

# ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

ภูธร แวศรี ส.บ.\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 71 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามดังนี้ ความรู้ KR20= 0.95 การมีส่วนร่วมของเครือข่าย alpha = 0.89 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน , สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Wilcoxon signed ranks test

**ผลการศึกษา** พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) พัฒนาเครือข่าย 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 4) การเสริมแรงทางบวกการทำงานเป็นทีม และ 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ผลการพัฒนาเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -3.442, p = 0.001$ ) หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.396, p = 0.019$ ) และมีส่วนร่วมตามบทบาทโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.608, p = 0.011$ ) การมีส่วนร่วมมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล ( $p = 0.011$ ) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดแบบครบวงจร ( $p = 0.012$ ) มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ( $p = 0.034$ )

**ข้อเสนอแนะ** หลังพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จะทำให้เครือข่ายมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น มีระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชนและมีการติดตามเยี่ยมบ้านแบบครบวงจร

**คำสำคัญ:** การพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

\* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

# Effect of development of psychiatric drug care system with network participation in Ban Daeng Subdistrict Health Promoting Hospital Phibunrak District Udon Thani Province

Phutorn Vaewsri, B.P.H.\*

## Abstract:

This action research aimed to evaluate the results of developing a system for caring for psychiatric substance abuse patients through the participation of the network. Ban Daeng Subdistrict Health Promoting Hospital Phibunrak District Udon Thani Province. Between September and November 2024, the sample group was 71 community mental health network. Research tool was questionnaire as follows: Knowledge KR20= 0.95 Network participation alpha = 0.89. Data analysis using descriptive statistics frequency , percentage, mean, standard deviation , Inferential statistics using Paired t-test and Wilcoxon Signed Ranks Test

**Results:** showed that developing system for caring for psychiatric drug patients with the participation of the network consists of 5 main activities: 1) defining network roles, 2) developing the network, 3) developing health service system, 4) positively reinforcing work as team and 5) develop caregiver potential. Results of network development revealed that after developing the network, there was an overall increase in knowledge about psychiatric and drug comorbidities statistically significant ( $Z = -3.442$ ,  $p = 0.001$ ). After developing the network, there was statistically significant increase in overall participation at a high level ( $t = -2.396$ ,  $p = 0.019$ ) and statistically significant increase in overall role participation ( $t = -2.608$ ,  $p = 0.011$ ). The most participation is Participation in monitoring and evaluation ( $p = 0.011$ ), followed by participation in the comprehensive psychiatric drug patient service system ( $p = 0.012$ ), least increase in participation. Participation in finding problems in psychiatric patients ( $p = 0.034$ ).

**Suggestions:** After developing the community mental health network would increase network participation. There was system for caring for and promoting the health of patients in the community and comprehensive home follow-up.

**Keyword:** Development System, Psychiatric Drug Patients Care, Network Participation

---

\* Ban Daeng Subdistrict Health Promoting Hospital, Phibunrak District, Udon Thani Province

## บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิตประชากร สิ่งแวดล้อม มลภาวะ เศรษฐกิจในปัจจุบันและปัจจัยอื่น ๆ เช่น ค่านิยม ความเชื่อ โครงสร้างครอบครัวอ่อนแอ เด็กถูกทอดทิ้ง เด็กและสตรีถูกทารุณกรรม เป็นต้น ได้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย และมีแนวโน้มสูงขึ้น กลุ่มโรคจิต โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า และความผิดปกติจากพฤติกรรมเสพติด มีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร<sup>1</sup> ซึ่งการจัดอันดับประเทศที่มีความสุขที่สุดในโลก สำหรับปี พ.ศ. 2566 ประเทศฟินแลนด์ ครองอันดับ 1 ประเทศที่มีความสุขมากที่สุดต่อเนื่องกว่า 6 ปีซ้อน ได้คะแนนสูงสุดอยู่ที่ 7.804 เต็ม 10 ตามมาด้วย อันดับที่ 2 เดนมาร์ก อันดับที่ 3 ไอร์แลนด์ สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศสิงคโปร์ได้อันดับดีที่สุดอยู่ที่อันดับ 25 ของโลก ด้วยคะแนน 6.587 คะแนน ขณะที่ประเทศไทย ขยับอันดับขึ้นจากเดิมที่อยู่ในอันดับที่ 61 ในปีที่แล้ว เป็นอันดับที่ 60 ของการจัดอันดับประเทศที่มีความสุขที่สุดในโลก<sup>2</sup>

สถิติของผู้ป่วยสารเสพติดในประเทศไทย จากรายงานตามแบบบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2565 พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัด ทั้งหมด 120,915 คน โดยแบ่งเป็นชาย จำนวน 106,709 คน และ หญิง จำนวน 14,206 คน โดยมีรายละเอียดตามแบบบำบัดรักษาดังนี้ จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด 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 จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด 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 ผีน 2,803 คน และยาเสพติดชนิดอื่น ๆ จำนวน 3,930 คน การจำแนกผู้ป่วย พบว่า มีผู้ใช้ จำนวน 8,359 คน ผู้เสพ จำนวน 76,061 คน และผู้ติด จำนวน 36,459 คน ลักษณะการเข้ารับการบำบัด ได้แก่ ระบบสมัครใจ จำนวน 86,255 คน ระบบบังคับ จำนวน 1,638 คน และระบบต้องโทษ จำนวน 23,871 คน<sup>3</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ในเขตรับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน ที่รับการบำบัด ปี พ.ศ.2565 จำนวน 8 คน ปี พ.ศ.2566 จำนวน 37 คน ปี พ.ศ.2567 จำนวน 26 คน ปัจจุบันมีผู้ป่วยสะสม จำนวน 71 คน ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง จึงได้วางแผนแนวทางการขับเคลื่อนโดยยึดหลัก 4 ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของประชากร และยุทธศาสตร์ที่สำคัญคือ การสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประเด็นมุ่งเน้น การพัฒนาความเข้มแข็งของ พชอ.ให้มีส่วนร่วมและมีความเป็นเจ้าของทุกภาคส่วน นำสู่การแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืน ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่2) พ.ศ.2562 มุ่งเน้นให้ประชาชนและบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการคุ้มครองสิทธิและเข้าสู่กระบวนการ ดูแล 5 มิติ<sup>4</sup> โดยจัดทำแผนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ต่อเนื่องที่บ้าน การทบทวนสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดวิกฤติฉุกเฉิน รุนแรง (conference case) และการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

ดังนั้น การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ โดยมีการ

ดำเนินการบูรณาการหน่วยงานในพื้นที่ เริ่มตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2565 โดยจัดอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชในชุมชนแบบยั่งยืน ประกอบด้วย ผู้บริหาร อปท. ตำรวจในชุมชน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งทำงานแยกส่วนของแต่ละหน่วยงาน ขาดการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกัน ทำให้การแก้ไขปัญหาผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนยังไม่เป็นระบบ ดังนั้นถ้ามีการบริหารจัดการระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ให้มีระบบรวมถึงระบบการติดตามเยี่ยมบ้านและเครือข่าย เป็นกระบอกเสียง และหาทางช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างครบวงจรโดยการมีส่วนร่วม จะทำให้ผู้ดูแลมีการจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การดูแลความปลอดภัย และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ดีเพิ่มขึ้น จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาเรื่อง ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายของเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อประเมินผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

### วิธีการวิจัย

รูปแบบ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2567

ประชากรศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. กลุ่มเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด จำนวน 71 คน ที่เป็นตัวแทนที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ในกลุ่มเครือข่าย ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ อปท. ตำรวจหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน<sup>5</sup>
2. มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. สามารถเข้าร่วมกระบวนการได้ตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ที่ให้ข้อมูลไม่ครบ หรือไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา หรือขอออกจากกระบวนการก่อนจบสิ้นงานวิจัย

### กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรต้น

1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) สังเกต (Observe) และ สะท้อนผล (Reflection)

2. กิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วม 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การตั้งกลุ่มเครือข่าย 2) การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 4) การเสริมแรงทางบวกการทำงานเป็นทีม 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล

ตัวแปรตาม คือ การประเมินผลการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด สถานการณ์และการพัฒนาเครือข่าย และการมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. **เครื่องมือดำเนินการวิจัย** คือ คู่มือกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ของโอเรียม<sup>6</sup> ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช การดูแลผู้ป่วยและความเป็นไปของโรคจิตเวช<sup>7</sup> และการสร้างการมีส่วนร่วมเครือข่าย<sup>8-9</sup> ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วม ที่พัฒนา ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) กำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่าย 2) การพัฒนาเครือข่าย 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 4) การเสริมแรงทางบวกการทำงานเป็นทีม 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล

2. **เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย** เป็นแบบสอบถามเครือข่าย ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวทางการศึกษาของ บารุง วงษ์นิมและ คณะ<sup>10</sup> แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด จำนวน 15 ข้อ ประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด การตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ไม่ได้คะแนน การแปลผลคะแนนเต็ม 15 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนแบ่งเป็นร้อยละ 3 ระดับ<sup>11</sup> คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 9 คะแนน) ระดับไม่ดี คะแนนร้อยละ 60-79 ( 9-12 คะแนน) ระดับพอใช้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (13 คะแนนขึ้นไป) ระดับดี

ส่วนที่ 2 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การพัฒนาเครือข่าย จำนวน 15 ข้อ ประกอบไปด้วย ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการ เป็นมาตรวัด 1-5<sup>12</sup> ดังนี้ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5= มากที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 75 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>13</sup> ดังนี้ คะแนน 15.0 – 24.67 ระดับต่ำ 24.68 – 49.33 ระดับปานกลาง 49.34 - 75.0 ระดับสูง

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย จำนวน 25 ข้อ ในส่วนนี้เป็นความคิดเห็นของเครือข่ายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชน การตอบเป็นมาตรวัด 1-5<sup>12</sup> ดังนี้ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5=เห็นด้วยมากที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 150 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>13</sup> ดังนี้

คะแนน 25.0 – 49.67 ระดับต่ำ 49.68-99.34 ระดับปานกลาง 99.35-150.0 ระดับสูง

### **วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายและผู้ดูแลในครอบครัวหรือญาติ ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและขอความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิอย่างละเอียด

2. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายให้ข้อมูลตามแบบสอบถามในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว โดยไม่กำหนดเวลาในการตอบแบบสอบถาม

3. เมื่อได้รับข้อมูลแบบสอบถามกลับ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาลงรหัส ควบคุมคุณภาพข้อมูล ทำการวิเคราะห์ประมวลผล

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. สถิติเชิงพรรณนา แสดงค่า ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

2. สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ของเครือข่าย แจกแจงแบบไม่ปกติ วิเคราะห์โดย Wilcoxon Signed Ranks Test ข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ วิเคราะห์โดย Paired t-test เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา คือ การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

**การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย** การวิจัยนี้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองหาน รหัสโครงการ NHREC00767 วันที่ 30 กันยายน 2567

## ผลการวิจัย

### 1. ผลของการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วม โดยจัดทำโครงการพัฒนา ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) การพัฒนาเครือข่าย 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 4) การเสริมแรงทางบวกการทำงานเป็นทีม และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ผลลัพธ์การพัฒนา เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี คือ เครือข่ายมีระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมบ้าน และเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยอย่างครบวงจร ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ปัญหาเดิม-กิจกรรมการพัฒนา-ผลลัพธ์การพัฒนา

ปัญหาเดิม	กิจกรรมการพัฒนา	ผลลัพธ์การพัฒนา
1. ขาดการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนแบบมีส่วนร่วม	- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วม	1. จัดทำโครงการพัฒนา
2. ยังไม่มีเครือข่ายและการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายที่ชัดเจน 3. ปัญหาด้านความรู้และทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด	- จัดกิจกรรมการพัฒนา 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) การพัฒนาเครือข่าย 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 4) การเสริมแรงทางบวกการทำงานเป็นทีม 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล	2. เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย 3. เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมจนครบ
4. ขาดการพัฒนาการติดตามประเมินผล	- จัดระบบการติดตามประเมินผู้ป่วยแบบครบวงจร	4. มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน

**ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดของเครือข่าย** พบว่า หลังอบรมเครือข่ายมีความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดเพิ่มขึ้นมากที่สุดร้อยละ 97.2 คือ ความหมายของโรคจิตเวช อาการของผู้ป่วยโรคจิตเวชและยารักษาโรคจิตเวช รองลงมาคือ ยารักษาโรคจิตเวชทำให้อาการหวาดระแวง ก้าวร้าว วุ่นวาย อียากรเดินไปเรื่อยเปื่อย ของผู้ป่วยลดน้อยลง ร้อยละ 93.0 และมีความรู้เพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ การหยุดสารเสพติดอย่างเดียวยังสามารถทำให้หายจากโรคจิตเวชได้ ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรครวมจิตเวชยาเสพติดของเครือข่าย จำแนกรายข้อตอบถูก เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังอบรม (n=71)

ความรู้	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคจิตเวช</b>				
1. โรคจิตเวช คือกลุ่มอาการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมานหรือมีความบกพร่องในกิจวัตรประจำวัน	67	94.4	69	97.2
2. อาการหลงผิด ระวัง คิดว่าจะมีคนอื่นมาทำร้าย คืออาการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด	66	93.0	69	97.2
3. หูแว่วโดยไม่เห็นตัวคนพูด เป็นอาการอย่างหนึ่งของโรคจิตเวช	66	93.0	69	97.2
4. เมื่อรักษาโรคทางจิตเวชจนหายแล้วจะไม่มีโอกาสกลับมาเป็นโรคจิตเวชซ้ำอีก	31	43.7	34	47.9
5. ยารักษาโรคจิตเวชไม่ได้ออกฤทธิ์แรงเหมือนยาแก้ปวด อาจจะใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนกว่าจะเห็นผล	67	94.4	69	97.2
<b>ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด</b>				
6. ผู้ป่วยโรครวมจิตเวชยาเสพติดคือผู้ป่วยที่ป่วยโรคจิตเวชและมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย	63	88.7	65	91.5
7. การเสพสารเสพติดในปริมาณน้อยอย่างต่อเนื่อง ไม่ทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเวช	32	45.1	36	50.7
8. การหยุดสารเสพติดอย่างเดียวสามารถทำให้หายจากโรคจิตเวชได้	14	19.7	17	23.9
9. สารเสพติดจะทำให้สารสื่อประสาทในสมองผิดปกติทำให้เกิดภาวะสมองติดยา	63	88.7	67	94.4
10. ผู้ใช้สารเสพติดมักมีอาการก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ขาดเหตุผลและทำทุกทางเพื่อให้ได้ใช้สารเสพติดมากขึ้น	63	88.7	65	91.5
<b>ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด</b>				
11. หากผู้ป่วยไม่ยอมนอนติดต่อกัน 3 วัน ญาติควรพาไปปรึกษาโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนไปโรงพยาบาลจิตเวช	62	87.3	64	90.1
12. หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบคนในชุมชนควรแจ้งผู้ป่วยไว้จนกว่าอาการจะทุเลาลงเอง	57	80.3	60	84.5
13. หากผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายจากโรคจิตเวชแล้วสามารถหยุดกินยาได้ด้วยตนเอง	50	70.4	55	77.5
14. ยารักษาโรคจิตเวชทำให้อาการหวาดระแวง ก้าวร้าว วุ่นวาย อยากเดินไปเรื่อยเปื่อย ของผู้ป่วยลดน้อยลง	62	87.3	66	93.0
15. คนในสังคมไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดได้ต้องรักษาด้วยยาจิตเวชเท่านั้น	55	77.5	60	84.5

**คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรครวมจิตเวชยาเสพติดของเครือข่าย พบว่า หลังอบรมมีคะแนนความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -3.442, p = 0.001$ ) ดังตารางที่ 3**

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรครวมจิตเวชยาเสพติดโดยรวมของเครือข่ายก่อนและหลังอบรม (n=71)

ความรู้	คะแนนเต็ม	มัธยฐาน	SD	Z	p-value
ก่อน	15	8.00	1.95	-3.442	0.001*
หลัง	15	9.00	2.21		

\* $p < 0.05$ , Wilcoxon Signed Ranks Test

**การมีส่วนร่วมในการพัฒนาของเครือข่าย** พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ มีการจัดทำข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในพื้นที่ จาก  $4.18 \pm 0.85$  เป็น  $4.28 \pm 0.79$  รองลงมาคือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอบรรเทาออกเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่พบปัญหาซับซ้อน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ และให้คำแนะนำญาติ จาก  $4.21 \pm 0.69$  เป็น  $4.27 \pm 0.65$  และเครือข่ายมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ ปัจจัยโดยรวมแล้วมีการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน จาก  $3.51 \pm 0.77$  เป็น  $3.58 \pm 0.78$  ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของเครือข่าย ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=71)

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาของเครือข่าย	ก่อน	หลัง
	Mean±SD	Mean±SD
<b>ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์</b>		
1. นโยบายมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด	4.07±0.90	4.14±0.86
2. แผนงานระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด ครอบคลุมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วยในพื้นที่	3.70±0.88	3.80±0.82
3. กิจกรรมตามระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด มีความสอดคล้องกับระยะเวลาดำเนินงานของปีงบประมาณ	3.72±0.74	3.77±0.74
4. มีการถ่ายทอดนโยบายแนวทางการดำเนินงาน ลงสู่ผู้ปฏิบัติถึงระดับครอบครัวและชุมชน	3.62±0.72	3.68±0.73
5. การแต่งตั้งเครือข่ายบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดมีความเหมาะสม	3.90±0.63	3.97±0.63
<b>ด้านปัจจัยนำเข้า</b>		
6. มีการสื่อสารและการถ่ายทอดแผนงาน/กิจกรรมระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ไปสู่ผู้ปฏิบัติงานได้ครอบคลุมและทั่วถึงตั้งแต่ระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้านและชุมชน	3.63±0.86	3.77±0.79
7. มีการบูรณาการแผนและกิจกรรมการทำงานบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด	3.85±0.99	4.01±0.80
8. เกณฑ์ในการประเมินระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด เป็นเกณฑ์ที่เหมาะสมกับปฏิบัติงานระดับตำบล หมู่บ้านและชุมชน	3.99±0.70	4.10±0.67
9. คุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ดำเนินการในปีที่ผ่านมาถือว่าเป็นระบบที่ดี	3.73±0.67	3.77±0.65
10. ปัจจัยโดยรวมแล้วมีการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน	3.51±0.77	3.58±0.78
<b>ด้านกระบวนการ</b>		
11. มีการจัดทำข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในพื้นที่	4.18±0.85	4.28±0.79
12. ได้รับการอบรม/ประชุมการพัฒนาทักษะการคัดกรอง ค้นหาและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน	3.82±0.86	3.97±0.73
13. ได้รับการอบรมอาสาสมัครด้านจิตเวช ให้สามารถค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ คัดกรอง และเฝ้าระวังในผู้ป่วยรายเก่า	3.93±0.79	4.00±0.79
14. ได้รับการประชุมชี้แจงแนวทางการติดตามเยี่ยมและติดตามให้ไปรับการรักษาต่อเนื่องตามนัด และแนวทางให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชนตามความจำเป็น	3.90±0.72	3.99±0.70
15. ทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอบรรเทาออกเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่พบปัญหาซับซ้อน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ และให้คำแนะนำญาติ	4.21±0.69	4.27±0.65



ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโดยรวมและรายด้าน พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.396$ ,  $p = 0.019$ ) มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ด้านปัจจัยนำเข้า ( $p = 0.013$ ) รองลงมาคือ การวิเคราะห์สถานการณ์ ( $p = 0.042$ ) และน้อยที่สุดคือด้านกระบวนการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.044$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย รายด้าน ก่อนและหลังพัฒนา ( $n=71$ )

การมีส่วนร่วม	ก่อน	หลัง	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์	19.01±3.13	19.37±2.92	-2.067	0.042*
ด้านปัจจัยนำเข้า	18.70±2.99	19.24±2.57	-2.557	0.013*
ด้านกระบวนการ	20.04±3.35	20.52±3.13	-2.048	0.044*
ค่าเฉลี่ยในภาพรวม	57.76±8.55	59.13±7.54	-2.396	0.019*

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

การมีส่วนร่วมตามบทบาทการดำเนินงานของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมตามบทบาทเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ตรวจสอบข้อเท็จจริงเมื่อได้รับแจ้งข่าว หรือพบบุคคลมีภาวะอันตราย จาก  $3.93 \pm 0.96$  เป็น  $4.08 \pm 0.78$  รองลงมาคือ นำตัวบุคคลมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาทางจิตเวช ไปยังโรงพยาบาล จาก  $3.86 \pm 1.00$  เป็น  $4.04 \pm 0.83$  และมีส่วนร่วมตามบทบาทเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ 21. ร่วมประชุมเพื่อกำหนดเกณฑ์ การประเมินผลกิจกรรมระบบการบริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด จาก  $3.24 \pm 0.96$  เป็น  $3.42 \pm 0.88$  ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมตามบทบาทการดำเนินงานของเครือข่าย ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา ( $n=71$ )

การมีส่วนร่วมตามบทบาทการดำเนินงาน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	Mean±SD	Mean±SD
<b>การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช</b>		
1. มีส่วนร่วมเป็นกรรมการเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนและมีการประสานงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด	3.51±0.93	3.62±0.91
2. ท่านมีส่วนร่วมได้รับแต่งตั้งเป็นกรรมการในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดของชุมชน	3.56±0.90	3.70±0.93
3. ท่านได้เข้าร่วมในการประชุมประชาคมหมู่บ้าน/ตำบลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด	3.69±1.10	3.80±1.06
4. ท่านมีส่วนร่วมในการประสานงานความร่วมมือกับสมาชิกสภา อบต. เพื่อเสนอความต้องการของชุมชนในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	3.54±1.08	3.72±1.01
5. ท่านได้เข้าร่วมกำหนดแนวทางหรือมาตรการชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด	3.54±0.95	3.61±0.97
<b>บทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน</b>		
6. สังเกตและเฝ้าระวังอาการของความผิดปกติทางจิต	3.75±0.82	3.83±0.81
7. สร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ชุมชน	3.86±0.93	3.99±0.83
8. เป็นแกนนำประชาสัมพันธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชน	3.76±1.03	3.96±0.85
9. สังเกตอาการผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในชุมชน	3.77±0.89	3.89±0.85

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมตามบทบาทการดำเนินงานของเครือข่าย ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา  
(ต่อ)

การมีส่วนร่วมตามบทบาทการดำเนินงาน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	Mean±SD	Mean±SD
<b>บทบาทพนักงานฝ่ายปกครอง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ</b>		
10. ตรวจสอบข้อเท็จจริงเมื่อได้รับแจ้งข่าว หรือพบบุคคลมีภาวะอันตราย	3.93±0.96	4.08±0.78
11. นำตัวบุคคลมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาทางจิตเวช ไปยังโรงพยาบาล	3.86±1.00	4.04±0.83
12. กรณีบุคคลนั้นขัดขวางหรือหลบหนี ให้ใช้วิธีเท่าที่เหมาะสมและจำเป็นแก่พฤติการณ์	3.76±0.91	3.86±0.81
<b>บทบาทร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ท้องถิ่น อปพร.และอสม.</b>		
13. เข้าไปในเคสสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ เพื่อนำบุคคล ซึ่งมีพฤติการณ์อันตราย มาตรา 22 ไปรับการบำบัดรักษา	3.49±0.96	3.62±0.90
14. ซักถามบุคคลใด ๆ เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยทางจิต	3.70±1.06	3.86±0.96
15. มีหนังสือสอบถามหรือเรียกบุคคลใด ๆ มาเพื่อให้ถ้อยคำ	3.62±1.07	3.72±1.00
<b>มีส่วนร่วมในระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดแบบครบวงจร</b>		
16. มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชระยะวิกฤติทั้งในชุมชนประสานการส่งต่อไปยัง รพ.สต. และการช่วยเหลือดูแลในชุมชนเมื่อกลับมารักษาที่บ้าน	3.69±0.91	3.82±0.81
17. มีส่วนร่วมในการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งต่อ มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและการนำส่งต่อ รพ.	3.65±0.83	3.73±0.84
18. มีส่วนร่วมในบริการฉุกเฉินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดจากชุมชน ประสานการส่งต่อไป รพ.สต.	3.49±0.92	3.58±0.85
19. มีส่วนร่วมในบริการฉุกเฉินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดจาก รพ.สต. ไปยังโรงพยาบาล	3.49±0.93	3.63±0.83
20. มีส่วนร่วมในประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มทักษะและประสบการณ์ในบริการฉุกเฉินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด	3.42±0.96	3.59±0.87
<b>มีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล</b>		
21. ได้เข้าร่วมประชุมเพื่อกำหนดเกณฑ์ การประเมินผลกิจกรรมระบบการบริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด	3.24±0.96	3.42±0.88
22. มีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ติดตามการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดในชุมชน	3.92±0.82	4.00±0.81
23. อบต.ได้ประสานงานขอความร่วมมือจากชุมชนในท้องถิ่นเพื่อช่วยงานกิจกรรมตามระบบการบริการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด	3.34±0.92	3.45±0.85
24. มีส่วนร่วมเป็นกรรมการหรือเป็นคณะบุคคลออกเยี่ยมเยียนยาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ยากจนที่มีสภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม	3.55±0.77	3.61±0.78
25. รับทราบข้อมูลผลสำเร็จของการดำเนินงานตามระบบการบริการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด	3.49±0.95	3.70±0.81

ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมตามบทบาทการดำเนินงานของเครือข่าย โดยรวมและรายด้าน พบว่าหลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมตามบทบาทโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.608, p = 0.011$ ) มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมตามบทบาทมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล ( $p = 0.011$ ) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดครบวงจร ( $p = 0.012$ ) มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ( $p = 0.034$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมตามบทบาทการดำเนินงานของเครือข่ายรายด้านและโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=71)

ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมตามบทบาท	ก่อน	หลัง	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช	17.83±4.20	18.45±4.15	-2.166	0.034*
บทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน	15.14±3.10	15.66±2.78	-2.478	0.016*
บทบาทพนักงานฝ่ายปกครอง	11.55±2.66	11.99±2.20	-2.501	0.015*
บทบาทพนักงานเจ้าหน้าที่ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ท้องถิ่นและอปพร.	10.82±2.86	11.20±2.61	-2.228	0.029*
การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดครบวงจร	17.75±3.69	18.35±3.21	-2.623	0.012*
การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล	17.54±3.67	18.18±3.34	-2.627	0.011*
<b>ค่าเฉลี่ย</b>	<b>90.62±17.03</b>	<b>93.83±14.50</b>	-2.608	0.011*

\*p< 0.05, Paired Samples t-test

### สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

**1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย** ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) พัฒนาเครือข่าย 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 4) การเสริมแรงทางบวกการทำงานเป็นทีม และ 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ผลการพัฒนาเครือข่าย ผลการพัฒนาเครือข่าย พบว่า การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ ทำให้เครือข่ายมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น มีระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชนและมีการติดตามเยี่ยมบ้านแบบครบวงจร ทั้งนี้เนื่องจาก เครือข่ายมีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมบ้าน จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดสามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันในระดับดีเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ เกิดสังข์ และคณะ<sup>14</sup> การศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมและความเสี่ยงต่อการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวช พบว่ามี 3 แนวทางที่สำคัญ ได้แก่ (1) การคืนข้อมูลด้านสุขภาพแก่ชุมชน (2) การสนับสนุนความรู้และการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้วยกิจกรรมตามบริบทวิถีเดิมอย่างสม่ำเสมอ และ (3) การบูรณาการการทำงานทุกภาคส่วนและการศึกษาของ บำรุง วงษ์นิม และคณะ<sup>10</sup> ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ตัวแบบอุดรธานี พบว่า กระบวนการพัฒนามี 5 กิจกรรม คือ 1) การตั้งกลุ่มเครือข่าย 2) การร่วมคิดร่วมทำ 3) การบริการสุขภาพ 4) การเสริมแรงทางบวก 5) การเฝ้าระวังความเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ฤทธิ์ศรี และคณะ<sup>15</sup> การศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง พบว่า การนำปัญหามาพัฒนาตามแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็งร่วมกับกระบวนการบำบัดในชุมชนและมาตรการของชุมชนบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัด ทุกรายได้รับการรักษา ไม่กลับไปเสพซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาที่พบว่า ศักยภาพของระบบการช่วยเหลือและรับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงบวกของมาตรการต่างๆ รวมถึงประชากรที่ใช้สารเสพติดลดลงและอัตราการกำเริบของผู้ติดยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับผลการรักษาที่ดีขึ้นและการได้รับสนับสนุนทางสังคม<sup>16</sup>

**2. ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดของเครือข่าย** พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดของเครือข่าย พบว่า หลังอบรมเครือข่ายมีความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดเพิ่มขึ้นมากที่สุด

ร้อยละ 97.2 คือ ความหมายของโรคจิตเวช อาการของผู้ป่วยโรคจิตเวชและยารักษาโรคจิตเวช รองลงมาคือ ยารักษาโรคจิตเวชทำให้มีอาการหวาดระแวง ก้าวร้าว วุ่นวาย อายากเดินไปเรื่อยเปื่อย ของผู้ป่วยลดน้อยลง และมีความรู้เพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ การหยุดสารเสพติดอย่างเดียวสามารถทำให้หายจากโรคจิตเวชได้ ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) พัฒนาเครือข่าย 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 4) การเสริมแรงทางบวกการทำงานเป็นทีม และ 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลังอบรมจึงทำให้เครือข่ายมีคะแนนความรู้โดยรวมระดับดีเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมความรู้ในผู้ป่วยและการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบว่า ความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วย และการออกกำลังกายมีผลทางประสาทการรับรู้ในโรคจิตเภท มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในเชิงบวก<sup>17</sup>

**3. การมีส่วนร่วมของเครือข่าย** พบว่าหลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมโดยรวมในระดับสูงเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ด้านปัจจัยนำเข้า รองลงมาคือ การวิเคราะห์สถานการณ์ และด้านกระบวนการ การมีส่วนร่วมตามบทบาทการดำเนินงานของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมตามบทบาทเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ตรวจสอบข้อเท็จจริงเมื่อได้รับแจ้งข่าว หรือพบบุคคลมีภาวะอันตราย รองลงมาคือ นำตัวบุคคลมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาทางจิตเวช ไปยังโรงพยาบาล และมีส่วนร่วมประเมินผล ทั้งนี้เนื่องจาก หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมตามบทบาทโดยรวมเพิ่มขึ้น จากการจัดกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) กำหนดบทบาทเครือข่าย 2) พัฒนาเครือข่าย 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 4) การเสริมแรงทางบวกการทำงานเป็นทีม และ 5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัศมี ชุตินิมา<sup>18</sup> การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพิ่มขึ้น การศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำและผู้ดูแลมี 7 ประเด็นดังนี้ การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การใช้เวลาว่าง การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านร่างกายและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา<sup>19</sup> และการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการควบคุมความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการควบคุมความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดและปัญหาสุขภาพจิต แนวปฏิบัติการเน้นการมีสัมพันธภาพในครอบครัวและการเป็นมิตรที่ดีกับผู้ป่วย โดยบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ แสดงให้เห็นว่าเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย<sup>20</sup>

**ข้อสรุป** หลังพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ทำให้เครือข่ายมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น มีระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชนและมีการติดตามเยี่ยมบ้านแบบครบวงจร

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร ครั้งนี้ ทำให้เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับดีเพิ่มขึ้น ดังนั้น ควรมีการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ควบคู่กับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

2. จากการเป็นหน่วยงานด้านบริการรักษาพยาบาล เป็นบริการในเชิงรุกควรเน้นการนำองค์ความรู้และการปฏิบัติจากผลลัพธ์การจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยการ

มีส่วนร่วมของเครือข่าย พร้อมทั้งเสริมสร้างทัศนคติที่ดีแก่ประชาชนในชุมชนเพื่อให้เกิดภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดเชื่อมโยงกันไปตั้งแต่ระดับประเทศ ส่วนภูมิภาค จนถึงระดับท้องถิ่นชุมชน

3. ผู้มีบทบาทและตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน แกนนำกลุ่มหรืออาสาสมัคร เป็นผู้มีส่วนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดในชุมชน ดังนั้นจึงควรมีการเสริมสร้างศักยภาพของผู้มีบทบาทและตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

4. สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข ควรนำรูปแบบกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยการใช้มีส่วนร่วมของเครือข่าย ไปใช้ในสถานประกอบการหรือหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ในรูปแบบที่เข้มข้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและติดตามเฝ้าระวัง ป้องกันอาการกำเริบหรือก่อความรุนแรงซ้ำ

5. ด้านการดูแลผู้ป่วย ควรพัฒนาผู้ดูแลหรือญาติในครอบครัวให้มีความรู้และเพิ่มศักยภาพการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดสามารถรักษาให้หายขาดหรืออาการทุเลาจนสามารถกลับไปใช้ชีวิต และการป้องกันอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและได้รับประโยชน์มากที่สุด

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The global burden of Drugs (psychoactive). [Internet] [Cited 2023 May 28]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoac>
2. Wardig R, Olofsson F, Eldh AC. Conceptualizing patient participation in psychiatry A survey describing the voice of patients in outpatient care. Health Expect 2021; 24(4): 1443-49.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC). [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc>
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2567.
5. ปรีดี นุกุลสมปรารธนา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก [www.qualtrics.com/au](http://www.qualtrics.com/au)
6. Orem DE. Nursing concepts of practice (6th ed.). St. Louis; MO: Mosby Year Book; 2010.
7. มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 5. หล่อตระกูลมาโนช, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2558.
8. Starkey P. Networking for development. London: International Forum for Rural Transport and Development; 1997.
9. Cohen JM, Uphoff NT. Participations place in rural development: Seeking clarity through specificity. New York: World Developments; 1980.

10. บำรุง วงษ์นิม, แสงเดือน ดีผิว, สุรพล สุพวง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ตัวแบบลพบุรี: กรณีศึกษาอำเภอโคกสำโรง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2567; 10(1) : 223-33.
11. Bloom BS. Hand Book on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
12. 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.
13. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
14. อุไรวรรณ เกิดสังข์, อังคินันท์ อินทรกำแหง, นริสรา พิงโพธิ์สภ, ชีระยุทธ เกิดสังข์. ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565; 36(2): 1-21.
15. นิตยา ฤทธิ์ศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, ศุภลักษณ์ จันทาญ. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564; 19(2): 50-63.
16. Eddie D, Hoffman L, Vilsaint C. Lived Experience in New Models of Care for Substance Use Disorder. Frontiers in Psychology 2019; 10. [Internet] [Cited 2023 May 26]. Available from:<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389>
17. Ashdown-Franks G, Firth J, Carney R, et al. Exercise as Medicine for Mental and Substance Use Disorders a Meta-review of the Benefits for Neuropsychiatric and Cognitive Outcomes. Sports Med. 2020; 50(1): 151-70.
18. รัชมี ชุตินิมา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565; 16(3): 851-67.
19. เทียนทอง หาระบุตร, นาถนภา วงษ์ศิลป์. ประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและผู้ดูแลในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2566; 37(1): 79-102.
20. 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.