

ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการโดยความร่วมมือของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e - Nonghan Care
อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

The Effects of an Integrated Drug Addiction Care Model through Collaboration with the
District Health Board and Monitoring via the e- Nonghan Care Program in Nong Han
District, Udon Thani Province.

(Received: March 21,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

สันติย์ เหง้าพรหมมินทร์¹ พรพิมล มัชฌนาโส²

Sanit Ngawprommin¹ Phornphimon Muckhanaso²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลของการดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการต่อผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูของผู้ป่วยยาเสพติด และเพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและการใช้ระบบติดตามดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 – มีนาคม 2569 แบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหา 2) การพัฒนาและออกแบบรูปแบบ 3) การทดลองใช้ และ 4) การติดตามและประเมินผล รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินความพึงพอใจที่มีค่าความเชื่อมั่น และโปรแกรม e - Nonghan Care กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 269 คน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลด้วย แนวคำถามการระดมความคิดเห็น 12 คน และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม 51 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ T - test และสถิติ Wilcoxon Signed - Rank Test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า “NONGHAN Model” ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ Networking (การสร้างเครือข่ายและความร่วมมือ) Observation (การสังเกตและติดตาม) Needs (การประเมินความต้องการ) Governance (การบริหารจัดการ) Holistic Implementation (การดูแลแบบองค์รวม) Assessment (การประเมินและวิเคราะห์ผล) และ Nurturing (การดูแลต่อเนื่อง) ผลการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินรูปแบบการดูแลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก (\bar{X} = 3.74, S.D. = 0.63) เป็น (\bar{X} = 4.12, S.D. = 0.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.22, p < 0.001$) ระดับความรุนแรงทางจิตเวช (OAS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.29, p < 0.001$) ผู้ป่วยจำนวน 71 ราย มีการลดระดับความรุนแรงลง ในขณะที่มีเพิ่มขึ้นเพียง 13 ราย และผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงสีเขียวเพิ่มจากร้อยละ 53.54 เป็นร้อยละ 75.98 ในด้านความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.37, S.D. = 0.66)

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการ/ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ หนองหานโมเดล

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate an integrated drug patient care model, assess its effects on rehabilitation outcomes among drug patients, and analyze the effectiveness of District Health Board (DHB) participation and digital tracking system utilization in drug patient care in Nonghan District, Udon Thani Province, from October 2025 to March 2026. The study was conducted in four phases: (1) situation analysis, (2) model development and design, (3) model implementation, and (4) monitoring and outcome evaluation. Quantitative data were collected using questionnaires and satisfaction assessment

¹ ส.ม. (การบริหารงานสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

² วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

tools along with the e - Nonghan Care program. The sample consisted 269 participants in Phase 3. Qualitative data were collected through brainstorming interviews with 12 key informants and focus group discussions with 51 participants. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and Wilcoxon Signed-Rank Test, while qualitative data were subjected to content analysis.

The findings revealed that the developed model, termed the "NONGHAN Model," comprised seven steps: Networking, Observation, Needs, Governance, Holistic Implementation, Assessment, and Nurturing. Implementation of the model demonstrated that the mean score for patient care model evaluation increased significantly from (\bar{x} = 3.74, S.D. = 0.63) to (\bar{x} = 4.12, S.D. = 0.69) (t = 8.22, p < 0.001). Psychiatric severity scores based on the Overt Aggression Scale (OAS) decreased significantly (Z = -5.29, p < 0.001), with 71 patients showing reduced severity levels compared to only 13 patients showing an increase. Furthermore, the proportion of patients classified at the green severity level increased from 53.54% to 75.98%. Overall satisfaction was rated at the highest level (\bar{x} = 4.37, S.D. = 0.66).

Keywords: an Integrated Drug Addiction Care Model/ District Health Board / NONGHAN Model

บทนำ

ปัญหายาเสพติดถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงสร้างภาระต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดจึงไม่ใช่เพียงการบำบัดรักษาทางการแพทย์ แต่ยังต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและสร้างการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน แนวคิดการดูแลแบบบูรณาการ (integrated care model) ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นกลไกที่สามารถเชื่อมโยงการทำงานของระบบสุขภาพกับภาคสังคมและชุมชน ทำให้เกิดความต่อเนื่อง ครอบคลุม และสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่¹ หลักการดังกล่าวจึงเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่ผสมผสานทั้งการแพทย์ สาธารณสุขและชุมชน ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกับระบบดิจิทัลเพื่อการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

องค์การสหประชาชาติรายงานว่า มีประชากรกว่า 35 ล้านคนทั่วโลกที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด และต้องการการบำบัด แต่มีเพียง 1 ใน 7 ที่เข้าถึงบริการรักษาได้² ปัญหานี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและประชากรวัยทำงาน ขณะที่ภูมิภาคเอเชียเผชิญความท้าทายจากการ

แพร่ระบาดของ เมทแอมเฟตามีนและเฮโรอีน³ สำหรับประเทศไทยปัญหาเสพติดยังคงเป็นปัญหาหลักที่ส่งผลกระทบต่อ ความมั่นคง เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้ยาซ้ำซากที่มีอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูง แม้จะได้รับการบำบัดแล้วก็ตาม⁴ ข้อมูลจากพื้นที่จังหวัดอุดรธานีสะท้อนสถานการณ์ที่รุนแรงเช่นเดียวกัน โดยอำเภอหนองหานเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูง สอดคล้องกับรายงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เข้มแข็งและยั่งยืน⁵

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาเสพติดมีทั้งด้านบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ไม่ว่าจะเป็นความเครียด ปัญหาครอบครัว สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงยาเสพติด รวมถึงการขาดโอกาสทางการศึกษาและการประกอบอาชีพ การแก้ไขปัญหาก็ต้องอาศัยการบูรณาการหลายมิติ ทั้งการบำบัดรักษาทางการแพทย์ควบคู่กับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมและการสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมในชุมชน งานวิจัยที่ผ่านมาเสนอรูปแบบการบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วมและกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่สามารถลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำและสร้างความร่วมมือเชิงพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶

นอกจากนี้ การนำระบบดิจิทัลมาใช้ติดตามผู้ป่วย เช่น แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มการรายงานผลการรักษา ยังช่วยให้การติดตามมีความต่อเนื่อง ถูกต้อง และตรวจสอบได้ ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานที่ทันสมัยและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์สาธารณสุขในยุคดิจิทัล

งานวิจัยหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการ โดยมีชุมชนและองค์กรท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม สามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดอัตราการหลุดจากระบบการรักษา และลดการกลับไปเสพซ้ำ⁷ การติดตามต่อเนื่องผ่านระบบดิจิทัลยังช่วยให้การรายงานผลมีประสิทธิภาพ และสร้างฐานข้อมูลกลางที่สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายได้ดียิ่งขึ้น สำหรับพื้นที่อำเภอหนองหาน การประยุกต์ใช้โมเดลดังกล่าวจะช่วยเสริมศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบูรณาการเครือข่ายท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน โดยมีกระบวนการทำงานตามขั้นตอนที่ชัดเจน เช่น การคัดกรอง การส่งต่อ และการติดตามตามคู่มือการดำเนินงาน เป็นต้น

แม้จะมีงานวิจัยและโครงการนำร่องจำนวนมากที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบชุมชน มีส่วนร่วม แต่ยังไม่พบข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ การขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ ขาดการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และยังไม่มีความชัดเจนเชิงประจักษ์เพียงพอเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการนำระบบดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการติดตามผู้ป่วยร่วมกับกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในจังหวัดอุดรธานี การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างความรู้ดังกล่าว ด้วยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่ผสมผสานการทำงานเชิงบูรณาการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กับการติดตามผ่านระบบดิจิทัล เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่

ชัดเจน สามารถขยายผลและต่อยอดเป็นนโยบายระดับจังหวัดและประเทศได้อย่างยั่งยืน⁸

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการ โดยความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร่วมกับการติดตามผ่านระบบดิจิทัล
2. เพื่อประเมินผลของการดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการต่อผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูของผู้ป่วยยาเสพติด
3. เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและการใช้ระบบติดตามดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด
4. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างยั่งยืน

สมมติฐานในการวิจัย

1. การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการ โดยความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับการติดตามผ่านระบบดิจิทัล มีประสิทธิผลมากกว่าการดูแลตามวิธีปกติ
2. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบบูรณาการร่วมกับการติดตามผ่านระบบดิจิทัล มีผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ
3. การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R & D) โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนาและออกแบบรูปแบบ ระยะที่ 3 การทดลองใช้ และระยะที่ 4 ดำเนินงานในอำเภอหนองหาน

จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 16 คน ผู้บริหารโรงพยาบาลหนองหาน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 11 คน และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด จำนวน 11 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากร⁹ คำนวณจากสูตร ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 \alpha/2P(1-P)}{e^2(N-1) + Z^2 \alpha/2P(1-P)}$$

ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95.0 โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 และใช้สัดส่วนของการใช้ยาเสพติดร้อยละ 11.7¹⁰ เป็นฐานในการคำนวณ สุ่มตัวอย่างโดยการเทียบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามขนาดของประชากร และดำเนินการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) คือ ตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตัวแทนผู้บริหารโรงพยาบาลหนองหาน และตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 คน เพื่อร่วมระดมความคิดเห็น (Brain Storming) และถอดบทเรียนนอกจากนั้นยังเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยเลือกแบบเจาะจงคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้บริหารโรงพยาบาลหนองหานและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด รวม 51 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามตำแหน่ง

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการ ร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e – Nonghan Care กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

บุคลากรผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด เลือกแบบเจาะจง จำนวน 15 คน และผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 254 คน โดยใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร⁹ และสุ่มตัวอย่างโดยการเทียบสัดส่วนตามขนาดประชากรของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

- เป็นบุคลากรที่มีประสบการณ์ทำงานการดูแล/จัดบริการผู้ป่วยยาเสพติด อย่างน้อย 6 เดือน เพื่อให้มีความเข้าใจบริบทการทำงาน
- เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาการใช้สารเสพติดตามเกณฑ์ทางการแพทย์ และเข้ารับการรักษาหน่วยบริการสาธารณสุขในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
- มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- มีภูมิลำเนาและพำนักในพื้นที่อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี และมีแผนที่จะอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน
- มีโทรศัพท์มือถือพื้นฐาน/สมาร์ตโฟนหรือสามารถเข้าถึงอุปกรณ์สำหรับการติดตามดิจิทัลได้
- เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร อ่านหนังสือออกเขียนภาษาไทยได้
- ผู้ให้ข้อมูลที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

- เป็นบุคลากรที่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด ลาป่วยระยะยาว หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน
- เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในภาวะทางการแพทย์หรือจิตเวชที่ไม่เสถียรและต้องการการรักษาเร่งด่วน เช่น ภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะหลอนร้ายแรง เป็นต้น

- เป็นผู้ป่วยที่ถูกจำกัดสิทธิเสรีภาพ เช่น ถูกคุมขังทำให้ไม่สามารถติดตามระยะยาวได้ เป็นต้น

- เป็นผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนความยินยอมในระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ ตอนที่ 2 ปัญหาและความต้องการในดูแลผู้ป่วย ยาเสพติด จำนวน 10 ข้อ และตอนที่ 3 ความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดบูรณาการ จำนวน 10 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 3 สำหรับบุคลากรผู้ให้บริการ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ ตอนที่ 2 แบบสอบถามการดำเนินงานยาเสพติด จำนวน 20 ข้อ โดยตอนที่ 1 และตอนที่ 2 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และตอนที่ 3 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเป็นแบบสอบถามปลายเปิดเพื่อให้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 3 สำหรับผู้ป่วยยาเสพติด แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ และตอนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 20 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ชุดที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 4 แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ข้อ และตอนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 17 ข้อคำถาม โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวคำถามสำหรับการระดมความคิดเห็นและการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อเก็บข้อมูลอย่างครอบคลุมเชิงประจักษ์ที่สัมพันธ์กับบริบทพื้นที่สถานการณ์ปัญหา และแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการ ร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e – Nonghan Care

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงาน ยาเสพติด และการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดด้วยสถิติ Paired t – test และสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test โดยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการใช้สถิติด้วย Kolmogorov-Smirnov (K-S test) พบว่า มีการแจกแจงปกติ

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 169 ลงวันที่ 8 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.3 อายุระหว่าง 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.1 (\bar{X} = 44.37, S.D. = 10.32) สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 63.2 ระดับการศึกษาปริญญาตรี เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 73.7 ตำแหน่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 42.2 มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติด 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.7 (\bar{X} = 8.63, S.D. = 7.56)

ระยะที่ 2 กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.3 อายุระหว่าง 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 (\bar{X} = 36.53, S.D. = 6.30) สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 53.3 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 80.0 มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติด 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.7 (\bar{X} = 6.20, S.D. = 5.09)

ระยะที่ 3 กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 96.1 อายุระหว่าง 30 - 39 ปี คิดเป็น ร้อยละ 44.1 (\bar{X} = 35.12, S.D. = 8.73) สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 68.5 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา-ตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 38.6 อาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 37.4 ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.2 (\bar{X} = 9.47, S.D. = 4.77)

2. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการ

2.1 ผลการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด พบว่า ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเด็นที่ได้รับคะแนนสูงสุดสองอันดับแรกซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดต้องการการฟื้นฟูทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (\bar{X} = 4.45, S.D. = 0.89) และครอบครัวผู้ป่วยยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติด (\bar{X} = 4.45, S.D. = 0.65) ส่วนรายชื่อที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ยังไม่ครอบคลุมทุกภาคส่วน (\bar{X} = 3.21, S.D. = 1.07) ภาพรวมคะแนนปัญหาและความต้องการอยู่ที่ 40.24 คะแนน จาก 50 คะแนน (S.D. = 4.36) โดยร้อยละ 55.3 มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง

2.2 ผลการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการ พบว่า ความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ประเด็นที่ได้คะแนนสูงสุดคือ

การทำงานแบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐมีความจำเป็นอย่างยิ่ง (\bar{X} = 4.76, S.D. = 0.49) ส่วนประเด็นที่ยังได้คะแนนต่ำสุด คือ รูปแบบ บูรณาการร่วมกับระบบติดตามดิจิทัลจะช่วยลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้ (\bar{X} = 4.03, S.D. = 0.97) ซึ่งภาพรวมคะแนนแนวทางการพัฒนารูปแบบอยู่ที่ 44.79 คะแนน จาก 50 คะแนน (S.D. = 4.41) โดยร้อยละ 89.5 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ซึ่งสะท้อนถึงความพร้อมและฉันทามติขององค์กรในการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน

3. การพัฒนารูปแบบ “NONGHAN Model”

เป็นกระบวนการสำคัญที่มุ่งสังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 เข้ากับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของอำเภอหนองหาน ผลจากกระบวนการพัฒนาได้รูปแบบที่มีชื่อว่า "NONGHAN Model" ซึ่งตั้งชื่อตามพื้นที่ดำเนินการเพื่อสะท้อนความเป็นเจ้าของของชุมชนหนองหาน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ภายใต้ตัวย่อ N-O-N-G-H-A-N โดยแต่ละขั้นตอนมีเหตุผลและเป้าหมายเฉพาะดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 N - Networking (การสร้างเครือข่ายและความร่วมมือ) มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุข คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ชุมชน ครอบครัว และผู้ป่วย ขั้นตอนนี้ตั้งอยู่ในลำดับแรกอย่างตั้งใจ เพราะผลจากระยะที่ 1 ชี้ให้เห็นชัดว่าระบบเดิมทำงานแบบแยกส่วน ปัญหาหลักจึงไม่ใช่การขาดทรัพยากร แต่เป็นการขาดการประสานงาน ดังนั้นการสร้างเครือข่ายและความร่วมมือจึงเป็นรากฐานที่ต้องวางก่อนทุกสิ่ง

ขั้นตอนที่ 2 O - Observation (การสังเกตและติดตาม) มุ่งเน้นการเก็บข้อมูลและติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต โดยขั้นตอนนี้ไม่ใช่แค่

การสังเกตทั่วไป แต่เชื่อมโยงโดยตรงกับระบบดิจิทัลผ่านโปรแกรม e - Nonghan Care และประเมินผลผู้ป่วยตามแนวทางบำบัด Patient Journey (ระบบสี่ 4 ระดับ) ทำให้การสังเกตที่เคยเป็นเรื่องส่วนตัวของบุคลากรแต่ละคนกลายเป็นข้อมูลกลางที่ทุกฝ่ายเข้าถึงและใช้งานร่วมกันได้

ขั้นตอนที่ 3 N – Needs (การประเมินความต้องการ) มุ่งสำรวจความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ก่อนออกแบบการดูแล ขั้นตอนนี้เกิดจากข้อค้นพบในระยะที่ 1 ที่พบว่าระบบเดิมมักกำหนดการดูแลจากมุมมองของผู้ให้บริการมากกว่ามุมมองของผู้รับบริการ ทำให้การรักษาไม่สอดคล้องกับชีวิตจริงของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาโดยตรง

ขั้นตอนที่ 4 G – Governance (การบริหารจัดการ) มุ่งกำหนดโครงสร้างการบริหารบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย และกระบวนการตัดสินใจ โดยตั้งให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกกำกับดูแลหลัก ขั้นตอนนี้แก้ปัญหารื่องความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ ซึ่งจากระยะที่ 1 พบว่าก่อนพัฒนา คณะกรรมการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่อยู่ในอันดับรองลงมา (\bar{X} = 4.20, S.D. = 0.86) สะท้อนว่าบุคลากรยังมีความไม่แน่ใจว่าใครรับผิดชอบอะไร

ขั้นตอนที่ 5 H – Holistic Implementation (การดูแลแบบองค์รวม) มุ่งบูรณาการการฟื้นฟูผู้ป่วยครบทุกมิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และอาชีพ ขั้นตอนนี้ตอบโจทย์ตรงกับประเด็นที่ได้คะแนนสูงสุดในระยะที่ 1 ที่ผู้ปฏิบัติงานระบุว่าผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูครบ 3 มิติ (\bar{X} = 4.45, S.D. = 0.89) โดยขยายเพิ่มมิติอาชีพเข้าไปด้วย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานที่ต้องการกลับคืนสู่ตลาดแรงงานหลังบำบัด

ขั้นตอนที่ 6 A – Assessment (การประเมินและวิเคราะห์ผล) มุ่งประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยและประสิทธิผลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

(พชอ.) ขั้นตอนนี้แตกต่างจากการประเมินทั่วไปตรงที่เป็นการประเมินสองทาง คือประเมินทั้งผู้ป่วยและประเมินกระบวนการทำงานของระบบเองด้วย ทำให้สามารถปรับแก้ได้ทันทีเมื่อพบจุดอ่อน

ขั้นตอนที่ 7 N – Nurturing (การดูแลต่อเนื่อง) มุ่งสร้างความต่อเนื่องในการดูแลและติดตามผู้ป่วยผ่านเครือข่ายชุมชนและระบบดิจิทัลผ่านโปรแกรม e - Nonghan Care ขั้นตอนที่สุดท้ายนี้ตอบโจทย์ปัญหาการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ (Relapse) โดยตรง เพราะการติดตามที่ขาดความต่อเนื่องคือสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาติดซ้ำ N - Nurturing จึงออกแบบให้ไม่มีจุดสิ้นสุด แต่เป็นวงจรการดูแลที่หมุนต่อเนื่องตลอดไป

4. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e - Nonghan Care

4.1 กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ

เมื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบมีหลายข้อที่คะแนนปรับเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดมีความเหมาะสมและชัดเจน (\bar{X} = 4.33, S.D. = 0.62) การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และภาคีเครือข่ายช่วยสนับสนุนการดำเนินงานได้ดี (\bar{X} = 4.33, S.D. = 0.90) การทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และหน่วยงานอื่น ๆ ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ (\bar{X} = 4.33, S.D. = 0.49) การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและครอบครัวมีประสิทธิภาพ (\bar{X} = 4.33, S.D. = 0.82) และการทำงานร่วมกับระบบดิจิทัลช่วยให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนได้ง่ายขึ้น (\bar{X} = 4.33, S.D. = 0.62)

4.2 กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด

ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดพบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน โดยก่อนการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยร้อยละ 61.8 อยู่ในระดับปาน

กลาง และร้อยละ 27.2 อยู่ในระดับสูง หลังการใช้รูปแบบ สัดส่วนเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญโดยร้อยละ 61.8 ยกระดับขึ้นมาอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 34.6 อยู่ในระดับ ปานกลาง สะท้อนการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญของระบบการดูแลโดยรวม และหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วย พึงพอใจกับรูปแบบการดูแลและการติดตามผลโดยรวม ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = 0.83)

5. การติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e - Nonghan Care

5.1 ผลลัพธ์กระบวนการ (Output)

เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดภาพรวมในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 254 คน พบว่า ก่อนการพัฒนา อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด 157 คน (ร้อยละ 61.8) รองลงมาคือระดับสูง 69 คน (ร้อยละ 27.2) หลังการพัฒนา ระดับสูงมากที่สุด 157 คน (ร้อยละ 61.8) รองลงมาคือระดับปานกลาง 88 คน (ร้อยละ 34.6) สะท้อนการยกระดับที่มีนัยสำคัญของระบบการดูแลโดยรวม

ผลการเปรียบเทียบระดับความรุนแรง (OAS) ก่อนและหลังพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยสี่เขียว (ไม่มีอาการทางจิตเวช) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.54 เป็นร้อยละ 75.98 ขณะที่ผู้ป่วยสี่เหลืองลดลงจากร้อยละ 39.76 เป็นร้อยละ 17.32 ผลการทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่าระดับความรุนแรงหลัง การพัฒนาลดลงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.29$, $p < 0.001$)

5.2 ผลการประเมินความพึงพอใจ

ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับสูง ร้อยละ 73.0 ด้านที่ได้คะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ ด้านระบบติดตามและเทคโนโลยีดิจิทัล ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.68) โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อความปลอดภัย

และการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคล ($\bar{X} = 4.51$, S.D. = 0.74)

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในอำเภอหนองหานมีระดับการรับรู้ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 40.24$, S.D. = 4.36) สะท้อนการตระหนักรู้อย่างลึกซึ้งถึงความซับซ้อนของปัญหา ยาเสพติดในระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Biopsychosocial Model ของ เอ็นเกล (Engel)¹¹ ที่มองปัญหาการติดสารเสพติดว่าเป็นผลลัพธ์จากปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนระหว่างปัจจัยด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม การที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ความสำคัญสูงสุดกับความต้องการการฟื้นฟูแบบองค์รวมและการขาดทักษะของครอบครัวสะท้อนว่าบริบทของอำเภอหนองหานต้องการการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งนี้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข¹² รายงานว่าพื้นที่ที่มีกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีประสิทธิภาพสูงมีอัตราการบำบัดสำเร็จสูงขึ้นร้อยละ 18 และอัตราการกลับเสพยาเสพติด ร้อยละ 22 ยืนยันความสำคัญของการดูแลแบบบูรณาการในระดับอำเภอ

ประเด็นที่น่าสนใจคือการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ยังไม่ครอบคลุมทุกภาคส่วนได้รับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.21$, S.D. = 1.07) สะท้อนว่าการบูรณาการ ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนยังมีช่องว่าง สอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนของอาร์นสไตน์ (Arnstein)¹³ ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมที่แท้จริงต้องก้าวข้ามระดับการรับรู้ข้อมูลไปสู่การร่วมตัดสินใจและร่วมรับผิดชอบ ข้อค้นพบนี้สนับสนุนความจำเป็นในการพัฒนากลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้มีความเข้มแข็งและครอบคลุมกว่าเดิม

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (NONGHAN Model)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด “NONGHAN Model” ที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดหลายประการ กล่าวคือ ขึ้นตอน N - Networking และ G - Governance สะท้อนหลักการ Health in All Policies ขององค์การอนามัยโลก¹⁴ ที่เน้นการบูรณาการนโยบายสุขภาพเข้าสู่ภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคม ขึ้นตอน N - Needs สอดคล้องกับ Transtheoretical Model ของโพรแชสกา และดีเคิลเมนเท (Prochaska & DiClemente)¹⁵ ที่ยืนยันความสำคัญของการประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงก่อนเริ่มการบำบัด ส่วนขึ้นตอน H - Holistic Implementation นำแนวคิดการฟื้นฟูแบบองค์รวมของสำนักงานบริหารจัดการด้านการใช้สารเสพติดและบริการสุขภาพจิต (SAMHSA)¹⁶ มาผสมผสานกับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (Community-Based Treatment: CBTx) โปรแกรมแพทย์¹⁷ และขึ้นตอน N - Nurturing เชื่อมโยงกับกรอบ mHealth ขององค์การอนามัยโลก¹⁸ ที่สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมความต่อเนื่องของ การดูแลสุขภาพ

นอกจากนี้ “NONGHAN Model” ยังมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ คัมพ์เฟอร์ (Kumpfer) และคณะ¹⁹ ที่พบว่าโปรแกรมการฟื้นฟูที่มีชุมชนมีส่วนร่วมสูงมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 - 60 เมื่อเทียบกับโปรแกรมที่ไม่มีการมีส่วนร่วมของชุมชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดทุนทางสังคมที่ยืนยันว่าเครือข่ายความสัมพันธ์และความไว้วางใจในชุมชนเป็นรากฐานสำคัญของการแก้ปัญหาสาธารณสุข และสอดคล้องกับผลการวิจัยของวัลยา ธรรมพนิชวัฒน์²⁰ ที่พบความสัมพันธ์เชิงบวก ระหว่าง ระดับ การมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กับความสำเร็จในการบำบัด ($r = 0.67$)

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดต่อกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ

ผลการเปรียบเทียบการดำเนินงานยาเสพติดของบุคลากรผู้ให้บริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ($\bar{x} = 3.96$, S.D. = 0.98) เพิ่มขึ้นเป็น ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.60) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.79$, $p = 0.44$) ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ($n = 15$) ทำให้อำนาจทางสถิติ (Statistical Power) ไม่เพียงพอในการตรวจจับความแตกต่างขนาดเล็ก อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเชิงคุณภาพพบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่ชัดเจน โดยเฉพาะการที่กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการมีระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานยาเสพติดอยู่ในระดับที่ต่ำ (0 - 59 คะแนน) ลดลงจากร้อยละ 20.0 เหลือร้อยละ 0 หลังการใช้รูปแบบสะท้อนประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดำเนินงานและการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในภาพรวม ประเด็นที่บุคลากรให้ความสำคัญหลังการใช้รูปแบบ ได้แก่ นโยบายการดำเนินงานมีความชัดเจน ($\bar{x} = 4.47$, S.D. = 0.74) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดมีความเหมาะสมและชัดเจน ($\bar{x} = 4.33$, S.D. = 0.62) การมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และภาคีเครือข่ายช่วยสนับสนุนการดำเนินงานได้ดี ($\bar{x} = 4.33$, S.D. = 0.90) การทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และหน่วยงานอื่น ๆ ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ($\bar{x} = 4.33$, S.D. = 0.49) การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและครอบครัวมีประสิทธิภาพ ($\bar{x} = 4.33$, S.D. = 0.82) การทำงานร่วมกับระบบดิจิทัลช่วยให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนได้ง่ายขึ้น ($\bar{x} = 4.33$, S.D. = 0.62) สอดคล้องกับทฤษฎีการกระทำร่วมที่เน้นความสำคัญของกฎเกณฑ์ที่ชัดเจนและการบริหารจัดการร่วมกันในการแก้ปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งสอดคล้องกับแนวทาง UCCARE ที่กำหนดให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

4. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลต่อ

กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินรูปแบบการดูแลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก (\bar{X} = 3.74, S.D. = 0.63) เป็น (\bar{X} = 4.12, S.D. = 0.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.22, p < 0.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบบูรณาการมีผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะพร ศักดิ์เกษม และคณะ²¹ ที่พบว่ารูปแบบการดูแลบูรณาการส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดเสพหลัง 6 เดือน ร้อยละ 68.3 สูงกว่าการดูแลแบบปกติที่ร้อยละ 48.7 อย่างมีนัยสำคัญ และสนับสนุนข้อค้นพบของแม็กเลลแลน (McLellan) และคณะ²² ที่รายงานว่า การบูรณาการบริการการดูแลส่งผลให้อัตราการงดเว้นสารเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.3

ประเด็นที่น่าสังเกตคือรายข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงสูงสุดหลังการใช้รูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดูแลนี้เหมาะสมกับตนเองและบริบทของชีวิต (\bar{X} = 4.28, S.D. = 0.82) และผู้ป่วยสามารถนำแนวทางที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ (\bar{X} = 4.23, S.D. = 0.82) ซึ่งสะท้อนประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory) และแนวทาง Motivational Interviewing²³ ในการสร้างแรงจูงใจภายในของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการฟื้นฟูที่ยั่งยืน

นอกจากนี้รายข้อที่เกี่ยวกับการใช้ระบบดิจิทัลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยติดตามการรักษาและรับคำแนะนำ ได้ง่าย มีคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจาก (\bar{X} = 3.54, S.D. = 0.95) เพิ่มขึ้นเป็น (\bar{X} = 4.20, S.D. = 0.88) อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ($t = 6.92, p < 0.001$) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของโทรัส (Torous) และคณะ²⁴ ที่วิเคราะห์งานวิจัย 46 เรื่อง พบว่า mHealth สามารถลดการใช้สารเสพติดและเพิ่มอัตราการคงอยู่ในการรักษา รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของอรัญญา วงศ์ดีวัตร และคณะ²⁵ ที่พบว่าการใช้แอป

พลิเคชันเพิ่มอัตราการติดตามผลร้อยละ 67.5

5. การเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงทางจิตเวช (Overt Aggression Scale: OAS)

ผลการทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.29, p < 0.001$) โดยผู้ป่วยสีเขียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.54 เป็นร้อยละ 75.98 ผลลัพธ์นี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าการดูแลแบบบูรณาการมีประสิทธิผลมากกว่าการดูแลตามวิธีปกติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของอนิรุทธ์ ชัยสมบูรณ์พันธ์ และคณะ²⁶ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบมีส่วนร่วม “BCH-UD Model” พบว่า การใช้ยาบำบัดลดลงจากร้อยละ 98 เหลือร้อยละ 65.3 ภายหลังการใช้รูปแบบบูรณาการ

นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยยาเสพติดจำนวน 71 ราย มีการลดระดับความรุนแรง (Negative Ranks) ในขณะที่เพิ่มขึ้นเพียง 13 ราย (Positive Ranks) สะท้อนประสิทธิผลของระบบการจำแนกผู้ป่วยตาม Patient journey ร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e - Nonghan Care ที่ช่วยให้สามารถส่งต่อและปรับแผนการดูแลได้ทันทีที่สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกวรรณ บุญยะมาลิก และคณะ²⁷ ที่พบว่าระบบสารสนเทศบูรณาการส่งผลให้อัตราการติดตามครบตามแผนเพิ่มขึ้นร้อยละ 55.8

6. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e - Nonghan Care

ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.37, S.D. = 0.66) โดยด้านระบบติดตามและเทคโนโลยีดิจิทัลได้รับความพึงพอใจสูงกว่าด้านการดำเนินงานและการดูแลผู้ป่วย ประเด็นที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุด คือ ความปลอดภัยและการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคล (\bar{X} = 4.51, S.D. = 0.74) สะท้อนว่าผู้ใช้งานตระหนักถึงความสำคัญของความเป็นส่วนตัว สอดคล้องกับกรอบ mHealth ขององค์การอนามัยโลก¹⁸ ที่เน้นธรร

มาภิบาลข้อมูลสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Data Governance) เป็นเงื่อนไขสำคัญของความยั่งยืน ระดับความพึงพอใจดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของกุสตาฟสัน (Gustafson) และคณะ²⁸ ในการทดลอง A - CHESS RCT ที่พบว่าผู้ป่วยซึ่งใช้ระบบดิจิทัลช่วยในการฟื้นฟูมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของโทฟิกี (Tofighi) และคณะ²⁹ ที่ยืนยันว่าการออกแบบระบบดิจิทัลที่ตอบสนองต่อบริบทของผู้ใช้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการยอมรับและการใช้งานอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด สะท้อนจากการที่ผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่า การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และภาคีเครือข่ายช่วยสนับสนุนการดำเนินงานได้ดี และการทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบล้วนอยู่ในระดับมากที่สุด ยืนยันบทบาทสำคัญของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในฐานะกลไกการกำกับดูแลระดับอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของโลเด (Laudet) และไวท์ (White)³⁰ ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวระยะยาวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนถึง 2.5 เท่า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรพิจารณากำหนดให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเป็นวาระถาวรในอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างเป็นทางการในระดับระเบียบหรือประกาศของอำเภอ

2) ควรจัดสรรงบประมาณประจำปีสำหรับ

การพัฒนาและบำรุงรักษาระบบโปรแกรม e - Nonghan Care อย่างต่อเนื่อง

3) ควรพิจารณารูปแบบ NONGHAN Model ขยายผลสู่อำเภออื่นในจังหวัดอุดรธานี ที่มีบริบทและโครงสร้างของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) ควรพัฒนาโปรแกรมป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ (Relapse Prevention Program) เฉพาะทาง สำหรับช่วง 6 - 12 เดือนแรกหลังการบำบัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติใช้ยาเสพติดนานเกิน 10 ปี

2) ควรทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อลดภาระงานซ้ำซ้อนของบุคลากร โดยใช้ฟังก์ชันของระบบ e-Nonghan Care มาทดแทนการบันทึกข้อมูลด้วยมือให้มากที่สุด

3) ควรกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในเรื่องการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยและการส่งต่อข้อมูลระหว่างบุคลากร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรดำเนินการวิจัยติดตามผลระยะยาว 12 - 24 เดือน เพื่อประเมินอัตราการกลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำที่แท้จริงและความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาดำเนินการเพียง 7 เดือน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมถาวรต้องใช้เวลาานาน ทั้งนี้สามารถใช้ฐานข้อมูลที่บันทึกไว้แล้วในระบบโปรแกรม e - Nonghan Care เป็นแหล่งข้อมูลหลักสำหรับการวิจัย

2) ควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Cost-Effectiveness Analysis) ของ NONGHAN Model โดยเปรียบเทียบกับรูปแบบการดูแลมาตรฐาน การวิเคราะห์ต้นทุนต่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระดับสูงหนึ่งราย และการเปรียบเทียบกับต้นทุนทางสังคมของปัญหาเสพติดที่ไม่ได้รับการจัดการจะเป็นข้อมูลสำคัญในการสนับสนุนการขยายผลเชิงนโยบายในระดับจังหวัดและระดับประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากอาจารย์ที่ปรึกษา งานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจน ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจ ใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์และขอขอบพระคุณเป็น

อย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ รวมถึงขอขอบคุณนายอำเภอหนองหาน ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรหนองหาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ บุคลากร ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด และผู้ป่วยยาเสพติด ในอำเภอหนองหานทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลสำคัญจนทำให้ งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Hill K, Kuo I, Sheno SV, Desruisseaux MS, Springer SA.(2023). Integrated care models: HIV and substance use. Curr HIV/AIDS Rep. 2023; 20 (5): 286 – 295.
- Simoneau H, Kamgang E, Tremblay J, Bertrand K, Brochu S, Fleury MJ.(2018). Efficacy of extensive intervention models for substance use disorders: A systematic review. Drug Alcohol Rev. 2018; 37: S246 – 262.
- Yang J, Giummarra MJ.(2021). Compulsory and voluntary drug treatment models in China: A need for improved evidence - based policy and practice to reduce the loaded burden of substance use disorders. Int J Drug Policy. 2021; 92: 103063.
- ณัฐกฤตา พุ่มวงศ์.(2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ: พชอ. ในผู้เข้าเสพติดประเทศไทย. วารสารการพัฒนาศาสนาชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2567; 12 (4): 347 – 361.
- ประพัทธ์ ธรรมวงศา.(2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567; 6 (1): e268174.
- นริศ คมจิตร.(2567). ผลการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโตน อำเภอสุวรรณภูมิ. วารสาร อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9 (6): 355 – 365.
- พุลศิลป์ แสงบุตร.(2568). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายใต้โครงการ CBTx ตำบลดินจี่ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2568; 3 (2): 388 – 402.
- Barbaglia G, Robles N, Hilarión P, Torres M, Gotsens M, Colell E, et al.(2022). Integrated health and social care evaluation framework for mental health and drug addiction care. Eur J Public Health. 2022; 32 (Suppl_3): ckac 130 - 115.
- รุธิพงษ์ ภักดีกุล.(2566). วิธีการวิจัยในงานอนามัยชุมชน Research Methodology in Community Health. บริษัทจรัล สนิทวงศ์ การพิมพ์ จำกัด; 2566.
- สุภา เพ็งปัด, คาร์ล เพลท์เซอร์.(2564). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจากสถานพยาบาลสองรูปแบบในประเทศไทย. วารสารนโยบาย การป้องกัน และการบำบัดสารเสพติด. 2564; 16 (1): 10.
- Engel GL.(1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science.1977; 196 (4286): 129 – 136.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2563). รายงานการประเมินระบบสุขภาพอำเภอและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563.
- Arnstein SR.(1969). A ladder of citizen participation. J Am Inst Plann. 1969; 35 (4): 216 – 224.
- World Health Organization.(2013). Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. Geneva: WHO Press; 2013.

15. Prochaska JO, DiClemente CC.(1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983; 51 (3): 390– 395.
16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.(2012). SAMHSA's working definition of recovery. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
17. กรมการแพทย์.(2565). แนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
18. World Health Organization. (2021). Global strategy on digital health 2020 – 2025. Geneva: WHO Press; 2021.
19. Kumpfer KL, Alvarado R, Whiteside HO.(2003). Family-based interventions for substance use and misuse prevention. *Sub Use Misuse.* 2003; 38 (11 – 13): 1759 – 1787.
20. วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์.(2565). การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จใน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในเขตสุขภาพที่ 4. วารสารวิชาการป้องกันและควบคุมโรค (ววกค.). 2565; 10 (1): 45 - 58.
21. ปิยะพร ศักดิ์เกษม, สุรัชย์ ศรีสังข์งาม, มนัส ภูติสกุล.(2564). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564; 15 (3): 289 – 304.
22. McLellan AT.(2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction.* 2002; 97 (3): 249 – 252.
23. Miller WR, Rollnick S.(2013). Motivational interviewing: Helping people change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
24. Torous J, Linardon J, Fuller-Tyszkiewicz M, et al.(2020). The efficacy of mHealth interventions for common mental health disorders and substance use disorders: an umbrella review of 46 meta - analyses. *World Psychiatry.* 2020 Oct; 19 (3): 323 - 343. doi: 10.1002/wps.20790.
25. อรัญญา วงศ์ดีวัตร, กษพรณ ปรีกษา, ณัฐวัฒน์ วงศ์ดีวัตร.(2565). ประสิทธิภาพของการใช้แอปพลิเคชันในการติดตามผู้ป่วย ยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพที่ 6. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565; 31 (4): 642 - 653.
26. อนิรุทธ์ ชัยสมบุญพันธ์, สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์, พรพิมล มัชฌนาโส.(2568). การพัฒนารูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชน มีส่วนร่วม ตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุดรธานี; 2568 [สืบค้นเมื่อ 11 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:
<https://backoffice.udpho.org/openaccess/index.php>
27. กนกวรรณ บุญยะมาติก, และคณะ.(2565). การพัฒนาระบบสารสนเทศบูรณาการเพื่อการติดตามและประเมินผลการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดในเขตสุขภาพที่ 7. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565; 31 (5): 824 - 835.
28. Gustafson DH, McTavish FM, Chih MY, Atwood AK, Johnson RA, Boyle MG, et al.(2014). A smartphone application to support recovery from alcoholism: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2014; 71 (5): 566 – 572.
29. Tofighi B, Grossman E, Buirkle EC, McNeely J, Gourevitch M, Lee JD.(2019). Mobile phone messaging for illicit drug and heavy alcohol use: A systematic review. *Subst Abuse.* 2019; 40 (2): 176 – 181.
30. Laudet AB, White WL.(2010). What are "social supports" anyway A qualitative and quantitative exploration of social support and its role in substance abuse recovery. *Alcohol Treat Q.* 2010; 28 (3): 243 - 266. doi: 10.1080/07347324.2010.488524.