การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในประเด็นการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx)

ธนกฤต อ่อนละมุล, ส.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในประเด็นการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 21 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการ พชอ. ในประเด็นการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ภายใต้กระบวนการ "พชอ. สร้างคอม : คนสร้างคอมไม่ทิ้งกัน ฟื้นคืนคนดี สู่ชุมชนเข้มแข็ง" ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสำรวจ ค้นหา และคัดกรองผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน 2) การเชื่อมต่อเข้ารับบริการและวางแผนการดูแลรายบุคคล 3) การบำบัด ฟื้นฟู และดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม 4) การเสริมพลังชุมชนและสนับสนุนอาชีพ สร้างโอกาสการดำเนินชีวิต และ 5) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ส่งผลให้ระดับความรู้เกี่ยวกับปัญหาสารเสพติด การบำบัดฟื้นฟูตามแนวคิด CBTx และบทบาทของคณะกรรมการ พชอ. ก่อนพัฒนารูปแบบมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.14 และระดับต่ำ ร้อยละ 42.86 โดยไม่พบระดับสูง หลังพัฒนามีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.48 และระดับปานกลาง ร้อยละ 9.52 ไม่พบระดับต่ำ ด้านความพึงพอใจ พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 95.24 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.76 โดยไม่พบระดับสูง หลังพัฒนามีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00

ดังนั้น การขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการ พชอ. ในประเด็นการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของฝ่ายปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข สถานศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนล้อมรักษ์เป็นตัวขับเคลื่อน สามารถเพิ่มความรู้และความพึงพอใจของคณะกรรมการ พชอ. ตลอดจนเสริมสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยโดยชุมชนเป็นฐานได้อย่างมีประสิทธิผล

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, การบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยสารเสพติด, CBTx

---

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

Development of a Model for Driving the Work of the District Quality of Life Development Committee on the Treatment and Rehabilitation of People with Substance Use Disorders and Substance-Induced Psychiatric Disorders through a Community-Based Approach (Community-Based Treatment: CBTx)

Thanakrit Onlamul, B.P.H.*

ABSTRACT

This action research aims to developing a driving model for the District Health Board (DHB) Committee on the treatment and rehabilitation of patients with substance use disorders and substance-induced psychiatric disorders using a community-based approach. The sample consisted of 21 members of the District Health Board Committee of Sang Khom District, Udon Thani Province, selected through purposive sampling. The research instruments comprised a questionnaire, an in-depth interview form, and a focus group discussion guide. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results revealed that the driving model for the DHB Committee on the treatment and rehabilitation of patients with substance use disorders and substance-induced psychiatric disorders using a community-based approach, implemented under the process "Sang Khom DHB: Leaving No One Behind, Restoring Good People, Toward a Strong Community," consisted of five steps: 1) proactive case finding and screening of patients in the community; 2) linkage to services and individual care planning; 3) holistic treatment, rehabilitation, and continuous care; 4) community empowerment and occupational support to create life opportunities; and 5) surveillance, prevention, and the creation of a safe environment. The model resulted in a statistically significant increase in knowledge regarding substance use problems, treatment and rehabilitation based on the CBTx concept, and the role of the District Quality of Life Development Committee in patient care, before the model development, the participants had a moderate level of knowledge at 57.14% and a low level at 42.86%, with no participants at a high level. After the model development, the participants had a high level of knowledge at 90.48% and a moderate level at 9.52%, with no participants at a low level. Regarding satisfaction, before the model development, the participants had a moderate level of satisfaction at 95.24% and a low level at 4.76%, with no participants at a high level. After the model development, all participants had a high level of satisfaction, accounting for 100.00%.

Therefore, driving the work of the DHB Committee on the treatment and rehabilitation of patients with substance use disorders and substance-induced psychiatric disorders using the participatory mechanisms of the administrative sector, police, public health, educational institutions, local administrative organizations, and the community-based care network (Chumchon Lom Rak) can effectively enhance the knowledge and satisfaction of the DHB Committee and strengthen the community-based patient care system.

Keywords: Model development, District Health Board, treatment and rehabilitation of substance use patients, CBTx

* Sang Khom District Health Office, Udon Thani Province

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในมิติด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม โดยข้อมูลระดับประเทศพบว่าในปี พ.ศ. 2567 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมากกว่า 210,000 คน และในจำนวนนี้ประมาณร้อยละ 35–40 มีอาการทางจิตเวชร่วมจากการใช้สารเสพติด เช่น อาการประสาทหลอน ความคิดหลงผิด อารมณ์แปรปรวน และพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิต การทำงาน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนอย่างปกติ[1]

จังหวัดอุดรธานีเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหายาเสพติดและปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระดับพื้นที่ (CBTx) เพื่อรองรับสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องในชุมชน โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด[2] อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี พบว่าสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากข้อมูลสถานการณ์ในปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่อำเภอสร้างคอม จำนวนทั้งสิ้น 148 ราย เมื่อจำแนกตามระดับความรุนแรงของอาการตามกลุ่มสี พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสีเขียว 131 ราย รองลงมาคือกลุ่มสีเหลือง 5 ราย กลุ่มสีส้ม 6 ราย และกลุ่มสีแดง 6 ราย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ายังคงมีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด ต่อมาในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดในอำเภอสร้างคอมเพิ่มขึ้นเป็น 185 ราย และมีการจำแนกระดับความรุนแรงเป็น 4 กลุ่มสี ได้แก่ สีเขียว สีเหลือง สีส้ม และสีแดง โดยพบว่ากลุ่มสีเขียวมีจำนวน 137 ราย กลุ่มสีเหลือง 42 ราย กลุ่มสีส้ม 3 ราย และกลุ่มสีแดง 3 ราย เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2567 พบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 148 ราย เป็น 185 ราย คิดเป็นการเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 25.0 โดยเฉพาะกลุ่มสีเหลืองซึ่งเป็นกลุ่มเฝ้าระวังที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด สะท้อนถึงแนวโน้มการขยายตัวของกลุ่มผู้ป่วยที่อาจพัฒนาไปสู่ภาวะรุนแรงมากขึ้น หากไม่ได้รับการดูแลติดตามและฟื้นฟูอย่างเหมาะสม[3]

แม้ว่าระบบบริการสุขภาพจะมีการพัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ทั้งการบำบัดในโรงพยาบาล การส่งต่อ และการติดตามดูแลในระดับปฐมภูมิ แต่การดูแลที่มุ่งเน้นเฉพาะการรักษาในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับไปใช้ชีวิตในชุมชนหลังการรักษา และยังคงเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงด้านครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม จากข้อมูลการติดตามผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดในโรงพยาบาลและกลับสู่ชุมชนโดยไม่มีระบบติดตามดูแลแบบบูรณาการ มีอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำสูงกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนถึง 1.5–2 เท่า ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นของระบบการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่องในระดับชุมชน[4] แนวคิดการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) จึงเป็นแนวทางสำคัญที่ได้รับการผลักดันในระดับนโยบาย การดำเนินงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยในระดับอำเภอยังคงเป็นลักษณะการทำงานแบบแยกส่วน ขาดกลไกกลางในการเชื่อมโยงข้อมูล การวางแผนร่วม และการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนขาดความต่อเนื่อง และไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะพื้นที่ได้อย่างเต็มที่

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและสังคมเชิงซับซ้อนในระดับพื้นที่ การขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในประเด็นการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด ยังขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นระบบ และเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ทำให้บทบาทของคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายยังไม่ถูกนำมาใช้ได้อย่างเต็มศักยภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในประเด็นการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือของคณะกรรมการ พชอ. และภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ อันจะนำไปสู่การลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ลดเหตุการณ์พฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในประเด็นการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในประเด็นการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พชอ. ระยะเวลาดำเนินการศึกษา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - เมษายน 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. รวมทั้งสิ้น 21 คน ประกอบด้วย 1) นายอำเภอสร้างคอม ในฐานะประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 1 คน 2) สาธารณสุขอำเภอสร้างคอมหรือผู้แทน ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการ จำนวน 1 คน 3) ผู้แทนจากโรงพยาบาลสร้างคอม จำนวน 1 คน 4) ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอสร้างคอม จำนวน 4 คน 5) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือผู้แทน จำนวน 4 คน 6) ผู้แทนฝ่ายปกครอง ได้แก่ ปลัดอำเภอ กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 3 คน 7) ผู้แทนจากสถานีตำรวจภูธรในพื้นที่อำเภอสร้างคอม จำนวน 1 คน 8) ผู้แทนหน่วยงานด้านสังคม

สงเคราะห์หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 1 คน 9) ผู้แทนภาคประชาชนหรือผู้นำชุมชนที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 3 คน และ 10) ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือเครือข่ายภาคประชาชนด้านยาเสพติด จำนวน 2 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี 2) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและให้ความยินยอมในการให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย 3) สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ 4) ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนที่กำหนดได้ตลอดระยะเวลาโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) มีข้อจำกัดทางการทำงานหรือสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง 2) ย้ายไปปฏิบัติงานนอกพื้นที่ภายในระยะเวลา 3 เดือนนับจากเริ่มโครงการ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการประชุม การสัมภาษณ์ หรือการดำเนินงานตามแผนวิจัยได้ 4)ปฏิเสธหรือไม่ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมพัฒนารูปแบบ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพครอบคลุม 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) มุมมองต่อสถานการณ์และความจำเป็นของการดำเนินงาน (CBTx) 2) กระบวนการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 3) ปัจจัยเอื้อและปัจจัยกีดขวางในการขับเคลื่อนงาน 4) ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานให้เหมาะสมกับพื้นที่

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับปัญหาสารเสพติด การบำบัดฟื้นฟูตามแนวคิด CBTx และบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วย ซึ่งประกอบด้วยทั้งคำถามที่ถูกต้องและคำถามลวง การให้คะแนนกำหนดดังนี้ ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิด = 0 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ของ Bloom, et al.[5] ดังนี้

ระดับความรู้ต่ำ	คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60
ระดับความรู้ปานกลาง	คือ ได้คะแนนร้อยละ 60–79
ระดับความรู้สูง	คือ ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ แบบสอบถามประกอบด้วยจำนวน 20 ข้อคำถาม เป็นลักษณะคำถามแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 5 = มากที่สุด, 4 = มาก ,3 = ปานกลาง , 2 = น้อย, 1 = น้อยที่สุดแปลผล การแปลผลคะแนนภาพรวม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ของ Best, John W.[6] ดังนี้

ระดับความพึงพอใจต่ำ	คือ ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	คือ ค่าเฉลี่ย 2.34–3.66
ระดับความพึงพอใจสูง	คือ ค่าเฉลี่ย 3.67–5.00

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้ค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) เกณฑ์ -1 ถึง +1 ผลการประเมินพบว่า แบบสอบถามความรู้ มีค่า IOC = 0.88 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ มีค่า IOC = 0.94 และภาพรวมทั้งชุดมีค่า IOC เฉลี่ย = 0.91

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่าง 21 คน ในอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha) และค่า KR-20 พบว่า แบบสอบถามความรู้ มีค่า KR-20 = 0.86 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ มีค่า Cronbach's Alpha = 0.88

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้

การวิจัยนี้ดำเนินการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAOR) ประกอบด้วย 4 ระยะ โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การบูรณาการการทำงาน และการใช้ข้อมูลเป็นฐานเพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในประเด็นการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวางแผนและศึกษาบริบท (Plan) (สัปดาห์ที่ 1 -2) ร่วมวางแผน กำหนดทิศทาง และเป้าหมายร่วมกัน ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาร่วมกัน โดย 1) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และสถานการณ์ในพื้นที่ ครอบคลุมทั้งมิติของผู้ป่วย บุคลากร ระบบบริการ และชุมชน รวมทั้งวิเคราะห์ศักยภาพและทรัพยากรในพื้นที่ ตลอดจนประเมินความต้องการและจัดลำดับความเร่งด่วน 2) กำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์ ตัวชี้วัด และยุทธศาสตร์/แนวทางการขับเคลื่อนงานร่วมกัน พร้อมจัดทำแผนงาน/โครงการ 3) วางแผนงานและจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยกำหนดกิจกรรม บทบาทหน้าที่ ทรัพยากร แผนการติดตาม และระบบข้อมูลการสื่อสาร และ 4) สร้างกลไกและการมีส่วนร่วม ด้วยการแต่งตั้งคณะทำงาน/คณะอนุกรรมการ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน และกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนโดยชุมชนเป็นฐาน

ระยะที่ 2 ร่วมออกแบบและพัฒนารูปแบบ (Act) (3–4 สัปดาห์) ดำเนินงานตามแผนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ ประกอบด้วย 1) ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน โดยดำเนินกิจกรรม/โครงการตามแผน บูรณาการงานและเชื่อมต่อบริการ และทำงานร่วมกับเครือข่ายทุกภาคส่วน 2) ค้นหา คัดกรอง และเชื่อมต่อบริการ โดยค้นหากลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยในชุมชน คัดกรอง ประเมิน และจัดระดับความรุนแรง พร้อมเชื่อมต่อเข้าสู่บริการบำบัดและฟื้นฟู 3) บำบัด ฟื้นฟู และดูแลต่อเนื่อง โดยจัดบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ดูแลทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และครอบครัว พร้อมติดตามการรักษา/การเข้ารับบริการ และ 4) เสริมพลังชุมชนและสร้างสิ่งแวดล้อมการฟื้นฟู ด้วยการสร้างการยอมรับ ไม่ตีตรา จัดกิจกรรมสนับสนุนอาชีพ/รายได้ และสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปทดลองใช้จริง (Observe) (5–8 สัปดาห์) ติดตาม ประเมินผล และเรียนรู้ร่วมกันดำเนินการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 1) ติดตามการดำเนินงาน โดยติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานตามแผน/โครงการ เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และใช้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและแหล่งต่าง ๆ 2) สังเกตกิจกรรมที่เกิดขึ้นและประเมินความรู้คณะกรรมการ พชอ. โดยสังเกตกิจกรรม/การดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ประเมินความรู้ของคณะกรรมการ พชอ. ก่อน–หลังการดำเนินงาน และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน และ 3) ถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยสรุปบทเรียน ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างคณะกรรมการและภาคีเครือข่าย และนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนา

ระยะที่ 4 ติดตาม ประเมินผล และสรุปประสิทธิผล (Reflect) (12 สัปดาห์) สะท้อนผล ปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการสะท้อนผลและพัฒนาต่อยอด ประกอบด้วย 1) สะท้อนผลการดำเนินงาน โดยพิจารณาข้อมูลและบทเรียนร่วมกัน ประเมินสิ่งที่ควรคงไว้และสิ่งที่ต้องปรับปรุง พร้อมรับฟังข้อเสนอแนะจากทุกภาคส่วน 2) ปรับปรุงและพัฒนารูปแบบ ด้วยการปรับปรุงแผนงาน/กระบวนการทำงาน พัฒนารูปแบบและเสริมศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย และ 3) สร้างความพึงพอใจและความยั่งยืนของรูปแบบ โดยนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับตำบลผ่านกลไกในพื้นที่ ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการขับเคลื่อนงานและสร้างกลไก/ระบบสนับสนุนเพื่อความยั่งยืนของงานในพื้นที่

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 3469 ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2569

ผลการศึกษา

สถานการณ์การขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในประเด็นการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด พบว่า ปีงบประมาณ 2568 พบผู้ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในระบบรายงานจำนวน 312 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ใช้ผู้เสพและผู้ติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดจำนวน 184 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.97 ของผู้ที่ค้นพบ โดยสารเสพติดที่พบมากที่สุดคือยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) ร้อยละ 71.20 รองลงมาคือกัญชาและสารระเหย ทั้งนี้พบว่ากลุ่มอายุที่ใช้สารเสพติดมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 18–25 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.30 ซึ่งเป็นวัยแรงงานและวัยเรียน ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 23 ราย ในจำนวนนี้มีประวัติก่อเหตุความรุนแรงในครอบครัวหรือชุมชน 7 ราย และมีผู้ป่วยที่ขาดการรักษาต่อเนื่องขาดนัด/ขาดยาถึง 118 คน ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างในระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน และเป็นประเด็นที่สร้างความกังวลและความหวาดกลัวให้แก่ประชาชนในพื้นที่ โดยอัตราการกลับไปเสพซ้ำ ภายใน 1 ปีหลังการบำบัดสูงถึง 120 คน สาเหตุสำคัญที่พบ ได้แก่ การขาดระบบติดตามหลังการบำบัดที่เป็นรูปธรรม การส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และชุมชนยังไม่เชื่อมโยงกัน บุคลากรด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดมีจำกัด รวมถึงผู้ป่วยส่วนหนึ่งขาดอาชีพและรายได้หลังการบำบัด ทำให้กลับเข้าสู่วงจรเดิม ผู้ป่วยและครอบครัวยังเผชิญกับการตีตรา จากสังคม ทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งปกปิดอาการ ไม่กล้าเข้ารับบริการ และไม่ได้รับโอกาสในการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการกลับคืนสู่สังคม แม้อำเภอสร้างคอมจะมีคณะกรรมการ พชอ. ที่ครอบคลุมทุกภาคส่วน แต่จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าการดำเนินงานด้านยาเสพติดที่ผ่านมายังเป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน บทบาทของแต่ละภาคส่วนยังไม่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของชุมชนยังอยู่ในระดับการรับรู้มากกว่าการลงมือปฏิบัติ และยังไม่มีรูปแบบการขับเคลื่อนงานที่เป็นระบบและใช้ชุมชนเป็นฐาน

รูปแบบการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ในประเด็นการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจ ค้นหา และคัดกรองผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน ทีม 5 เสือพลัส และผู้นำชุมชนลงเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ในขั้นตอนนี้ฝ่ายปกครอง (นายอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ทำหน้าที่นำและกำกับทิศทาง สื่อสารนโยบายสู่ชุมชน และเสริมพลังให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็น "ชุมชนคัดกรอง" ร่วมกับ อสม. และภาคีเครือข่ายในการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ดำเนินการคัดกรองด้วยเครื่องมือ 2Q Plus และ V2 ผ่าน รพ.สต./ชุมชน ควบคู่กับการประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นด้วย 9Q จากนั้นบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบสารสนเทศ จัดลำดับความเร่งด่วน และเชื่อมต่อระบบ โปรแกรมบสต. เพื่อการส่งต่อและติดตามอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและประเมินครบถ้วน เข้าถึงบริการได้รวดเร็ว และไม่หลุดจากระบบ

ขั้นตอนที่ 2 การเชื่อมต่อเข้ารับบริการและวางแผนการดูแลรายบุคคล ผู้ป่วยได้รับการประเมินโดยสาธารณสุขทำหน้าที่ให้บริการคัดกรอง บำบัด ฟื้นฟู และบูรณาการระบบบริการสุขภาพ มีการจัดระดับความรุนแรงและวางแผนการรักษารายบุคคล (Care Plan) พร้อมเชื่อมต่อเข้าสู่บริการบำบัดรักษา (ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน/ด้านบำบัด) บูรณาการบริการร่วมกับคลินิกบำบัดยาเสพติดและจิตเวช และประสานสิทธิการรักษาและสวัสดิการให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแลรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัด ฟื้นฟู และดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม ดำเนินการบำบัดด้วยจิตสังคมบำบัดมาตรฐาน ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย จิตใจ และสังคม ร่วมกับการบำบัดด้วยจิตสังคมบำบัดครอบครัว ในขั้นตอนนี้ "ชุมชนล้อมรักษ์" ซึ่งประกอบด้วย อสม. ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่าย ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ และช่วยเหลือด้านจิตใจและสังคมตามแผนการดูแลรายบุคคล มีการติดตามการรักษาและการนัดหมายอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมพลังและลดการกลับไปเสพซ้ำ มุ่งให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและใจที่ดีขึ้น และลดพฤติกรรมเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมพลังชุมชนและสนับสนุนอาชีพ สร้างโอกาสการดำเนินชีวิต ดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวังการใช้สารเสพติดซ้ำ จัดตั้งกลุ่มเพื่อนและสร้างพลังชุมชนของผู้ที่ผ่านการบำบัด โดยชุมชนหนุนเสริมทำหน้าที่สนับสนุนอาชีพ รายได้ และกิจกรรมสร้างคุณค่า ฟื้นฟูความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ในขั้นตอนนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ และสถานที่ จัดกิจกรรมในชุมชนและสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี ส่งเสริมอาชีพและรายได้ในพื้นที่ ร่วมกับการจัดหางาน/ฝึกอบรมอาชีพ ส่งเสริมให้ครอบครัวร่วมดูแลสนับสนุนและไม่ตีตรา เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตในสังคมและครอบครัวได้อย่างปกติสุข ชุมชนเข้มแข็ง ยอมรับ และไม่ตีตรา

ขั้นตอนที่ 5 การเฝ้าระวัง ป้องกัน และสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ดำเนินการเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพซ้ำ โดยตำรวจทำหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย ควบคุมพื้นที่เสี่ยง ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และสร้างความปลอดภัยในชุมชน ขณะที่สถานศึกษาทำหน้าที่ป้องกันและเฝ้าระวังในกลุ่มเยาวชน เสริมสร้างทักษะชีวิตและภูมิคุ้มกันชุมชนปกป้อ" ร่วมเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ มีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ป้องกันยาเสพติด สร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ปลอดภัยห่างไกลยาเสพติด พร้อมจัดให้มีช่องทางรับรายงานใหม่ และพัฒนาสู่ชุมชนยั่งยืน ที่สามารถสร้างกลไก กลุ่ม และเครือข่ายในพื้นที่ให้ดำเนินงานต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง เกิดระบบการดูแลแบบบูรณาการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในทุกตำบล เชื่อมโยงกันภายใต้กระบวนการ พชอ. สร้างคอม ภาพที่ 2

ภาพที่ 2 รูปแบบการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ในประเด็นการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสารเสพติด การบำบัดฟื้นฟูตามแนวคิด CBTx และบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 57.14 รองลงมามีระดับความรู้ต่ำ ร้อยละ 42.86 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้สูง หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง ร้อยละ 90.48 รองลงมามีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 9.52 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ต่ำ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับปัญหาสารเสพติด การบำบัดฟื้นฟูตามแนวคิด CBTx และบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการดูแลผู้ป่วย ภาพรวม ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (N=21)

ระดับความรู้	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	0	0.00	19	90.48
ระดับความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60–79)	12	57.14	2	9.52
ระดับความรู้ต่ำ (ต่ำกว่า 60)	9	42.86	0	0.00

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการขับเคลื่อนงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับต่อรูปแบบการขับเคลื่อนงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 95.24 รองลงมามีระดับความพึงพอใจต่ำ ร้อยละ 4.76 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพึงพอใจสูง หลังพัฒนารูปแบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับความพึงพอใจสูง คิดเป็นร้อยละ 100 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพึงพอใจปานกลางและระดับต่ำ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบภาพรวม ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (N=21)

ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบ	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 คะแนน)	0	0.00	21	100
ระดับความพึงพอใจปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66 คะแนน)	20	95.24	0	0.00
ระดับความพึงพอใจต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 คะแนน)	1	4.76	0	0.00

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ในประเด็นการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด ที่เน้นการบำบัดและฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) ได้บูรณาการบทบาทของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนชนบท โดยการบูรณาการได้ออกแบบให้กลไกทั้งฝ่ายปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข สถานศึกษา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เชื่อมโยงและเสริมพลังซึ่งกันและกัน คือ ฝ่ายปกครอง ทำหน้าที่นำและกำกับทิศทาง สื่อสารนโยบายและเสริมพลังให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม สาธารณสุขทำหน้าที่ให้บริการคัดกรอง บำบัด ฟื้นฟู และบูรณาการระบบบริการสุขภาพ ตำรวจทำหน้าที่บังคับใช้กฎหมายและควบคุมพื้นที่เสี่ยง สถานศึกษาทำหน้าที่ป้องกันและเฝ้าระวังในกลุ่มเยาวชน ขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ และส่งเสริมอาชีพและรายได้ในพื้นที่ กลไกเหล่านี้ทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการภายใต้กระบวนการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเป็นรูปแบบต้นแบบที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การสำรวจค้นหา และคัดกรองผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน (2) การเชื่อมต่อเข้ารับบริการและวางแผนการดูแลรายบุคคล (3) การบำบัด ฟื้นฟู และดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม (4) การเสริมพลังชุมชนและสนับสนุนอาชีพ สร้างโอกาสการดำเนินชีวิต และ (5) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยใช้กลไก "ชุมชนล้อมรักษ์" ที่ประกอบด้วยชุมชนคัดกรอง ชุมชนดูแล ชุมชนหนุนเสริม ชุมชนปกป้อง และชุมชนยั่งยืน เป็นตัวขับเคลื่อนส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของความรู้และความพึงพอใจของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

จากผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสารเสพติด การบำบัดฟื้นฟูตามแนวคิด CBTx และบทบาทของคณะกรรมการ พชอ. ในการดูแลผู้ป่วย หลังพัฒนารูปแบบมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.14 และระดับต่ำ ร้อยละ 42.86 โดยไม่พบระดับสูง หลังพัฒนามีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.48 และระดับปานกลาง ร้อยละ 9.52 ไม่พบระดับต่ำ การเพิ่มขึ้นของความรู้ที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าการให้ความรู้แบบบรรยายทางเดียวที่เคยใช้อยู่เดิม การที่คณะกรรมการ พชอ. ได้ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ ออกแบบรูปแบบ และกำหนดบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจน ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งและเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวัลย์ เศรษฐบุตร[7] ที่พบว่า ผู้เข้าร่วมการอบรมมีคะแนนความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพึงพอใจต่อการจัดอบรมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้ความสำคัญกับหลักการของการจัดการเรียนรู้ จุดประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการ และการวัดและประเมินผลที่เป็นระบบ

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการ พชอ. ในประเด็นการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 95.24 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.76 โดยไม่พบระดับสูง หลังพัฒนามีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 ซึ่งอยู่ในระดับมาก การเปลี่ยนแปลงความพึงพอใจที่เกิดขึ้นนี้ มีกลไกสำคัญประการแรกคือการที่รูปแบบได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ พชอ. และภาคีเครือข่ายไว้

อย่างชัดเจน มีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นลำดับ เข้าใจง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรในพื้นที่ เมื่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าใจบทบาทของตนเองและเห็นผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม จึงเกิดการยอมรับและความเชื่อมั่นต่อรูปแบบเพิ่มขึ้น นำไปสู่ความร่วมมือและความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ภาคีเครือข่าย และชุมชนที่เข้มแข็งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิชาวุฒิ ผลบุญภิรมย์และคณะ[8] ที่พบว่า หลังได้รับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พฤติกรรมการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยขั้นตอนการศึกษาปัญหา พัฒนารูปแบบทดลองใช้รูปแบบ และประเมินผล ซึ่งสามารถช่วยให้กลไกในระดับพื้นที่ดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง นอกจากนี้ รูปแบบยังช่วยลดช่องว่างและความซ้ำซ้อนของการดำเนินงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยในพื้นที่ เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลผู้ป่วยโดยชุมชนเป็นฐานในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนศักดิ์ สุกใส[9] ที่ยืนยันว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนและการบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระดับนโยบาย ระดับหน่วยบริการ ไปจนถึงระดับชุมชน สามารถส่งผลต่อประสิทธิผลของการดำเนินงานในระดับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ทั้งในด้านการเพิ่มความรู้และความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงาน การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ตลอดจนการเสริมสร้างความเข้มแข็งและความต่อเนื่องของระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนในระยะยาว

ดังนั้น รูปแบบการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการ พชอ. อำเภอสร้างคอม ในประเด็นการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลทั้งในด้านการเพิ่มความรู้และความพึงพอใจของคณะกรรมการ พชอ. ทั้งนี้ความสำเร็จของรูปแบบนี้เกิดจากการบูรณาการปัจจัยสำคัญหลายประการเข้าด้วยกัน ได้แก่ การออกแบบกระบวนการที่สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมชุมชน การกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายที่ชัดเจน การสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและชุมชนผ่านแนวคิดชุมชนล้อมรักษ์ การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการบำบัดฟื้นฟูและการกลับคืนสู่สังคมของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรส่งเสริมการขับเคลื่อนงานบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ผ่านกลไกคณะกรรมการ พชอ. เนื่องจากสามารถเพิ่มความรู้และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนเสริมสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้

2. ควรเสริมสร้างความรู้และพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการ พชอ. และภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง รวมถึงการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนให้ชัดเจน เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมในการดำเนินงาน

3. ควรจัดทำคู่มือรูปแบบการขับเคลื่อนงานที่ใช้ภาษาเข้าใจง่าย มีตัวอย่างและขั้นตอนที่ชัดเจน พร้อมจัดตั้งพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงาน เพื่อขยายผลไปยังตำบลและอำเภออื่น ๆ ในบริบทที่ใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบในระดับผู้ป่วยโดยตรง เช่น อัตราการคงอยู่ในระบบการรักษา อัตราการกลับไปเสพซ้ำ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการบำบัด รวมถึงประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพของรูปแบบ เพื่อสะท้อนประสิทธิผลที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการขับเคลื่อนงานบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยโดยชุมชนเป็นฐานในบริบทชุมชนชนบทอย่างละเอียดมากขึ้น และควรศึกษาในรูปแบบระยะยาว เพื่อติดตามความยั่งยืนของรูปแบบ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานสถานการณ์ปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2567 กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2568
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระดับพื้นที่ (CBTx). อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2568.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม. สรุปรายงานการดำเนินงานบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดอำเภอสร้างคอม ผ่านระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.). อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม; 2568.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด; 2566.
5. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
6. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall; 1977.
7. มะลิวัลย์ เศรษฐบุตร. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2568;10(4):70-9.
8. วิชาวุฒิ ผลบุญภิรมย์, ปัญญา ทาพรหมมา, พิชิต คำภาโกะ, อังกาล มุ่งเกิด, วาสนา โยธานำ. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2568;7(1):1-17.
9. วัฒนศักดิ์ สุกใส. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรอง ค้นหา และดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของชุมชน “ร้อยเอ็ดโมเดล” อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2568;6(3):13-28.