.07	2.66	-4.752	<0.001*

\* $P<0.05$ , Wilcoxon signed rank test

**การมีส่วนร่วมของเครือข่าย** หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัวออกเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่พบปัญหาซับซ้อน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ และให้คำแนะนำญาติ เพิ่มจาก  $4.09\pm 1.06$ เป็น  $4.25\pm 1.03$ รองลงมาคือนโยบายมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดเพิ่มจาก  $4.10\pm 0.98$ เป็น  $4.24\pm 0.95$ และน้อยที่สุดคือได้รับการอบรมอาสาสมัครด้านจิตเวช ให้สามารถค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ คัดกรอง และเฝ้าระวังในผู้ป่วยรายเก่าเพิ่มจาก  $3.88\pm 1.15$ เป็น  $4.03\pm 1.15$ ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=129)

การมีส่วนร่วม	ก่อน	หลัง
	Mean±SD	Mean±SD
<b>การวิเคราะห์สถานการณ์</b>		
1. นโยบายมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด	4.10±0.98	4.24±0.95
2. แผนงานระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด ครอบคลุมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วยในพื้นที่	3.99±1.15	4.13±1.14
3. กิจกรรมตามระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดมีความสอดคล้องกับระยะเวลาดำเนินงานของปีงบประมาณ	4.01±0.99	4.15±0.98
4. มีการถ่ายทอดนโยบายแนวทางการดำเนินงานลงสู่ผู้ปฏิบัติถึงระดับครอบครัวและชุมชน	3.99±1.01	4.16±1.00
5. การแต่งตั้งเครือข่ายบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดมีความเหมาะสม	4.10±1.10	4.24±1.08
<b>ด้านปัจจัยนำเข้า</b>		
6. มีการสื่อสารและการถ่ายทอดแผนงาน/กิจกรรมระบบบริการกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารเสพติดไปสู่ผู้ปฏิบัติงานได้ครอบคลุมและทั่วถึงตั้งแต่ระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้านและชุมชน	4.09±1.06	4.22±1.04
7. มีการบูรณาการแผนและกิจกรรมการทำงานบริการสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารเสพติด	4.03±1.00	4.19±0.98
8. เกณฑ์ในการประเมินระบบบริการสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารเสพติดเป็นเกณฑ์ที่เหมาะสมกับปฏิบัติงานระดับตำบล หมู่บ้านและชุมชน	4.08±1.07	4.22±1.05
9. คุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารเสพติดที่ดำเนินการในปีที่ผ่านมาถือว่าเป็นระบบที่ดี	3.97±1.05	4.11±1.04
10. ปัจจัยโดยรวมแล้วมีการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน	3.91±1.10	4.07±1.10
<b>ด้านกระบวนการ</b>		
11. มีการจัดทำข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารเสพติดในพื้นที่	4.05±1.09	4.19±1.08
12. ได้รับการอบรม/ประชุมการพัฒนาทักษะการคัดกรอง ค้นหาและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน	3.97±1.17	4.12±1.16
13. ได้รับการอบรมอาสาสมัครด้านจิตเวช ให้สามารถค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ คัดกรอง และเฝ้าระวังในผู้ป่วยรายเก่า	3.88±1.15	4.03±1.15
14. ได้รับการประชุมชี้แจงแนวทางการติดตามเยี่ยมและติดตามให้ไปรับการรักษาต่อเนื่อง ตามนัด และแนวทางให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชนตามความจำเป็น	3.99±1.07	4.15±1.06
15. ทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัวออกเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่พบปัญหาซับซ้อน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ และให้คำแนะนำญาติ	4.09±1.06	4.25±1.03

ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโดยรวมหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นจาก 60.26±13.53 เป็น 62.47±13.64 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-3.947$ ,  $p<0.001$ ) มากที่สุดคือมีส่วนร่วมในกระบวนการ ( $t=-3.726$ ,  $p<0.001$ ) รองลงมาคือ มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ ( $t=-3.635$ ,  $p<0.001$ ) และน้อยที่สุดคือมีส่วนร่วมด้านปัจจัยนำเข้า ( $t=-3.592$ ,  $p<0.001$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** การมีส่วนร่วมของเครือข่ายโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=129)

การมีส่วนร่วม	ก่อน	หลัง	T	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์	20.19±4.51	20.92±4.52	-3.635	<0.001*
มีส่วนร่วมด้านปัจจัยนำเข้า	20.08±4.87	20.81±4.81	-3.592	<0.001*
มีส่วนร่วมในกระบวนการ	19.99±4.88	20.74±4.92	-3.726	<0.001*
เฉลี่ย	60.26±13.53	62.47±13.64	-3.947	<0.001*

\*p<0.05, Paired t-test

**การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่ายหลังพัฒนาเพิ่มขึ้น** มากที่สุดคือได้เข้าร่วมในการประชุม ประชาคมหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอในการดูแลผู้ใช้สารเสพติด จาก 3.95±1.11เป็น 4.11±1.11รองลงมาคือตรวจสอบข้อเท็จจริงเมื่อได้รับแจ้งข่าว หรือพบบุคคลมีภาวะอันตรายจาก 3.91±0.95เป็น 4.07±0.95และน้อยที่สุดคือเข้าไปในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ เพื่อนำบุคคล ซึ่งมีพฤติกรรมอันตรายมาตรวจ 22 ไปรับการบำบัดรักษา จาก 3.40±1.44 เป็น 3.56±1.50ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่ายระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา รายข้อ (n=129)

การมีส่วนร่วม	ก่อน	หลัง
	Mean±SD	Mean±SD
<b>บทบาทการแก้ปัญหาผู้ใช้สารเสพติด</b>		
1. มีส่วนร่วมเป็นกรรมการเครือข่ายดูแลผู้ใช้สารเสพติดและมีการประสานงานการดูแลผู้ใช้สารเสพติด	3.66±1.17	3.81±1.21
2.มีส่วนร่วมได้รับแต่งตั้งเป็นกรรมการในกิจกรรมการดูแลผู้ใช้สารเสพติดของรพสต./อบต.	3.75±1.19	3.89±1.22
3.ได้เข้าร่วมในการประชุมประชาคมหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอในการดูแลผู้ใช้สารเสพติด	3.95±1.11	4.11±1.11
4.มีส่วนร่วมในการประสานงานความร่วมมือกับสมาชิกสภา อบต. เพื่อเสนอความต้องการของชุมชนในด้านการดูแลผู้ใช้สารเสพติด	3.64±1.20	3.78±1.23
5.ได้เข้าร่วมกำหนดแนวทางหรือมาตรการชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ใช้สารเสพติด	3.80±1.16	3.95±1.17
<b>บทบาทร่วมกับแกนนำและฝ่ายปกครอง</b>		
1. ฝั่ระวังอาการของความผิดปกติทางจิตของผู้ใช้สารเสพติด	3.67±1.25	3.83±1.28
2. สร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ชุมชน	3.91±1.01	4.06±1.02
3. เป็นแกนนำประชาสัมพันธ์การดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน	3.71±1.18	3.86±1.21
4. สังเกตอาการผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตของผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน	3.87±1.12	4.02±1.12
5.ตรวจสอบข้อเท็จจริงเมื่อได้รับแจ้งข่าว หรือพบบุคคลมีภาวะอันตราย	3.91±0.95	4.07±0.95
6.นำตัวบุคคลมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาทางจิตเวช ไปยังโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า	3.61±1.30	3.77±1.33
7.กรณีบุคคลนั้นขัดขวางหรือหลบหนี ให้ใช้วิธีเท่าที่เหมาะสมและจำเป็นแก่พฤติกรรม	3.69±1.32	3.84±1.34
<b>บทบาทร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ท้องถิ่นและ อสม.</b>		
1.เข้าไปในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ เพื่อนำบุคคล ซึ่งมีพฤติกรรมอันตราย มาตรวจ 22 ไปรับการบำบัดรักษา	3.40±1.44	3.56±1.50
2.ซักถามบุคคลใด ๆ เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วยทางจิต	3.76±1.17	3.91±1.19
3.มีหนังสือสอบถามหรือเรียกบุคคลใด ๆ มาเพื่อให้ถ้อยคำเพื่อตรวจสอบ	3.50±1.27	3.65±1.32

**ตารางที่ 6** การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่ายระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา รายชื่อ (n=129) (ต่อ)

การมีส่วนร่วม	ก่อน	หลัง
	Mean±SD	Mean±SD
<b>บทบาทการติดตามและประเมินผล</b>		
1.ร่วมประชุมเพื่อกำหนดเกณฑ์ การประเมินผลกิจกรรมการดูแลผู้ใช้สารเสพติด	3.77±1.09	3.92±1.11
2.มีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ติดตามการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน	3.83±1.20	3.98±1.20
3.อบต.ได้ประสานงานขอความร่วมมือจากชุมชนเพื่อช่วยงานการดูแลผู้ใช้สารเสพติด	3.68±1.11	3.82±1.14
4.มีส่วนร่วมเป็นกรรมการหรือเป็นคณะบุคคลออกเยี่ยมเยียนวยาการดูแลผู้ใช้สารเสพติด	3.48±1.26	3.64±1.31
5.ได้รับทราบข้อมูลผลสำเร็จของการดูแลผู้ใช้สารเสพติด	3.72±1.11	3.88±1.13

**ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่ายหลังพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ** ( $t=-4.055$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) มากที่สุดคือด้านบทบาทการติดตามและประเมินผล( $t=-4.287$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) รองลงมาคือบทบาทร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ท้องถิ่นและ อสม. ( $t=-3.875$ ,  $p < 0.001$ ) และน้อยที่สุดคือบทบาทร่วมกับแกนนำและฝ่ายปกครอง( $t=-3.279$ ,  $p < 0.001$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** การมีส่วนร่วมตามบทบาทโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=129)

การมีส่วนร่วม	ก่อน	หลัง	T	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
บทบาทการแก้ปัญหาผู้ใช้สารเสพติด	18.80±5.24	19.54±5.39	-3.486	0.001*
บทบาทร่วมกับแกนนำและฝ่ายปกครอง	26.38±6.96	27.46±7.12	-3.279	0.001*
บทบาทร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ท้องถิ่นและ อสม.	10.66±3.45	11.12±3.68	-3.875	<0.001*
บทบาทการติดตามและประเมินผล	18.48±4.92	19.23±5.23	-4.287	<0.001*
<b>เฉลี่ย</b>	<b>74.32±19.41</b>	<b>77.35±20.55</b>	<b>-4.055</b>	<b>&lt;0.001*</b>

\* $p < 0.05$ , Paired t-test

**ผลการดูแลบำบัดกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดพบว่าผู้ใช้สารเสพติดโดยรวมมีอาการทรงตัว ร้อยละ 100.0** มากที่สุดคือมีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่งร้อยละ 100.0 รองลงมาคือมีผู้ดูแลหลักเป็นคนในครอบครัวมีศักยภาพในการดูแล ร้อยละ 81.0 และน้อยที่สุดคือกินยาครบทุกวัน ตามที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 34.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** อาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารเสพติดหลังพัฒนา จำแนกรายชื่อ (n= 84)

อาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการทางจิตกำเริบ		
(1) รู้เรื่อง ไม่มีอาการกำเริบ ดำรงชีวิตในชุมชนได้	45	53.6
(2) มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม มีอย่างน้อย 10 วันใน 1 เดือน	39	46.4
2. การกินยา		
(1) กินยาครบทุกวัน ตามที่แพทย์สั่ง	29	34.5
(2) กินยาบางเวลา แต่ไม่ครบตามคำสั่งแพทย์	55	65.5
3. ผู้ดูแล/ญาติ		
(1) มีผู้ดูแลหลัก เป็นคนในครอบครัว มีศักยภาพในการดูแล	68	81.0
(2) มีผู้ดูแลเป็นคนนอกครอบครัว	16	19.0

**ตารางที่ 8** อาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารเสพติดหลังพัฒนา จำแนกรายข้อ (n= 84)

อาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
4. ด้านการกิจวัตรประจำวัน		
(1) สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง	49	58.3
(2) สามารถทำได้แต่ต้องกระตุ้น/ช่วยเหลือบ้าง	35	41.7
5. ด้านการประกอบอาชีพ		
(1) มีรายได้จากอาชีพหรือช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้	45	53.6
(2) สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ แต่ต้องมีคนกระตุ้น	35	41.7
(3) ไม่สามารถช่วยครอบครัวประกอบอาชีพได้	4	4.8
6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว		
(1) ครอบครัวมีการชมเชย ให้กำลังใจ มองผู้ป่วยในด้านบวกเป็นส่วนใหญ่	37	44.0
(2) ครอบครัวมีการชมเชยบ้าง แต่ยังพบมีการตำหนิ ดุด่าบางครั้ง/ไม่พูดคุย	47	56.0
7. ด้านมีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง	84	100.0
8. ด้านการสื่อสาร/การแสดงพฤติกรรม		
(1) สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ พฤติกรรมการแสดงออกเหมาะสม	33	39.3
(2) สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว/พฤติกรรมเหมาะสม	51	60.7
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น		
(1) บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้	64	76.2
(2) สอนซ้ำๆ หลายครั้งจึงสามารถทำตามได้	20	23.8
10. การจำแนกผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ		
(2) ผู้ป่วยกลุ่มสีส้ม หมายถึง เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย	12	14.3
(3) ผู้ป่วยกลุ่มสีเหลือง หมายถึง เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วม แต่ในระยะสงบ	47	56.0
(4) ผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว หมายถึง เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่มีอาการทางจิตเวชร่วม	25	29.8
รวมคะแนน 30 คะแนน		
11-20 คะแนน มีอาการทรงตัว	84	100.0

ค่าเฉลี่ยความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ใช้สารเสพติดรายด้านมากที่สุดคือด้าน ทักษะการดูแลตนเอง(Mean 31.15, SD 5.21)รองลงมาคือด้านทักษะทางสังคม(Mean 28.90, SD 4.65)และน้อยที่สุดคือด้านทักษะการพักผ่อน (Mean 26.85, SD 3.83)ตามลำดับ ดังตารางที่ 9

**ตารางที่ 9** ค่าเฉลี่ยความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ใช้สารเสพติดโดยรวมและรายด้าน(n=129)

ความสามารถ	Mean	SD
ทักษะการดูแลตนเอง	31.15	5.21
ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน	28.85	4.62
ทักษะทางสังคม	28.90	4.65
ทักษะการทำงาน	27.66	4.35
ทักษะการพักผ่อน	26.85	3.83
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	28.80	3.98
เฉลี่ย	172.25	22.98

## สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

**1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติด** กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแบบ PAOR ได้แก่ วางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Act) สังเกต (Observation) และสะท้อนผล (Reflection) สภาพปัญหาพบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดยาเสพติดตำบลนาแค ระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2566 มีจำนวน 30 คน, 12 คน และ 42 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ผลของการพัฒนาเครือข่าย ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) การตั้งกลุ่มเครือข่ายและกำหนดบทบาทหน้าที่ 2) กระบวนการร่วมคิดร่วมทำ กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา 3) การบริการสุขภาพผู้ใช้สารเสพติด 4) การเสริมแรงทางบวก 5) การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวในการเฝ้าระวังความเสี่ยงอาการกำเริบของผู้ป่วย ผลของการจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่าย พบว่า เครือข่ายมีระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมบ้านในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน พี่ดูแลน้อง หาหลักปลอบใจ ให้กำลังใจดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตกันและกัน และเครือข่ายชุมชนช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชชุมชนอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ เกิดสังข์ และคณะ<sup>17</sup> การศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมและความเสี่ยงต่อการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า มี 3 แนวทางที่สำคัญ ได้แก่ (1) การคืนข้อมูลด้านสุขภาพแก่ชุมชน (2) การสนับสนุนความรู้และการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้สารเสพติดด้วยกิจกรรมตามบริบทวิถีเดิมอย่างสม่ำเสมอ และ (3) การบูรณาการการทำงานทุกภาคส่วน และการศึกษาการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู บูรณาการดำเนินงานร่วมกับโครงการทูปีนัมเบอร์วัน ประเด็นที่ควรใช้เป็นรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) การจัดบริการเชิงรุก (2) การมีส่วนร่วมของสถานประกอบการ (3) โปรแกรมบำบัดฟื้นฟู<sup>18</sup>

**2. ผลการพัฒนาเครือข่าย** พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชสารเสพติด พบว่า หลังพัฒนามีระดับความรู้เพิ่มขึ้น มากที่สุดคือบทบาทพนักงานฝ่ายปกครอง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ คือ ตรวจสอบข้อเท็จจริงเมื่อได้รับแจ้งข่าว หรือพบบุคคลมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาทางจิตเวช รองลงมาคือการบริการสุขภาพผู้ใช้สารเสพติด มีทีมในการดูแล โดยการประสานงาน/ทีม ตำรวจ (บำรุงทุกข์ บำรุงสุข) ชุมชนและครอบครัว และหลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมโดยรวมเพิ่มขึ้น และการมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่ายหลังพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก การพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติด พบว่า เครือข่ายมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นหาทางช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ใช้สารเสพติดครบวงจรและต่อเนื่อง อธิบายได้ว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดและผู้ดูแลในครอบครัว มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน จึงทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้ารับการบำบัดทุกรายได้รับการรักษา ไม่กลับไปเสพซ้ำและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับดีเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ฤทธิ์ศรี และคณะ<sup>19</sup> การศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง พบว่า การนำปัญหาพัฒนาตามแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้ารับการบำบัด ทุกรายได้รับการรักษา ไม่กลับไปเสพซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาที่พบว่า ศักยภาพของระบบการช่วยเหลือและรับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ติดสารเสพติด แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงบวกของมาตรการต่างๆ รวมถึงประชากรที่ใช้สารเสพติดลดลงและอัตราการกำเริบของผู้ติดสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับผลการรักษาที่ดีขึ้นและการได้รับสนับสนุนทางสังคม<sup>20</sup>

**3. ผลการดูแลบำบัดกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด** พบว่า คุณลักษณะอาการของผู้ใช้สารเสพติด หลังพัฒนาเครือข่าย ผู้ใช้สารเสพติดโดยรวมมีอาการทรงตัว ร้อยละ 100.0 ทั้งนี้เนื่องจาก ความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติด โดยเครือข่ายในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดและมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงอาการกำเริบรุนแรงของผู้ป่วยโดยให้ความรู้แก่ผู้ดูแล จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรงตัวและส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อธิบายได้ว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดและผู้ดูแลในครอบครัว มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน จึงทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับดีเพิ่มขึ้น

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัศมี ชุตินิมา<sup>21</sup> การศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนามีทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของผู้ดูแล เพิ่มขึ้นคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขของญาติเพิ่มขึ้น การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาที่พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการควบคุมความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมแบบบูรณาการร่วมกับครอบครัว ผู้ใช้สารเสพติดที่พบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดและปัญหาสุขภาพจิต แนวปฏิบัติการควบคุมความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมกัน เน้นการมีสัมพันธภาพในครอบครัว ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของผู้ป่วย และมีการดำเนินการบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ<sup>22</sup>

**ข้อสรุปการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) นี้ ทำให้ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้ารับการบำบัดทุกรายได้รับการรักษา ไม่กลับไปเสพซ้ำและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับดีเพิ่มขึ้น**

### **ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์**

1. ด้านการบริหารจัดการ ผลของการพัฒนากระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ใน 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การตั้งกลุ่มเครือข่ายและกำหนดบทบาทหน้าที่ 2) กระบวนการร่วมคิดร่วมทำ 3) การบริการสุขภาพผู้ป่วย 4) การเสริมแรงทางบวก และ 5) การเฝ้าระวังความเสี่ยงอาการกำเริบรุนแรงของผู้ป่วยโดยให้ความรู้แก่ผู้ดูแล หน่วยงานบริการสุขภาพ ควรใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยผลลัพธ์การจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดไปใช้ในการติดตามเยี่ยมบ้าน และเครือข่าย เป็นกระบอกเสียงและหาทางช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง

2. เครือข่ายแกนนำในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน แกนนำกลุ่มหรืออาสาสมัคร เป็นผู้มีส่วนร่วมที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจิตเวชสารเสพติดในชุมชน ดังนั้นจึงควรมีการเสริมสร้างศักยภาพของผู้มีบทบาทและตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ด้วยการจัดอบรมจากการวิจัยผลลัพธ์การจัดกิจกรรมกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) อย่างครบวงจรและต่อเนื่อง

### **ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป**

ควรศึกษากระบวนการในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและได้รับประโยชน์มากที่สุด เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล

### **เอกสารอ้างอิง**

1. อลงกต ประสานศรี, พรทิพย์ จอมพุก, นนทิยา หอมขำ. สุขภาพจิตของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในระบบ บังคับบำบัด. วารสารสาธารณสุขไทย 2563; 50(2): 211-25.
2. วีระวัต อุดรอนันท์, นันทา ชัยพิชิตพันธ์. บรรณาธิการ. การบำบัดฟื้นฟูโดยมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ติดยาเสพติด. แนวทางการดำเนินงานและแนวปฏิบัติที่ดี. นนทบุรี : เดอะกราฟิก ชิสเต็มส์, 2562.
3. ัญญาพร สายโน, บัณญา ลิ้มปิที่ปราก, อรุณ บุญสร้าง, ปณิตตา สุขุมาลัย, พลากร สืบสำราญ. ผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดประยุกต์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และการสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2564; 4(2): 78-88.

4. ศิริลักษณ์ ปัญญา, เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, นภาพันท์ ขาปลิก, สุกัญญา กาญจนบัตร, จริยา มงคลสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตสังคมและปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการกลับมาเสพยาซ้ำของผู้กลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำในผู้รับการบำบัดยาเสพติด. วารสารการพยาบาล 2564; 48(2): 273-82.
5. พูนพัฒน์ กมลวุฒิมงคล. การกระทำผิดทางอาญาของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารอาญาวิทยาและนิติวิทยาศาสตร์ 2565; 8(1): 150-8.
6. สรรคเพชร หอมสมบัติ, อาทิตย์ เล่าสู่อังกูร. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเครือข่ายลุ่มแม่น้ำโขง จังหวัดเลย. วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร 2565; 38(1): 147-52.
7. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ด้านการ บำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดประจำปีงบประมาณ 2564-2566. นนทบุรี : ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2564.
8. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ประจำปีงบประมาณ 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/report>
9. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
10. ปรีดี นุกุลสมปรารถนา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก [www.qualtrics.com](http://www.qualtrics.com)
11. กายสิทธิ์ แก้วยาศรี. การพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวังคัดกรองและดูแลผู้ป่วย จิตเวชในชุมชน จังหวัดเลย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(2): 328-42.
12. Bloom BS. Hand Book on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw Hill, 1997.
13. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son, 1967.
14. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall Inc, 1970.
15. โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนรินทร์. คู่มือการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนสำหรับเครือข่าย. โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนรินทร์ จังหวัดสงขลา [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 27 กรกฎาคม 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://www.skph.go.th/elibrary/index.php>
16. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. วิทโธเรียอิมเมจ, 2560.
17. อุไรวรรณ เกิดสังข์, อังศินันท์ อินทรกำแหง, นริสรา พิงโพธิ์สภ, อีระยุทธ เกิดสังข์. ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมมีส่วนร่วม และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต 2565; 36(2): 1-21.
18. สุณี อารณ. การพัฒนารูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในสถานประกอบการ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2563; 1(2): 79-86.
19. นิตยา ฤทธิ์ศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, ศุภลักษณ์ จันทาญ. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งอำเภอเมืองมหาสารคามจังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564; 19(2): 50-63.



20. Eddie D, Hoffman L, Vilsaint C. Lived Experience in New Models of Care for Substance Use Disorder a Systematic Review of Peer Recovery Support Services and Recovery Coaching. *Frontiers in Psychology* 2019; 10. [Internet]. [Cited 2023 May 26]. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles>
21. รัศมี ชุตินิมา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565; 16(3): 851-67.
22. Heward-Belle SL, Kertesz M, Humphreys C, Tsantefski M, Isobe J. Participatory practice guideline development at the intersections of domestic and family violence, mental distress and/or parental substance use. *Advances in Dual Diagnosis* 2022; 15(1): 51-65. doi10.1108/ADD-12-2021-0017