

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตูม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

วัลลภ รินรุต, ส.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนตูม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างเครือข่าย จำนวน 68 คน เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป CVI= 1 ความรู้ KR20= 0.90 การมีส่วนร่วมของเครือข่าย $\alpha=0.81$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ได้แก่ 1) กำหนดบทบาทหน้าที่ 2) การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 4) การเสริมแรงทางบวกการทำงานเป็นทีม และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล หลังพัฒนาเครือข่ายมีความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 61.8 เป็นร้อยละ 79.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-4.558, p < 0.001$) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 55.9 เป็นร้อยละ 85.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= -2.824, p=0.006$) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดมากที่สุด คือ บทบาทของพนักงานฝ่ายปกครอง ($p= 0.006$) รองลงมา คือ บทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน ($p=0.012$) และการมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่ายน้อยที่สุด คือ มีส่วนร่วมในระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ($p=0.047$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย หลังพัฒนาเครือข่ายมีความรู้และมีส่วนร่วมดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนเพิ่มขึ้น การศึกษาต่อไปควรศึกษาระบบการดูแลสุขภาพจิตทุกกลุ่มให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตูม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

Development model of caring for psychiatric drug patients with network participation Non Tum Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Udon Thani Province

Vonlop Rinrud, B.P.H.*

Abstract

This action research aimed to study development models and evaluate results of caring for psychiatric drug patients with network participation Non Tum Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Udon Thani Province. Between April-July 2025, the network sample consisted of 68 people. Research instrument was a questionnaire, consisting of general information CVI=1, knowledge KR20=0.90, network participation alpha=0.81. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, median, Paired t-test and Wilcoxon Signed Ranks Test.

The results: showed that development models and evaluate results of caring for psychiatric drug patients with network participation, include: 1) determining roles and responsibilities, 2) developing community mental health networks, 3) developing health service systems, 4) positive reinforcement of teamwork, and 5) developing the potential of caregivers. After network development, knowledge about comorbid psychiatric diseases and drug addiction at a moderate level increased from 61.8% to 79.4% with statistical significance ($z=-4.558$, $p<0.001$). Participation in overall drug addiction care of psychiatric patients was significantly increased from 55.9% to 85.3% ($t=-2.824$, $p=0.006$). The role of the administrative staff with the highest participation in caring for drug addicted psychiatric patients was ($p=0.006$), followed by the role of community mental health leaders ($p=0.012$) and the least participation in network roles was participation in the psychiatric drug addiction patient service system ($p=0.047$), respectively.

Suggestions: Development of care model for drug addicted psychiatric patients through network participation. After development network had more knowledge and participation in community mental health. Further studies care process for all groups with mental health problems to receive appropriate.

Keywords: Development Model, Psychiatric Drug Patients Care, Network Participation

*Non Tum Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Udon Thani Province

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิตประชากร สิ่งแวดล้อม มลภาวะ เศรษฐกิจในปัจจุบันและปัจจัยอื่น ๆ เช่น ค่านิยม ความเชื่อ โครงสร้างครอบครัวอ่อนแอ เด็กถูกทอดทิ้ง เด็กและสตรีถูกทารุณกรรม เป็นต้น ได้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนทุกกลุ่ม วัยและมีแนวโน้มสูงขึ้น กลุ่มโรคจิต โรคระบบประสาทและความผิดปกติจากพฤติกรรมเสพยา สารเสพติด (mental, neurological and substance use disorders; MNS) มีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹ สถิติผู้ป่วยสารเสพติดในประเทศไทย จากรายงานตามแบบบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่า ปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 234,901 คน มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู จำนวน 120,163 คน (ร้อยละ 51.15) ปี พ.ศ. 2565 ผู้เสพยาเสพติด จำนวน 201,723 คน มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู จำนวน 120,915 คน (ร้อยละ 59.94) และปี พ.ศ. 2566 ผู้เสพยาเสพติด จำนวน 206,361 คน เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู จำนวน 195,604 คน (ร้อยละ 94.79)²และจากการสำรวจติดตามการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด พบว่า ปัญหายาเสพติดสร้างความเดือดร้อนให้แก่ชุมชน ร้อยละ 35.9 และยังพบว่า มีผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดถึง 127,481 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.0 ที่ไปก่ออาชญากรรมต่างๆ ในเขตสุขภาพที่ 8 ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 19,047 คน 12,241 คน และ 18,317 คน เข้ารับการบำบัด จำนวน 17,115 คน 11,922 คน และ 17,252 คน ตามลำดับ³

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตูม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ในเขตรับผิดชอบ 9 หมู่บ้าน ที่รับการบำบัด ปี พ.ศ.2565 จำนวน 6 คน ปี พ.ศ.2566 จำนวน 5 คน ปี พ.ศ.2567 จำนวน 4 คน ปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2568 มีผู้ป่วยสะสม จำนวน 22 คน⁴ การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนตูม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ โดยมีการดำเนินการบูรณาการหน่วยงานในพื้นที่ เริ่มตั้งแต่ในปี พ.ศ 2565 โดยจัดอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชในชุมชนแบบยั่งยืน ประกอบด้วย ผู้บริหาร อปท. ดำรงใจในชุมชน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำงานแยกส่วนของแต่ละหน่วยงาน ขาดการบูรณาการร่วมกัน ทำให้การแก้ไขปัญหาผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนยังไม่เป็นระบบ ดังนั้นถ้ามีการบริหารจัดการรูปแบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ให้มีระบบรวมถึงระบบการติดตามเยี่ยมบ้านและเครือข่าย เป็นกระบอกเสียง และหาทางช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างครบวงจรโดยการมีส่วนร่วม จะทำให้ผู้ดูแลมีการจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การดูแลความปลอดภัย และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีเพิ่มขึ้น จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตูม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย
2. เพื่อประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของเครือข่าย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) สังเกต (Observe) และ สะท้อนผล (Reflection) และ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วม ที่พัฒนา ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การกำหนดบทบาท 2) การมีส่วนร่วมคิดร่วมทำ 3) การมีส่วนร่วมติดตาม 4) เสริมแรงทางบวกทำงานเป็นทีม 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล

ตัวแปรตาม คือ การประเมินผลเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติด และการมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย

วิธีการวิจัย

รูปแบบ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนตูม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2568

ประชากรศึกษา คือ กลุ่มเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด คำนวณจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร⁵ เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) จำนวน 68 คน ดังนี้ 1) เป็นกรรมการ พขอ. 1 คน พชต. 2 คน และ ผู้บริหาร อปท. 1 คน ดำรงชุมชนหรือ อปพร. 2 คน แกนนำชุมชน 4 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน และ อสม. 56 คน 2) มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และสามารถเข้าร่วมกระบวนการได้ตลอดการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ให้ข้อมูลไม่ครบ หรือขอออกจากการก่อนจบสิ้นงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุดเครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ คู่มือกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาของโอเรียม⁶ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชตามแนวคิดของ Starkey⁷ และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff⁸ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชนที่พัฒนา ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การกำหนดบทบาทหน้าที่เครือข่าย 2) การมีส่วนร่วมกำกับติดตาม 3) การมีส่วนร่วมกำกับติดตาม 4) เสริมแรงทางบวกการทำงานเป็นทีม และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาของ บำรุง วงษ์นิมและ คณะ⁹ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติด จำนวน 20 ข้อ ประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลผลรวม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁰ คือ ระดับต่ำ (< 12 คะแนน) ระดับพอใช้ (12-15 คะแนน) ระดับดี (16 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย จำนวน 25 ข้อ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชน เป็นมาตรวัด 1-5¹¹ ดังนี้ 1 =ไม่เห็นด้วย ถึง 5=เห็นด้วยมากที่สุด การแปลผลรวม 125 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹² ดังนี้ ระดับต่ำ (25.00 – 58.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (58.34 – 91.66 คะแนน) ระดับสูง (91.67 – 125.00 คะแนน)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการพัฒนา ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเครือข่าย ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและขอความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์อย่างละเอียด และให้เวลาตัดสินใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลผู้ใช้สารเสพติดของเครือข่าย

โดยก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเวลา

2. การปฏิบัติการ เก็บข้อมูลกลุ่มเครือข่าย ครั้งที่ 1 ในเดือนเมษายน 2568 ให้ตอบแบบสอบถาม ก่อนดำเนินการ (pre-test) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลผู้ใช้สารเสพติด ของเครือข่าย ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการวิจัยในเดือนกรกฎาคม 2568 ให้ตอบแบบสอบถาม (post-test) โดยไม่ กำหนดระยะเวลาการตอบ

3. หลังการพัฒนา เมื่อทำการเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้ออกมาลงรหัส (coding) ตรวจสอบ ความถูกต้อง วิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป แสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่ามัธยฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมจิตเวชสารเสพติด และการมีส่วนร่วมตามบทบาทของ เครือข่าย ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติโดยใช้ Wilcoxon signed ranks test แจกแจงปกติโดยใช้ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 7868 วันที่ 8 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชนของเครือข่าย ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การตั้งกลุ่มเครือข่าย 2) การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 4) การเสริมแรงทางบวกการทำงานเป็นทีม และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ผลการพัฒนาการมีส่วนร่วมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนตูม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ได้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายรูปแบบใหม่ บุคลากรเครือข่ายได้รับการ กำหนดบทบาทหน้าที่และได้รับการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชนของเครือข่าย และมีรายงานผลการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัญหารูปแบบเดิม รูปแบบการพยาบาลใหม่และผลการพัฒนา

ปัญหารูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนา	ผลการพัฒนา
1. ขาดการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนแบบมีส่วนร่วม	การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโดยใช้วงจร PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) สังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)	1. มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย
2. ขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายที่ชัดเจน 3. ปัญหาด้านความรู้และทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด	โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชนของเครือข่าย ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การตั้งกลุ่มเครือข่าย 2) การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 4) การเสริมแรงทางบวกการทำงานเป็นทีม และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล	2. บุคลากรเครือข่ายได้รับการกำหนดบทบาทหน้าที่และได้รับการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชนของเครือข่าย
4. ขาดการพัฒนากระบวนการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด	ประเมินผลตามกรอบแนวคิดการศึกษาครั้งนี้ เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ให้เครือข่ายทำแบบสอบถาม (post-test)	3. มีรายงานผลการศึกษาและเผยแพร่

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดของเครือข่าย พบว่า หลังอบรมเครือข่ายมีความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ยารักษาโรคจิตเวชไม่ได้ออกฤทธิ์แรงเหมือนยาแก้ปวด อาจจะใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนกว่าจะเห็นผล จากร้อยละ 72.1 เป็นร้อยละ 94.1 รองลงมา คือ การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงให้บุคคลกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้มากขึ้น จากร้อยละ 83.8 เป็นร้อยละ 92.6 น้อยที่สุด คือ หากผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายจากโรคจิตเวชแล้วสามารถหยุดกินยาได้ด้วยตนเอง จากร้อยละ 33.8 เป็นร้อยละ 54.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดรายข้อตอบถูก ระหว่างก่อนและหลังอบรม (n=68)

ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติด	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคจิตเวช				
1. โรคจิตเวช คือ กลุ่มอาการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมานหรือมีความบกพร่องในกิจวัตรต่างๆ	58	85.3	61	89.7
2. อาการหลงผิด ระวัง คิดว่าจะมีคนอื่นมาทำร้าย คืออาการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด	57	83.8	61	89.7
3. หูแว่วโดยไม่เห็นตัวคนพูด เป็นอาการอย่างหนึ่งของโรคจิตเวช	56	82.4	61	89.7
4. เมื่อรักษาโรคทางจิตเวชจนหายแล้วจะไม่มีโอกาสกลับมาเป็นโรคจิตเวชซ้ำอีก	37	54.4	42	61.8
5. ยารักษาโรคจิตเวชไม่ได้ออกฤทธิ์แรงเหมือนยาแก้ปวด อาจจะใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนกว่าจะเห็นผล	49	72.1	64	94.1
ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด				
6. ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดคือผู้ป่วยที่ป่วยโรคจิตเวชและมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย	55	80.9	58	85.3
7. การเสพยาเสพติดในปริมาณน้อยอย่างต่อเนื่อง ไม่ทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเวช	33	48.5	40	58.8
8. การหยุดเสพยาเสพติดอย่างเดียวยังสามารถทำให้หายจากโรคจิตเวชได้	32	47.1	40	58.8
9. สารเสพติดจะทำให้สารสื่อประสาทในสมองผิดปกติทำให้เกิดภาวะสมองติดยา	57	83.8	63	92.6
10. ผู้ใช้สารเสพติดมักมีอาการก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ขาดเหตุผลและทำทุกทางเพื่อให้ได้ใช้สารเสพติดมากขึ้น	56	82.4	61	89.7
ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด				
11. หากผู้ป่วยไม่ยอมนอนติดต่อกัน 3 วัน ญาติควรพาไปปรึกษาโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนไปโรงพยาบาลจิตเวช	36	52.9	47	69.1
12. หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบคนในชุมชนควรแจ้งผู้ป่วยไว้จนกว่าอาการจะทุเลาลงเอง	32	47.1	44	64.7
13. หากผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายจากโรคจิตเวชแล้วสามารถหยุดกินยาได้ด้วยตนเอง	23	33.8	37	54.4
14. ยารักษาโรคจิตเวชทำให้อาการหวาดระแวง ก้าวร้าวของผู้ป่วยลดน้อยลง	55	80.9	57	83.8
15. คนในสังคมไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดได้ต้องรักษาด้วยยาจิตเวชเท่านั้น	57	83.8	56	82.4
15. รัยะยะฝ่าอุปสรรค (The Wall) พบได้ประมาณ 1 สัปดาห์หลังเลิกยา เป็นสัญญาณที่บอกว่าผู้รับการบำบัดกำลังดีขึ้น	57	83.8	56	82.4
16. วิธีที่ดีที่สุดที่จะช่วยป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ คือ การกำจัดตัวกระตุ้น	47	69.1	54	79.4
17. ปัจจัยที่ทำให้ผู้รับการบำบัดกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำในช่วงเริ่มต้นหยุดยา (ระยะอันนิมุน) คือมีความเชื่อมั่นมากเกินไป	54	79.4	58	85.3

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดรายข้อตอบถูก ระหว่างก่อนและหลังอบรม (n=68) (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติด	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
18. ปัจจัยที่ทำให้ผู้รับการบำบัดกลับไปติดยาเสพติดซ้ำในช่วงปลาย คือหมดแรงงูใจ	51	75.0	54	79.4
19. พฤติกรรมเสพยาเสพติด เป็นการย่ำคิดย่ำทำที่สามารถแก้ไขได้ด้วยเทคนิคการหยุดความคิด	47	69.1	54	79.4
20. การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงให้บุคคลกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้มากขึ้น	57	83.8	63	92.6

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติด พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 61.8 เป็นร้อยละ 79.4 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติด ก่อนและหลังอบรม (n=68)

ระดับความรู้ รวม 20 คะแนน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 12 คะแนน)	24	35.3	10	14.7
ระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	42	61.8	54	79.4
ระดับสูง (16 คะแนนขึ้นไป)	2	2.9	4	5.9

ค่ามัธยฐานความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดของเครือข่าย พบว่า หลังอบรมเครือข่ายมีค่ามัธยฐานความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-4.558$, $p < 0.001$) โดยเพิ่มจาก 14.0 คะแนน เป็น 16.50 คะแนน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐานเกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติด ระหว่างก่อนและหลังอบรม (n=68)

คะแนนความรู้ 20 คะแนน	Median	IQR (Q1-Q3)	Z	p-value
ก่อนอบรม	14.0	12.00-18.00	-4.558	<0.001*
หลังอบรม	16.50	13.25-19.00		

* $p < 0.05$, Wilcoxon signed ranks test

3. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ เห็นว่าพนักงานฝ่ายปกครองมีส่วนร่วมในการนำตัวบุคคลมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาทางจิตเวชไปยังโรงพยาบาล ซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า จาก 3.71 ± 1.17 เป็น 4.90 ± 0.97 รองลงมา คือ มีส่วนร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ชุมชน จาก 3.54 ± 1.04 เป็น 4.65 ± 1.07 และมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ เข้าร่วมประชุมเพื่อกำหนดเกณฑ์ การประเมินผลกิจกรรมระบบการบริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด จาก 2.90 ± 1.39 เป็น 3.06 ± 1.33 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด รายชื่อ ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=68)

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด	ก่อน	หลัง
	Mean±SD	Mean±SD
การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด		
1. ร่วมเป็นกรรมการเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนและมีการประสานงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด	3.31±1.27	3.43±1.20
2. มีส่วนร่วมได้รับแต่งตั้งเป็นกรรมการในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดของรพสต.	3.22±1.31	3.35±1.26
3. เข้าร่วมการประชุมประชาคมหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด	3.10±1.43	3.26±1.35
4. มีส่วนร่วมในการประสานงานความร่วมมือกับสมาชิกสภา อบต. เพื่อเสนอความต้องการของชุมชนในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด	3.09±1.40	3.28±1.33
5. เข้าร่วมกำหนดแนวทางหรือมาตรการชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด	3.25±1.36	3.38±1.29
บทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน		
6. มีส่วนร่วมสังเกตและเฝ้าระวังอาการของความผิดปกติทางจิต	3.44±1.08	4.21±1.11
7. มีส่วนร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ชุมชน	3.54±1.04	4.65±1.07
8. มีส่วนร่วมเป็นแกนนำประชาสัมพันธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชน	3.32±1.12	3.41±1.21
9. มีส่วนร่วมสังเกตอาการผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในชุมชน	3.26±1.12	3.47±1.13
บทบาทของพนักงานฝ่ายปกครอง		
10. เห็นว่าพนักงานฝ่ายปกครองมีส่วนร่วม ในการตรวจสอบข้อเท็จจริงเมื่อได้รับแจ้งข่าว หรือพบบุคคลมีภาวะอันตราย ระดับใด	3.72±1.09	3.85±0.99
11. เห็นว่าพนักงานฝ่ายปกครองมีส่วนร่วม ในการนำตัวบุคคลมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาทางจิตเวช ไปยังโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า	3.71±1.17	4.90±0.97
12. เห็นว่าพนักงานฝ่ายปกครองมีส่วนร่วม ใช้วิธีเท่าที่เหมาะสมและจำเป็นแก่พฤติการณ์ในกรณีบุคคลนั้นขัดขวางหรือหลบหนี	3.72±1.06	3.75±1.09
บทบาทท้องถิ่นร่วมกับเครือข่าย		
13. เห็นว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ร่วมกับเครือข่ายมีส่วนร่วม เข้าไปในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ เพื่อนำบุคคล ซึ่งมีพฤติการณ์อันตรายมาตรา 22 ไปรับการบำบัดรักษา	3.60±1.06	3.68±1.08
14. เห็นว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ร่วมกับเครือข่ายมีส่วนร่วม ชักถามบุคคลใดๆ เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วยทางจิต	3.69±1.04	3.78±1.04
15. เห็นว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ร่วมกับเครือข่ายมีส่วนร่วม จัดทำหนังสือสอบถามหรือเรียกบุคคลใด ๆ มาเพื่อให้ถ้อยคำเพื่อตรวจสอบ	3.59±1.08	3.69±1.11
ระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด		
16. มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชระยะวิกฤติทั้งในชุมชนประสานการส่งต่อไปยัง รพสต. และการช่วยเหลือดูแลในชุมชนเมื่อกลับมารักษาต่อที่บ้าน	3.35±1.13	3.47±1.11
17. มีส่วนร่วมในการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งต่อ มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและการนำส่งต่อโรงพยาบาล บ่อยเพียงใด	3.12±1.25	3.25±1.26
18. มีส่วนร่วมในบริการฉุกเฉินผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดจากชุมชน ประสานการส่งต่อไปยัง รพสต.	3.09±1.26	3.21±1.27
19. มีส่วนร่วมในบริการฉุกเฉินผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดจาก รพสต. ไปยังโรงพยาบาล	2.94±1.42	3.07±1.37
20. มีส่วนร่วมในประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มทักษะและประสบการณ์ในบริการฉุกเฉินผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดของอำเภอ	3.13±1.26	3.22±1.31

ตารางที่ 5 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด รายข้อ ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=68) (ต่อ)

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด	ก่อน	หลัง
	Mean±SD	Mean±SD
การติดตามและประเมินผล		
21. เข้าร่วมประชุมเพื่อกำหนดเกณฑ์ การประเมินผลกิจกรรมระบบการบริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด	2.90±1.39	3.06±1.33
22. มีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ติดตามการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดในชุมชน	3.00±1.12	3.12±1.20
23. เห็นว่าเจ้าหน้าที่เครือข่ายจาก อบต.ได้ประสานงานขอความร่วมมือจากชุมชนในท้องถิ่น เพื่อช่วยงานกิจกรรมตามระบบการบริการผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด	3.40±1.14	3.57±1.11
24. มีส่วนร่วมเป็นกรรมการหรือเป็นคณะบุคคลในการออกเยี่ยมเยียนยาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่ยากจนที่มีสภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม	3.00±1.28	3.13±1.32
25. มีส่วนร่วมได้รับทราบข้อมูลผลสำเร็จของการดำเนินงานตามระบบการบริการผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด	3.22±1.26	3.37±1.17

ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 55.9 เป็นร้อยละ 85.3 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ก่อนและหลังการพัฒนา (n=68)

ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย รวม 125 คะแนน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (25.00 – 58.33 คะแนน)	8	11.8	0	0.0
ระดับปานกลาง (58.34 – 91.66 คะแนน)	22	32.4	10	14.7
ระดับสูง (91.67 - 125.00 คะแนน)	38	55.9	58	85.3

ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยรวม พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.824, p = 0.006$) มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ บทบาทของพนักงานฝ่ายปกครอง ($p = 0.006$) รองลงมาคือ บทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน ($p = 0.012$) และการมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่ายน้อยที่สุด คือ มีส่วนร่วมในระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ($p = 0.047$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนา (n=68)

การมีส่วนร่วม	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
ร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด	15.97±5.81	16.71±5.78	-2.301	.025*
บทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน	13.57±3.86	14.04±4.22	-2.585	.012*
บทบาทของพนักงานฝ่ายปกครอง	11.15±2.75	11.50±2.75	-2.817	.006*
บทบาทท้องถิ่นร่วมกับเครือข่าย	10.88±2.93	11.15±3.04	-2.212	.030*
ระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด	15.63±5.79	16.22±5.87	-2.025	.047*
การติดตามและประเมินผล	15.51±5.29	16.25±5.44	-2.447	.017*
รวม	82.72±23.152	85.87±24.321	-2.824	.006*

*p < .05, Paired t-test

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยใช้ วงจร PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) สังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชนของเครือข่าย ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) กำหนดบทบาทหน้าที่ 2) การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 4) การเสริมแรงทางบวกการทำงานเป็นทีม และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายรูปแบบใหม่ บุคลากรเครือข่ายได้รับการ กำหนดบทบาทหน้าที่และได้รับการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชนของเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ เกตสังข์ และคณะ¹³ การศึกษาพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมและความเสี่ยงต่อการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวช พบว่ามี 3 แนวทางที่สำคัญ ได้แก่ (1) การคืนข้อมูลด้านสุขภาพแก่ชุมชน (2) การสนับสนุนความรู้และการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้วยกิจกรรมตามบริบทวิถีเดิมอย่างสม่ำเสมอ และ (3) การบูรณาการการทำงานทุกภาคส่วน การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมระบบสุขภาพจิตของชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการเพื่อส่งเสริมระบบสุขภาพจิตของชุมชน ได้แก่ สืบหาข้อมูล แจกข้อมูลข่าวสาร ตัดสินใจ เข้าร่วมกิจกรรมและสรุปผลร่วมกันอย่างต่อเนื่องในด้านการสุขภาพจิต มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของชุมชน และมีแนวทางในการส่งเสริมระบบสุขภาพจิตของชุมชน¹⁴และการศึกษาของ บำรุง วงษ์นันทน์ และคณะ¹⁵ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่า กระบวนการพัฒนามี 5 กิจกรรม คือ 1) การตั้งกลุ่มเครือข่าย 2) การร่วมคิดร่วมทำ 3) การบริการสุขภาพ 4) การเสริมแรงทางบวก 5) การเฝ้าระวังความเสี่ยง

2. ผลการพัฒนาเครือข่าย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดของเครือข่าย พบว่า หลังอบรมเครือข่ายมีความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่าเครือข่ายจะมีความรู้ในด้าน ยารักษาโรคจิตเวชไม่ได้ออกฤทธิ์เร่งเหมือนยาแก้ปวด อาจจะใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนกว่าจะเห็นผล การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงให้บุคคลกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้มากขึ้น และ หากผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายจากโรคร่วมจิตเวชแล้วสามารถหยุดกินยาได้ด้วยตนเอง ตามลำดับ หลังพัฒนาเครือข่ายมีความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลางโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพชร ชูจอหอ¹⁶ ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า หลังการพัฒนาเครือข่ายมีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้น การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชน การมีส่วนร่วมดำเนินงานตามบทบาท การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล

2.2 การมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่าเครือข่ายเห็นว่าพนักงานฝ่ายปกครองมีส่วนร่วม ในการนำตัวบุคคลมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาทางจิตเวชไปยังโรงพยาบาล ซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า มีส่วนร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ชุมชน และมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ เข้าร่วมประชุมเพื่อกำหนดเกณฑ์การประเมินผลกิจกรรมระบบการบริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด ตามลำดับ หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องจาก หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมตามบทบาทเพิ่มขึ้นคือ บทบาทของพนักงานฝ่ายปกครอง บทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน และมีส่วนร่วมในระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ฤทธิ์ศรี และคณะ¹⁷ ศึกษากระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยชุมชน พบว่า การนำ

ปัญหาพัฒนาตามแนวความคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็งร่วมกับกระบวนการบำบัดในชุมชนและมาตรการของชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ทุกรายได้รับการรักษา ไม่กลับไปเสพซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาที่พบว่า ศักยภาพของระบบการช่วยเหลือและรับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ติดสารเสพติด แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงบวกของมาตรการต่างๆ รวมถึงประชากรที่ใช้สารเสพติดลดลง¹⁸ และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย 2) ระบบการดูแลเฝ้าระวังในชุมชน 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่าย 4) จัดทำมาตรฐานคู่มือแนวทางติดตามดูแลทั้งเครือข่าย 5) พัฒนาระบบสารสนเทศเชื่อมโยงจาก รพ. จนถึงชุมชน 6) ถอดบทเรียน หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น¹⁹

ข้อสรุป การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย หลังพัฒนาเครือข่ายมีความรู้และมีส่วนร่วมดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ครังนี้ ทำให้เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ดังนั้น ควรมีการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ควบคู่กับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

2. ด้านบริการในเชิงรุก ที่เน้นการนำองค์ความรู้และการปฏิบัติจากผลลัพธ์การจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย พร้อมทั้งเสริมสร้างทัศนคติที่ดีแก่ประชาชนในชุมชนเพื่อให้เกิดภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดเชื่อมโยงกันไปตั้งแต่ระดับประเทศ ส่วนภูมิภาค จนถึงระดับท้องถิ่นชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษากระบวนการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและได้รับประโยชน์มากที่สุด

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชยาเสพติดในรูปแบบการสนทนากลุ่มเพื่อการวิเคราะห์ในเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

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. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดประจำปีงบประมาณ 2564-2566. นนทบุรี : ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ประจำปีงบประมาณ 2567. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2568]. เข้าถึงจาก <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc>
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน, 2567. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าได้ถึงจาก <https://udpho.moph.go.th>

5. ปรีดี นกุลสมปรารภณา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก www.qualtrics.com
6. Orem DE. Nursing concepts of practice (6th ed.). St. Louis; MO: Mosby Year Book; 2010.
7. Cohen JM, & Uphoff NT. Participations place in rural development: Seeking clarity through specificity. New York: World Developments; 1980.
8. Starkey P. Networking for development. London: International Forum for Rural Transport and Development; 1997.
9. บำรุง วงษ์น้อม, แสงเดือน ดีผิว, สุรพล สุพวง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ตัวแบบลพบุรี: กรณีศึกษาอำเภอโคกสำโรง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2567; 10(1) : 223-33.
10. Bloom BS. Hand Book on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
11. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1974.
12. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
13. อุไรวรรณ เกิดสังข์, อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, นริสรา พิงโพธิ์สภ, อีระยุทธ เกิดสังข์. ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565; 36(2): 1-21.
14. ศิริพร สุริยะ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมระบบสุขภาพจิตของชุมชน กรณีศึกษา: ชุมชนซอยร่วมสุข แขวงบางขุนเทียน เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร. [การค้นคว้าอิสระปริญญาพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยศิลปากร] ภาควิชานโยบายสังคม การพัฒนาสังคม และการพัฒนาชุมชน คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2566.
15. บำรุง วงษ์น้อม, แสงเดือน ดีผิว, สุรพล สุพวง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ตัวแบบลพบุรี: กรณีศึกษาอำเภอโคกสำโรง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2567; 10(1) : 223-33.
16. พวงเพชร ชูจอหอ. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโนนไทย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2568; 10(1): 634-40.
17. นิตยา ฤทธิศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, ศุภลักษณ์ จันทาญ. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564; 19(2): 50-63.
18. 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>
19. บัณฑิต พิทักษ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการ ปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2566;15(3): 38-52.