

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม
อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Care model for substance-induced psychosis with
the participation of network partners in Phayakkhaphumphisai District, Mahasarakham
Province.

(Received: November 30,2023 ; Revised: December 10,2023 ; Accepted: December 11,2023)

กรรณิกา ช่อรักษ์¹
Kannika Choruk¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม 2) เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ระหว่างพฤษภาคม 2566 - พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง ภาคีเครือข่าย 32 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดและญาติผู้ดูแล ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และญาติ กลุ่มละ 32 คน รวม 96 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโดยวิธีเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าคัดออก เก็บข้อมูลจากสัมภาษณ์ กระบวนการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired samples t-test

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ด้วยกระบวนการ chronic care model 6 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายครอบคลุมระดับข้อมูลข่าวสาร ระดับให้ความคิดเห็น ระดับเข้ามามีบทบาท ระดับสร้างความร่วมมือ และระดับเสริมอำนาจ เกิดผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีอาการทางจิตดีขึ้น หลังการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนน ลดลงกว่าก่อนการพัฒนา (Mean = 31.28,SD = 2.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (11.47 ถึง 14.20) p-value <0.0001 และค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา (Mean =68.50, SD =3.45) 95% CI (23.84 ถึง 27.53) p-value <0.0001

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด, ภาคีเครือข่าย

ABSTRACT

This research is centered on research and development (R&D) aimed at achieving two primary objectives: to devise a patient care model tailored for individuals suffering from mental illness induced by substance abuse in collaboration with participating network partners.To compare the outcomes of implementing a patient care model for individuals experiencing psychosis due to substance abuse, in conjunction with participating network partners, within Phayakkhaphum Phisai District, Maha Sarakham Province. The study spans a duration of six months, commencing from May 2023 to November 2023. The sample group consists of network partners, totaling 32 individuals, and two groups of patients with substance-induced psychosis along with their respective relatives and caregivers. Each group comprises 32 individuals, resulting in a total sample size of 96 individuals, selected based on specific inclusion and exclusion criteria. Data collection involves interviews, group discussions, and questionnaire assessments. Data analysis includes content analysis, frequency distribution, percentage calculation, mean and standard deviation calculation, and inferential statistics utilizing a pair-samples t-test.

The study's outcomes revealed the significant involvement of network partners in the model designed to care for individuals experiencing mental health complications due to substance abuse. The implementation of the Chronic Care Model's six processes, combined with active participation from network partners across information

dissemination, feedback incorporation, cooperative engagement, and empowerment initiatives, led to marked enhancements in mental well-being for individuals with substance-induced psychosis. Following the development and integration of a model tailored for patients with substance-related psychosis, supported by network partner participation, a noteworthy reduction in average psychotic symptom scores was observed ($\bar{X} = 31.28$, $SD = 2.49$, 95% CI: 11.47 to 14.20, p -value < 0.0001). Moreover, the mean participation score among network partners significantly surpassed pre-development levels ($\bar{X} = 68.50$, $SD = 3.45$, 95% CI: 23.84 to 27.53, p -value < 0.0001).

Keywords: substance-induced psychosis, participation of network partners

บทนำ

ปัญหาสารเสพติดในประเทศไทย มีการปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์สารเสพติดโลก จากฝิ่น เฮโรอีน มาเป็นยาบ้าที่ระบาดในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน สถานการณ์ปัญหาสารเสพติดที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและมีความรุนแรงมากขึ้น¹ ปัญหาโรคจิตจากสารเสพติดนั้นเป็นปัญหาสำคัญ ทั้งในเรื่องของสุขภาพ อาชญากรรม สิทธิมนุษยชน ความยากจน ในปัจจุบันไม่ได้มีเพียงการป้องกัน การปราบปราม และการบำบัดรักษาแต่ยังมีการลดทอนความเป็นอาชญากรรม ยังมีการใช้ประโยชน์จากยาเสพติดอย่างถูกต้อง จากรายงาน World Drug Report พบว่า ในปี 2560 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก ประมาณ 271 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก ยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุด คือ กัญชา 188 ล้านคน รองลงมา คือ ฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น 53 ล้านคน กลุ่มแอมเฟตามีน 29 ล้านคน ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ในกลุ่มแอมเฟตามีน มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบมากที่สุดใน ทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และทวีปอเมริกาเหนือ ตามลำดับ²

การใช้สารเสพติดมักจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต มีภาวะหวาดระแวง ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด ในระดับประเทศพบว่า ผู้ใช้สารเสพติดภายใน ปี 2564 ปีเดียว มีจำนวน 1.4 ล้านคน แบ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติด จำนวน 1.1 ล้านคน และเป็นผู้ติดยาเสพติด จำนวน 3.2 แสนคน ในจำนวนนี้เข้าสู่ระบบการบำบัดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 24,196 คน เป็นผู้ป่วยจิตเวชติดยาเสพติดรุนแรง จำนวน 5,757 คน และเป็น

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 577 คน³ เมื่อพิจารณาสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างปีงบประมาณ 2559 - 2561 พบว่า ผู้ป่วยติดยาเสพติดมารับบริการสูงสุดเป็นอันดับ 1 มีจำนวน พบว่า ผู้ป่วยติดยาเสพติดมารับบริการสูงสุดเป็นอันดับ 1 มีจำนวน 56,887 คน, 359,257 คน และ 606,014 คน ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี³ จากรายงานของระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด รายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ที่มีอาการทางจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2563-2564 มีผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐประมาณ 4,000 รายต่อปี พบผู้ป่วยปี 2562-2564 จำนวน 3,956 ราย 3,984 ราย และ 4,100 ราย ตามลำดับ⁴ ขณะที่สถิติการมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดรายใหม่ ณ โรงพยาบาลพศกภูมิพิสัย ระหว่างปีงบประมาณ 2564 - 2566 มีจำนวน 59 คน 61 คน และ 57 คน ตามลำดับ⁵

ยาเสพติดที่มีผลกระทบต่อระบบสมองและสารเคมีในสมองอาจเป็นสาเหตุของภาวะจิตเสถียร ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง⁶ บางครั้งการใช้ยาเสพติดอาจทำให้เกิดอาการวิตกกังวลหรืออารมณ์เสีย ก่อให้เกิดการคิดที่ไม่สมประสงค์หรืออาจทำให้คนมีอาการเสียต่อสังคมและครอบครัว⁷ อย่างไรก็ตามโรคจิตจากสารเสพติดนั้นเกิดจากผู้เสพยาที่มีการใช้สารเสพติดมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง รวมถึงชนิดและความถี่ของการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งแอมเฟตามีน และสารระเหย ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง ทำให้เกิด

อาการจิตประสาทหลอนได้ง่าย โดยผู้เสพยาจะมีอาการหลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอน ซึ่งจะเป็นอยู่ครั้งคราวเมื่อมีการใช้สารเสพติดนั้น และหากมีการใช้เป็นระยะเวลาานจะทำให้เกิดอาการทางจิตอย่างถาวรได้ ซึ่งอาการจะคล้ายกับผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยมีอาการ หวาดระแวง มีหูแว่ว หลงผิด แล้วยังไม่สามารถรับรู้โลกความเป็นจริง^{8,9}

การติดยาเสพติด เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่เกิดจากปัจจัยทางพฤติกรรม จิตวิทยา สิ่งแวดล้อม และชีวภาพร่วมกัน โรคจิตจากยาเสพติดจึงเป็นโรคเรื้อรังที่โดยส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ และมีอาการหลงเหลืออยู่ การรักษายาวนานมากขึ้น อาจมีความพิการ โดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วยโรคจิตมีอาการเสื่อมในด้านต่างๆ ไปเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่ป่วย เช่น เสื่อมด้านบุคลิกภาพ ด้านการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพจิตมิใช่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลไปยังญาติ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในสังคมด้วย¹⁰

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ มียุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทุกระดับ ผลักดันให้สังคมยอมรับ และให้โอกาส ผู้มีสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด เข้าถึงบริการตั้งแต่เริ่มป่วย จนหายทุเลา สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยระบบการดูแลต้องมีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างสรรค์ เพื่อบูรณาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ทั้งระดับครอบครัว ชุมชนและสถาบันในสังคมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน¹¹

ดังนั้นผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าวจึงสนใจทำการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอยักษ์ภูมิจังหวัดมหาสารคามขึ้นเพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

และลดปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตลอดจนผลกระทบที่จะเกิดกับครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอยักษ์ภูมิจังหวัดมหาสารคาม เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ระหว่างพฤษภาคม 2566-พฤศจิกายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง

ภาคีเครือข่าย 32 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดและญาติผู้ดูแล ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และญาติ กลุ่มละ 32 คน รวม 96 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโดยวิธีเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเลือกคัดออก กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวช 2) มีระดับการควบคุมอาการทางจิตสงบได้ 3) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น 4) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) มีอาการทางจิตที่กำเริบรุนแรง ทำร้ายตัวเองและผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง มีอาการก้าวร้าวรุนแรง คึกคัก 2) มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน 3) มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ กระบวนการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพืชมณีพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย

การสัมภาษณ์ และการจัดกระบวนการสนทนากลุ่มในการรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด สรุปปัญหา การประชุมเพื่อกำหนดแนวทาง กิจกรรมตามกระบวนการ chronic care model 6 องค์ประกอบ กำหนดมาตรการ บทบาทภาคีเครือข่าย ในการแก้ไข การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ถอดบทเรียน สรุปปัญหาอุปสรรคปรับปรุงมาตรการ กิจกรรม และ บทบาทภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียนร่วมกับญาติ บุคลากรในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน อปท. เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองตำรวจและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 การทบทวนสถิติการเข้ารับการรักษา ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Hos-xp โรงพยาบาลพืชมณีพิสัย

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลญาติ ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบคัดกรองโรคจิต (psychotic screening test) ของกรมสุขภาพจิต

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) แปลเป็นภาษาไทย โดยพันธภา กิตติรัตนไพบูลย์ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.71¹² และแบบประเมินสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดด้วยแบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Thai HoNOS) มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.68¹³

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคีเครือข่ายด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด โดยประยุกต์ใช้ตามการศึกษาการมีส่วนร่วมของ

ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ของกิริติยา อุ่นเจริญ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชไม่น้อยกว่า 10 ปีจำนวน 5 ท่าน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.50 - 1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ได้¹⁴

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ จำนวนผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในโรงพยาบาลพืชมณีพิสัย การทบทวนสถิติการเข้ารับการรักษา ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Hos-xp โรงพยาบาลพืชมณีพิสัย โดยการสัมภาษณ์ และการจัดกระบวนการสนทนากลุ่มในการ รวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ร่วมกับญาติผู้ดูแล บุคลากรในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดมาตรการ กำหนดแนวทาง/กิจกรรมในการแก้ไขปัญหา สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพืชมณีพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา ประกอบด้วย ดำเนินงานตามกระบวนการ chronic care model 6 องค์ประกอบ ดังนี้

4.1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง มีกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มญาติระหว่างรอตรวจ

4.2) การออกแบบระบบบริการ โดยยึดหลักการประเมิน 5 ด้านของกรมสุขภาพจิต (บุคลากร สถานที่ ระบบบริการ ระบบยา และระบบการส่งต่อ)

4.3) decision support โรงพยาบาลพืชมณีพิสัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกันจัดทำแนวทางการดำเนินงาน (CPG)

4.4) Clinical information system มี การ ร่วมกันพัฒนาระบบฐานข้อมูลทั้งในระบบ HosXp และทะเบียนผู้ป่วย

4.5) Community resource Linkages ชุมชน และภาคีเครือข่าย

4.6) Health system organization โรงพยาบาลมีนโยบายในการดูแลโรคจิตจากสารเสพติดและมีแผนงานโครงการเพื่อแก้ปัญหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ครอบคลุมภายในองค์กรโดยรวมที่เชื่อมประสานอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนที่ 5 ดำเนินการตาม รูปแบบ มาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 6 ปรับปรุงรูปแบบการดูแล มาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายให้ สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน

ขั้นตอนที่ 7 ดำเนินการตาม รูปแบบการดูแล มาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายที่ ปรับปรุงติดตามและประเมินผลการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) โดย การ แจกแจง ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วน ร่วม ก่อนและหลังพัฒนา โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 และช่วงเชื่อมั่น 95%CI ด้วยสถิติ Paired samples t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ด้านผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อย ละ 87.5 มีอายุ ระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 43.8 มี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 46.9

ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.0 และมีรายได้อยู่ระหว่าง 2,000-10,000 บาท ร้อยละ 100

ด้านญาติ ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 68.8 มีอายุ ระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 50 สถานภาพ สมรสคู่ ร้อยละ 96.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.5 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.3 และมีรายได้ อยู่ระหว่าง 3,000-10,000บาท ร้อยละ 78.1

ด้านภาคีเครือข่าย ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อย ละ 84.4 มีอายุ ระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 37.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 96.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.5 ประกอบ อาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.9 และมี รายได้อยู่ระหว่าง 6,000-10,000 บาท ร้อยละ 62.5

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต จากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พบว่า ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) หลังการพัฒนา รูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคี เครือข่ายมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนน ($\bar{x} = 31.28, SD = 2.49$) ลดลงกว่าก่อนการพัฒนาที่มี ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ($\bar{x} = 44.12, SD = 3.65$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (11.47 ถึง 14.20) p-value <0.0001 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนน คะแนนประเมินสุขภาพผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (HoNOS) ภายหลังการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยโรค จิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม มี ค่าเฉลี่ยคะแนน ($\bar{x} = 14.62, SD = 2.22$) ลดลงกว่า ก่อนการพัฒนาที่มีคะแนนประเมินสุขภาพผู้ป่วย (HoNOS) ($\bar{x} = 26.31, SD = 1.87$) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ 95% CI (11.27 ถึง 12.30) p-value <0.0001

ผลลัพธ์การคัดกรองโรคจิตจากการสัมภาษณ์ ญาติ พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการคัด กรองโรคจิตเมื่อเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการพัฒนา

รูปแบบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการคัดกรองโรคจิต (\bar{x} = 5.53, SD = 1.19) สูงกว่าหลังการพัฒนาแบบดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม (\bar{x} = 1.65, SD = 1.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (3.24 ถึง 4.50) p-value < 0.0001

ผลลัพธ์ด้านภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม พบว่าระดับความรู้เรื่องโรคจิตจากสารเสพติดก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.1 หลังการพัฒนา พบว่า ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคจิตจากสารเสพติดหลังการพัฒนา (\bar{x} = 17.93, SD = 2.03) สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95%

CI (3.37 ถึง 5.43) p-value < 0.0001 และระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 96.9 หลังการพัฒนาพบว่า ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า หลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (\bar{x} = 68.50, SD = 3.45) สูงกว่าก่อนการพัฒนา (\bar{x} = 42.81, SD = 3.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (23.84 ถึง 27.53) p-value < 0.0001

ค่าคะแนน	\bar{x}	SD	Mean Diff	95% CI	t	p-value
ประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยฯ (BPRS)						
ก่อนพัฒนา	44.12	3.65	12.84	11.47 ถึง 14.20	19.19	<0.0001
หลังพัฒนา	31.28	2.49				
การประเมินสุขภาพฯ (HoNOS)						
ก่อนพัฒนา	26.31	1.87	11.68	11.27 ถึง 12.30	38.61	<0.0001
หลังพัฒนา	14.62	2.22				
คัดกรองโรคจิต(จากการสัมภาษณ์ญาติ)						
ก่อนพัฒนา	5.53	1.19	3.87	3.24 ถึง 4.50	12.62	<0.0001
หลังพัฒนา	1.65	1.12				
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตจากสารเสพติด						
ก่อนพัฒนา	13.53	2.25	4.40	3.37 ถึง 5.43	8.71	<0.0001
หลังพัฒนา	17.94	2.03				
การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย						
ก่อนพัฒนา	42.81	3.84	25.68	23.84 ถึง 27.53	28.41	<0.0001
หลังพัฒนา	32	68.5				

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนาแบบดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมพบปัญหาและอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ในช่วงพัฒนา ได้แก่ 1) ปัญหาการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูล 2) การใช้เครื่องมือและการค้นหาผู้ป่วย ใช้ระบบในการค้นหาที่มาจากระบบสาธารณสุขยังมีความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายอยู่อย่างจำกัด3) ในระยะแรกยังมุ่งเน้นการ

รักษาผู้ป่วยเพียงเฉพาะโรคและตัวผู้ป่วยเพียงเท่านั้น พบข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับเข้าสู่ชุมชน และผู้ป่วยมีโอกาสในการประกอบอาชีพค่อนข้างน้อย การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดยังได้รับความร่วมมือกับชุมชน และภาคีเครือข่ายและชุมชนยังมีส่วนร่วมยังไม่เต็มศักยภาพ ซึ่งต้องดึงศักยภาพของ ภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพจิตปรับให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น ร่วมกับ

ผู้นำชุมชน อสม. และญาติผู้ป่วย สอดคล้องกับ ญฐพร ผลงาม พบว่า ปัญหาในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัดระยอง ส่วนใหญ่ใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยให้หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ ควรใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานทุกขั้นตอน เป็นหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและหลังการบำบัด¹⁵ การพัฒนารูปแบบได้มีการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่อง ทบทวนปัญหา แก้ไขปัญหาโดยได้มีการปรับรูปแบบการพัฒนา ดังนี้ 1) เพิ่มเติม ให้มีการประชุมนำเสนอในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ โดยมีบทบาทให้ นายอำเภอเป็นประธาน 2) เพิ่มระบบให้คำแนะนำจากรพ.พัยคณภูมิพิสัย และภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพิ่มระบบการส่งต่อไปโรงพยาบาลมหาสารคาม รพ.จิตเวชราชชนครินทร์ขอนแก่น ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น 3) สร้างความตระหนักและเพิ่มบทบาทให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมมีครอบคลุมในระดับต่างๆรวมถึงการสร้างงานสร้างอาชีพ เช่น กัญชงสมุนไพร ลูกประคบสมุนไพร ตะกร้าสานใจ รพ.สต. ชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. ญาติผู้ดูแล มีหน้าที่ดูแล ติดตาม แจ็งข่าว ค้นหารายใหม่ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในชุมชนได้

ผลของการพัฒนารูปแบบได้ปรับปรุงกิจกรรมที่ดีขึ้น ครอบคลุมขึ้น และอยู่ในรูปแบบใหม่ ที่เหมาะสม คือ การปรับปรุงรูปแบบการดูแล มาตรการกิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน 5 กิจกรรม และดำเนินการตาม รูปแบบการดูแล มาตรการกิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายที่ปรับปรุงติดตามและประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ การประเมินผู้ป่วย ติดตามประเมินผลการมีส่วนร่วม ซึ่งประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) คัดกรองโรคจิตจากการสัมภาษณ์ญาติ และประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยการประเมินความรู้และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับ

ญฐพร ผลงาม ที่อธิบายว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดจะต้องดำเนินงานร่วมกัน 3 ส่วนคือ การจัดการดูแลผู้ป่วย (Case Management) การดูแลแบบองค์รวม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Holistic Rehabilitation) และภาคีเครือข่าย (Network) เพื่อให้เกิดกระบวนการความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาเสพติดและลดปัญหาการกลับไปเสพยา รวมทั้งทำให้การดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดระยองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹⁵

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่าย เกิดผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีอาการทางจิตดีขึ้น ระดับความรู้และระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อธิบายได้ว่า จากการพัฒนารูปแบบมีการจัดกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับรู้ประโยชน์ ข้อจำกัด และความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนการพัฒนากระบวนการทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมวางแผน ร่วมออกแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละพื้นที่ ดังเช่น การศึกษาของมยุรี ลักนาศิริรัตน์ หลังพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ที่พัฒนาขึ้นจากการระดมความคิดของผู้ที่เกี่ยวข้องตามประสบการณ์จริง เกิดการระบุปัญหาและความต้องการ แก้ไขปัญหา ช่วยกันออกแบบการดูแล นำรูปแบบการพัฒนาไปปฏิบัติและมีการติดตามประเมินผล ทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ผลดียิ่งขึ้น¹⁶ และสอดคล้องกับ หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะที่ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากผลการศึกษาทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนเอง ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งแนวทางที่ได้จะทำให้เกิดต้นแบบการมีส่วนร่วม

ร่วมของชุมชนในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขส่งผลต่อการพัฒนางานสาธารณสุขในชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป¹⁷

ผลของการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องจากการทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินอาการทางจิต พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินอาการทางจิต ดังกล่าวเป็นผลเนื่องมาจาก ดำเนินงานตามกระบวนการ chronic care model 6 ได้แก่ การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เน้นความรู้เกี่ยวกับโรคจิตจากสารเสพติด การเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนเรื่องปัญหาที่พบ และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาคครอบคลุมด้านบุคลากร สถานที่ ระบบบริการ ระบบยา และระบบการส่งต่อผู้ป่วย มีแนวทางการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดร่วมกันที่ชัดเจน ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพยัคฆภูมิพิสัยตลอดจนการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติผ่าน Line Application และ Telemedicine สายด่วนคลินิกใกล้บ้านใกล้ใจ บูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดครอบคลุมภายในและภายนอกโรงพยาบาลที่เชื่อมประสานอย่างเป็นระบบภายใต้คลินิกใกล้บ้านใกล้ใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิณรัฐ ศรีหารักษา ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร พบว่า อาการทางจิต ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่มีอาการทางจิตบ้างร้อยละ 73.53 หลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ไม่มีอาการทางจิตร้อยละ 52.94¹² เช่นเดียวกับการศึกษาของภักรินทร์ ชิตดี และคณะ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ เมื่อประเมินอาการทางจิต พบว่าผลรวมของค่าคะแนน

ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชลดลงทุกคน นั่นหมายถึง มีอาการทางจิตดีขึ้นทุกคน¹⁸ และสอดคล้องกับมยุรี ลักนาศิริโรรัตน์ พบว่า การพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ส่งผลให้ระดับคะแนนอาการทางจิต ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ¹⁶

2. คะแนนการคัดกรองโรคจิตจากการสัมภาษณ์พบค่าเฉลี่ยคะแนนการคัดกรองโรคจิตก่อนการพัฒนารูปแบบ สูงกว่าหลังการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นผลเนื่องมาจากการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เน้นความรู้เกี่ยวกับโรคจิตจากสารเสพติด การเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนเรื่องปัญหาที่พบ และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาคครอบคลุมด้านบุคลากร สถานที่ ระบบบริการ ระบบยา และระบบการส่งต่อผู้ป่วย มีการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ผ่าน Line Application และ Telemedicine สายด่วนคลินิกใกล้บ้านใกล้ใจ บูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดครอบคลุมภายในและภายนอกโรงพยาบาลที่เชื่อมประสานอย่างเป็นระบบภายใต้คลินิกใกล้บ้านใกล้ใจและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกกระดับเพื่อแก้ไขปัญหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ครอบคลุมระดับข้อมูลข่าวสาร ระดับให้ความคิดเห็น ระดับเข้ามามีบทบาท ระดับสร้างความร่วมมือ และระดับเสริมอำนาจและการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองซึ่งครอบคลุมถึงครอบครัวผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีครอบคลุมความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทร ยนต์ตระกูล และคณะ ที่ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับเทคนิคเอไอซีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนกรณีศึกษา: ตำบลโคกกอ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีการ

รับรู้พลังอำนาจอยู่ในระดับมาก และหลังเสร็จสิ้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจของตน อยู่ในระดับที่มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยและตระหนักถึงความสำคัญที่จะต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจ ห่วงใย และดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น¹⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาของเกศราพร แก้วลาย และคณะผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัด ต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยตั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกัน โรคจิตจากสารเสพติด ในการฝึกทักษะการบริหารยา รักษาด้วยตนเองและผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเองพร้อมทั้งกระตุ้นให้ ผู้ป่วยฝึกทักษะด้วยตนเอง และ เน้นให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์เกิดการเรียนรู้ และเข้าใจพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองมากขึ้น²⁰

3.ด้านภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคจิตจากสารเสพติดก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับสูง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคจิตจากสารเสพติดหลังการพัฒนาฯ สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 96.9 หลังการพัฒนา ส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า หลังการพัฒนาแบบฯค่าเฉลี่ย

คะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเนื่องมาจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ครอบครัวระดับข้อมูลข่าวสารเมื่อทราบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในชุมชนภาคีเครือข่ายสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในการแจ้งข้อมูลข่าวสารให้กับสถานพยาบาล และภาคีเครือข่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ระดับให้ความคิดเห็นโดยรวมแสดงความคิดเห็นเสนอแนะแนวทาง ในการจัดการปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และบริบทของชุมชน ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ด้านระดับเข้ามามีบทบาท นอกเหนือจากการมีส่วนร่วมในการแจ้งญาติหรือผู้นำชุมชนเพื่อนำผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดไปเข้ารับการรักษาแล้ว ภาคีเครือข่าย ยังมีส่วนร่วมในการร่วมคิดร่วมวางแผน ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในการติดตามควบคุมกำกับ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การติดตามการเยี่ยมบ้าน และสามารถให้ความช่วยเหลือในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยที่อาจจะเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองหรือคนอื่นได้ ในด้านระดับสร้างความร่วมมือชักชวนให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดร่วมทำกิจกรรมต่างๆกับคนในชุมชนเพื่อเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและมีส่วนร่วมในการเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังและติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และระดับเสริมอำนาจสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่คนอื่นในชุมชนให้ร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดในชุมชนได้แก่การเป็นวิทยากรให้ความรู้การเป็นผู้นำกลุ่ม/เครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับ กิรติยา อุ่นเจริญ ที่พบว่าระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติด มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ



ชุมชนในการป้องกันและรักษาเสพติด ของนิภา
วรรณ ตติยนันทพร พบว่า หลังการใช้รูปแบบ การมี
ส่วนร่วมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($\pm SD=4.23\pm 0.33$)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05²¹

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม
เพื่อให้ทราบความแตกต่างของการดำเนินงานที่
ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรทำการวิจัยรูปแบบและมาตรการใน
พื้นที่อื่นว่าได้ผลแตกต่างกันอย่างไร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา ยา สาร
เสพติด โรงพิมพ์ บริษัท พรอสเพอริส พลัส จำกัด กรุงเทพมหานคร; 2563.
2. Hurst, Terri. "World drug report." The encyclopedia of women and crime (2019): 1-2.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/
โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. พรอสเพอริส พลัส จำกัด กรุงเทพมหานคร; 2563.
4. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา ยา สาร
เสพติด โรงพิมพ์ บริษัท ดินน้ำคูน มีเดีย พลัส จำกัด กรุงเทพมหานคร; 2564.
5. โรงพยาบาลพยุหะภูมิพิสัย. รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566. มหาสารคาม: โรงพยาบาล
พยุหะภูมิพิสัย, 2566.
6. Ashu-Ngang and Grace Ntoyang. "Substance use disorder and mental health issues." PhD diss., Brandman University,
2020.
7. World Health Organization. Management of Substance Abuse: Dual diagnosis. [Internet]. 2018
[cited 2023 June 20]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/dual_diagnosis/en/
8. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปราม ปี 2564.
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เลขที่ 5 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท
กรุงเทพ; 2564.
9. วชิราภรณ์ สอระสัน. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสาร
อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2023 May 1;8(1):346-59
10. จำปา สิงขระ. กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว
[อินเทอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 22 มิ.ย. 2566]; เข้าถึงจาก:
https://www.sdct.go.th/upload/forum/paper_2493_0746601f1ea0902045c.pdf
11. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. แผนที่ยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2565
[อินเทอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 22 มิ.ย. 2566]; เข้าถึงจาก:
[/ https://dmh.go.th/intranet/p2565/แผนที่ยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต_2565.pdf](https://dmh.go.th/intranet/p2565/แผนที่ยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต_2565.pdf)
12. พิณณัฐ ศรีหารักษา. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน
อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.
2023 Mar 31;8(1):436-47.
13. Phuaphanprasert B, Srisurapanont M, Silpakit MD C, Pannarunothai S, Udomratn P, Geater A, et al. Reliability and
validity of the Thai Version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). J Med Assoc Thai
2007;90(11):2487- 93.

14. กীরติยา อุ่นเจริญ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. [สารนิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต] คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560
15. อนุพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารศาสตรสาธารณสุขนวัตกรรมการ ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พ.ศ.2564 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2564 หน้า 49-7
16. มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์, จารุมน ลัคนาวีวัฒน์, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2023 Apr 30;8(1):130-42.
17. ทศกัญจน์ เสียงเพราะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2021 Aug 28;36(2):413-26.
18. Chitdee P, Tumjan S, Sararath P, Pilathong A, Tipvaree P, Singthong D. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. Journal of Health Science-วารสาร วิชาการสาธารณสุข. 2020 Jun 30;29(3):489-96.
19. Yontrakul S, Prakhomthong A, Ritsri N, Chaikhampa P, Junham S. Model of Empowerment Integration with AIC Technique for Taking Care of Chronic Psychology Patients. A Case Study: Kok-Kor Sub-district, Muang District, Mahasarakham Province-รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับเทคนิคเอไอซีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนกรณีศึกษา: ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. Journal of Health Science-วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2014:412-20.
20. เกศราพร แก้วลาย, ศุภกัณณา เทเวลา, ศิวพร สุทธิภาพ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดต่อพฤติกรรมการจัดตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2023 Sep 30;8(3):187-97.
21. นิภาวรรณ ตติยนันทพร. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์ อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2022 Jun 29;16(2):581-96.