

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชีวสุทโธ อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

Development of a Community-Based Care Model for Drug-Addicted Patients with Psychiatric Symptoms in Chiwasuttho Subdistrict Health Promoting Hospital, Chaturat District, Chaiyaphum Province.

(Received: July 10,2026 ; Revised: July 12,2026 ; Accepted: August 2,2026)

สิริพิมล ชาญตะคุ¹

Siriphimon Chantakhu¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชีวสุทโธ อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ดำเนินการตามวงจร Plan-Act-Observe-Reflect กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบประเมิน และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า บริบทชุมชนมีปัญหการเข้าถึงสารเสพติด การตีตราทางสังคม และการขาดความต่อเนื่องในการรักษา การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย การบูรณาการความร่วมมือของเครือข่าย การเสริมสร้างศักยภาพแกนนำชุมชน การจัดระบบพี่เลี้ยง การเยี่ยมบ้าน และการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ภายหลังการดำเนินงาน พบว่าการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องมากขึ้น มีแนวโน้มอาการทางจิตและพฤติกรรมเสี่ยงลดลง สามารถปรับตัวในชุมชนได้ดีขึ้น และชุมชนมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยมากขึ้น

คำสำคัญ : การดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต

Abstract

This study aimed to develop a community-based care model for drug-addicted patients with psychiatric symptoms in the service area of Chiwasuttho Subdistrict Health Promoting Hospital, Chaturat District, Chaiyaphum Province. Action research based on the Kemmis and McTaggart framework was employed using the Plan-Act-Observe-Reflect cycle. A total of 60 participants were purposively selected, including community leaders, village health volunteers, caregivers, and healthcare personnel. Data collection tools included questionnaires, assessment forms, and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings revealed that the community context was characterized by easy access to drugs, social stigma, and discontinuity of treatment. The developed model emphasized integrated collaboration among stakeholders, capacity building of community leaders, a buddy system, home visits, and continuous community-based follow-up. After implementation, community participation significantly increased ($p < .05$). Patients showed improved continuity of care, reduced psychiatric symptoms and risky behaviors, better social adaptation, and more positive community attitudes toward patients.

Keywords: Community-based care, Community participation, Drug-addicted patients with psychiatric symptoms

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชีวสุทโธ อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดทั่วโลกยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขและความมั่นคงของมนุษย์ที่มีความซับซ้อน และเชื่อมโยงกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองระหว่างประเทศอย่างใกล้ชิด รายงาน World Drug Report 2022 ของ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) ระบุว่า ในปี ค.ศ. 2020 มีประชากรวัย 15–64 ปีทั่วโลกมากกว่า 284 ล้านคนใช้สารเสพติด คิดเป็นประมาณ 1 ใน 18 ของประชากรกลุ่มอายุนี้ และเพิ่มขึ้นร้อยละ 26 เมื่อเทียบกับทศวรรษก่อนหน้า¹ สะท้อนการขยายตัวของตลาดยาเสพติดทั้งรูปแบบดั้งเดิมและสารสังเคราะห์ โดยเฉพาะกลุ่มแอมเฟตามีนและโอปิออยด์สังเคราะห์ที่มีต้นทุนต่ำและแพร่กระจายรวดเร็วผ่านเครือข่ายออนไลน์ ทั้งนี้ UNODC คาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2030 จำนวนผู้ใช้นิยาสารเสพติดทั่วโลกอาจเพิ่มขึ้น 299 ล้านคน หากไม่มีการดำเนินการเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพ² ส่งผลให้ภาระโรคเพิ่มขึ้น ทั้งการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ความพิการจากความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม รวมถึงผลกระทบทางสังคม เช่น อาชญากรรม ความรุนแรง และการตีตรา³

ในบริบทของประเทศไทย ปัญหายาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปัจจัยด้านการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนและเครือข่ายการค้ายาเสพติด ส่งผลให้สารเสพติดเข้าถึงง่ายและมีราคาถูก โดยข้อมูลจาก Office of the Narcotics Control Board ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2568 มีผู้ใช้นิยาสารเสพติดมากกว่า 1.9 ล้านคน⁴ และในช่วงครึ่งปีแรกมีผู้เข้ารับการบำบัด 25,281 คน และผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้อง 3,699 คน⁵ สะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างการใช้สารเสพติดกับปัญหาสุขภาพจิตอย่างชัดเจน โดยเฉพาะสารกระตุ้นประสาท เช่น เมทแอมเฟตามีน ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตและพฤติกรรมก้าวร้าว อีกทั้งยังมีอัตราการกลับไปใช้ซ้ำสูง ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคม การตีตรา และการติดตาม

ต่อเนื่อง⁶ ประเทศไทยได้ปรับปรุงพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2568 โดยเปลี่ยนมุมมองผู้เสพจาก “ผู้กระทำผิด” เป็น “ผู้ป่วย” และส่งเสริมการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment and Care: CBTC) ซึ่งเน้นการเข้าถึงบริการใกล้บ้าน ลดการตีตรา และเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังเผชิญข้อจำกัดด้านบุคลากร ระบบบริการ และการบูรณาการข้อมูล⁷

สำหรับจังหวัดชัยภูมิ ยาบ้าเป็นสารเสพติดที่แพร่ระบาดสูงสุด โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอเมืองคอนสวรรค์ และจัตุรัส⁸ ขณะที่ข้อมูลปี พ.ศ. 2567 พบว่าประชาชนร้อยละ 62.10 รับรู้ว่ามีปัญหาในชุมชน แม้ไม่ได้พบเห็นโดยตรง⁹ สะท้อนผลกระทบเชิงโครงสร้างต่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิต ดังนั้นการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐานในระดับปฐมภูมิ จึงมีความจำเป็นทั้งเชิงวิชาการและเชิงนโยบาย เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนการดำเนินงานภายใต้กรอบกฎหมาย และเสริมพลังชุมชนในการดูแล พันฟู และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อันนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของชุมชน สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน
2. เพื่อพัฒนาและศึกษากระบวนการดำเนินงานของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์และวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงเชิงปฏิบัติในบริบทจริงควบคู่กับการสร้างองค์ความรู้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ศึกษา กรอบแนวคิดการวิจัยอ้างอิงแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁸ ซึ่งเป็นกระบวนการแบบหมุนวน (Spiral process) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) โดยดำเนินการตามวงจร Plan-Act-Observe-Reflect ครอบคลุมการวิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดแนวทางพัฒนาการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ การติดตามและประเมินผลลัพธ์ และการสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงรูปแบบในรอบถัดไป แนวทางดังกล่าวมุ่งเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนและการเรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่าย อันนำไปสู่การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีความเหมาะสม ยั่งยืน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทพื้นที่ศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชีวิสุโข อำเภอดุสิต จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในกระบวนการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยในระดับชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 165 คน ประกอบด้วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ศึกษา จำนวน 60 คน ประกอบด้วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่

องค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยพิจารณาจากบทบาทหน้าที่ ประสบการณ์ และความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่ครอบคลุมมิติการมีส่วนร่วมในชุมชน ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คนมีความเหมาะสมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและการพัฒนารูปแบบร่วมกัน ช่วงเวลาในการศึกษาวิจัย เดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2569

เกณฑ์การคัดเข้า กำหนดให้เป็นบุคคลที่มีบทบาทหรือมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลหรือสนับสนุนผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชีวิสุโข โดยผู้เข้าร่วมต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยหรือปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีความสามารถในการสื่อสาร และมีสภาพร่างกายและจิตใจที่พร้อมต่อการให้ข้อมูล รวมทั้งยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ภายหลังได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และการพิทักษ์สิทธิอย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก กำหนดให้ตัดบุคคลที่ไม่มีบทบาทหรือความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ศึกษา หรือมีระยะเวลาการอยู่อาศัยหรือปฏิบัติงานในชุมชนไม่ถึง 6 เดือน รวมถึงบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี หรือมีข้อจำกัดด้านร่างกาย จิตใจ หรือภาษา ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรมวิจัย ตลอดจนผู้ที่ไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือเชิงปริมาณ และเครื่องมือเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ ดัดแปลงจากงานวิจัยของ อารมณ์ ภูมิ⁹ ประกอบด้วย 1) แบบ

ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต จำนวน 13 ข้อ แบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ใช้ประเมินก่อนและหลังการวิจัย จำแนกระดับอาการเป็น 3 ระดับ ได้แก่ รุนแรง (≤ 2.40) ปานกลาง ($2.41-3.40$) และทุเลา (≥ 3.41) 2) แบบติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นแบบรายงานการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ใช้สำหรับติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง 3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช และการดูแลผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อ แบบเลือกตอบ (ใช่/ไม่ใช่) ให้คะแนน 1 และ 0 จำแนกระดับความรู้ตามเกณฑ์ของ Bloom (1968) ได้แก่ ระดับมาก ($\geq 80\%$) ปานกลาง ($60-79\%$) และน้อย ($<60\%$) นอกจากนี้ ใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1) บทบาทในการแก้ไขปัญหา 2) การทำงานร่วมกับแกนนำและฝ่ายปกครอง 3) การทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ และ 4) การติดตามและประเมินผล ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คะแนนรวม 100 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ($20.00-26.67$) ปานกลาง ($26.68-53.33$) และสูง ($53.34-100.00$) โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนระดับการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นและ 4) แบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยโดยชุมชน แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบประเมินการปฏิบัติ 20 ข้อ แบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ (3, 2, 1 คะแนน) แปลผลเป็นระดับมาก ($2.34-3.00$) ปานกลาง ($1.67-2.33$) และน้อย ($1.00-1.66$)

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ดัดแปลงจากงานวิจัยของ อารณ ภูมิ⁹ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ใช้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ทศนคติของชุมชน แนวทางการจัดการปัญหา ยาเสพติด และข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน 2) แบบสังเกตพฤติกรรม (Observation Checklist) ใช้ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วม ได้แก่ การแสดงความคิดเห็น การอภิปราย การให้คำปรึกษา การ

วิเคราะห์ปัญหา การสรุปประเด็น และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมและ 3) เครื่องมือสนับสนุน ได้แก่ แผนปฏิบัติการ (Action Plan) สำหรับกำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน และการบันทึกภาพกิจกรรมเพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต แบบรายงานการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และแบบสอบถามการพัฒนาแบบการดูแลโดยชุมชน เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการพยาบาลอนามัยชุมชน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของเนื้อหา จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ≥ 0.50 และนำเครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try-Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกโดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected item-total correlation) และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต มีค่าเท่ากับ 0.93 แบบรายงานการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามการพัฒนาแบบการดูแลโดยชุมชน เท่ากับ 0.87 ซึ่งอยู่ในระดับสูงและยอมรับได้

การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากนั้นได้ดำเนินการตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดย

ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาและทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง ภายหลังได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้วิจัยได้ประสานงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และบทบาทของผู้เกี่ยวข้องให้เจ้าหน้าที่และกลุ่มตัวอย่างเข้าใจอย่างชัดเจน พร้อมทั้งคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวทางของ Kemmis และ McTaggart⁸ โดยใช้วงจร Plan-Act-Observe-Reflect และเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ทั้งนี้ การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการและศึกษาสถานการณ์ (Situational Analysis Phase) ศึกษาบริบทพื้นที่ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ทบทวนสถานการณ์ผู้ป่วย และวิเคราะห์ช่องว่างของระบบการดูแล พร้อมทั้งจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมและแต่งตั้งคณะทำงาน ผลลัพธ์: ได้ข้อมูลปัญหาเชิงลึกและความพร้อมของชุมชน

ระยะที่ 2 การวางแผนพัฒนารูปแบบ (Planning Phase) ดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และกำหนดเป้าหมายการพัฒนา ออกแบบองค์ประกอบของรูปแบบการดูแล และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ครอบคลุมกิจกรรม ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลา และตัวชี้วัด ผลลัพธ์: ได้ร่างรูปแบบการดูแล (ฉบับร่างที่ 1)

ระยะที่ 3 การดำเนินการทดลองใช้รูปแบบ (Implementation Phase) นำรูปแบบไปทดลองใช้ในพื้นที่จริง โดยดำเนินกิจกรรมตามแผน เช่น การเสริมพลังครอบครัว การติดตามเยี่ยมบ้าน และการประสานงานเครือข่าย พร้อมทั้งให้การสนับสนุนและกำกับติดตามการดำเนินงาน ผลลัพธ์: ได้ข้อมูลจากการดำเนินงานจริง

ระยะที่ 4 การสังเกตและประเมินผล (Observation and Evaluation Phase) ประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านผู้ป่วยและกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ ระดับอาการทางจิต การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การปรับตัวในชุมชน ระดับการมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ และอุปสรรคในการดำเนินงาน

ระยะที่ 5 การสะท้อนผลและปรับปรุงรูปแบบ (Reflection and Revision Phase) จัดประชุมสะท้อนผลร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิเคราะห์จุดแข็งและข้อจำกัด และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ผลลัพธ์: ได้รูปแบบการดูแลแบบสมบูรณ์ (Final Model)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบประเมิน โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลลัพธ์หลังการพัฒนารูปแบบ Paired t-test และใช้สถิติไม่อิงพารามิเตอร์ เช่น Wilcoxon Signed-Rank Test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการสังเกต โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผ่านกระบวนการถอดความข้อมูล การอ่านทบทวน การเข้ารหัส (Coding) การจัดหมวดหมู่ และการสร้างประเด็นหลัก (Themes)

3. การสังเคราะห์ข้อมูล บูรณาการผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอธิบายความสอดคล้องของกระบวนการพัฒนารูปแบบ และผลลัพธ์ตามวงจร Plan-Act-Observe-Reflect

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่รับรอง 94/2568 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.70 มีอายุอยู่ในช่วง 49–55 ปี ร้อยละ 40.00 อายุเฉลี่ย 48 ปี (SD = 7.78) โดยมีอายุสูงสุด 65 ปี และต่ำสุด 30 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.70 และมีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 48.60 ด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 74.30 และมีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 48.60 รองลงมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 31.40

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในพื้นที่ศึกษา พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชีวิสุโข อำเภोजัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ เป็นชุมชนชนบทที่เผชิญปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง มีแหล่งมั่วสุมและเส้นทางเข้า-ออกหลายเส้นทาง ส่งผลให้การควบคุมและเฝ้าระวังทำได้ยาก อีกทั้งการกำกับดูแลการจำหน่ายสุรา บุหรี่ และสารเสพติดยังขาดความเข้มงวด ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2568 พบแนวโน้มผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน เช่น ยาบ้า สารระเหย และกัญชา ร่วมกับการดื่มสุรา ส่งผลต่อการควบคุมตนเองและการดำรงชีวิต นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำนวนมากไม่มีอาชีพและขาดรายได้ ส่งผลให้เป็นภาระของครอบครัว ขณะที่บางครอบครัวขาดความตระหนักและมีการปกปิดข้อมูล ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพจำกัด รวมถึงชุมชนมีทัศนคติเชิงลบ เช่น การตีตราและความหวาดกลัว ส่งผลต่อการฟื้นฟูและการกลับคืนสู่สังคม

จากการติดตามพบว่าผู้ป่วยบางรายในระดับปานกลาง (กลุ่มสีเหลือง) ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องและกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ส่งผลให้อาการรุนแรงขึ้น (กลุ่มสีแดง) ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ โดยต้องเดินทางไปรับการรักษาในโรงพยาบาลระดับอำเภอหรือจังหวัด ซึ่งมีภาระค่าใช้จ่ายและข้อจำกัดทาง

เศรษฐกิจ ส่งผลให้การดูแลขาดความต่อเนื่อง และกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนโดยรวม การพัฒนาและกระบวนการดำเนินงานของรูปแบบการวิจัยดำเนินการภายใต้กรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้วงจร Plan-Act-Observe-Reflect จำนวน 2 วงรอบ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วงรอบที่ 1 มุ่งสร้างความเข้าใจสถานการณ์และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยจัดประชุมคั่นข้อมูลและจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน ซึ่งประกอบด้วยผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคประชาชน ดำเนินการดูแลผ่านการเยี่ยมบ้าน การติดตามอาการ และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ผลการดำเนินงานพบว่ายังมีปัญหาการกำเริบของอาการ การขาดความต่อเนื่องในการรักษา และการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สะท้อนข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการและการมีส่วนร่วมของชุมชน

วงรอบที่ 2 นำผลสะท้อนจากวงรอบแรกมาปรับปรุงรูปแบบ โดยเน้นการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน การเสริมสร้างศักยภาพแกนนำและอาสาสมัคร การกำหนดบทบาทเครือข่ายอย่างชัดเจน และการสร้างกติกาชุมชน พร้อมพัฒนากลไกสนับสนุน ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ระบบพี่เลี้ยง (Buddy system) การจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย และศูนย์ดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ผลลัพธ์พบว่า เครือข่ายชุมชนมีความร่วมมือเพิ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและเข้าถึงบริการมากขึ้น ส่งผลให้แนวโน้มความรุนแรงลดลง และชุมชนมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยมากขึ้น

โดยสรุป รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐานที่พัฒนาขึ้น เป็นกระบวนการแบบมีส่วนร่วมที่บูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วน สามารถตอบสนองต่อปัญหาในบริบทพื้นที่ และนำไปสู่การดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืนในระดับชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน

ขั้นตอน	กิจกรรม
1. การวิเคราะห์และสังเคราะห์ปัญหาของชุมชน (Problem Analysis and Synthesis)	1. ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของชุมชน โดยการลงพื้นที่ พบปะผู้นำชุมชน ผู้นำทางธรรมชาติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อประเมินศักยภาพและความเป็นไปได้ของความร่วมมือ
	2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อระบุปัญหาสาเหตุ และความต้องการของชุมชน
2. การวางแผนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบท (Contextualized Planning)	1. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับหมู่บ้าน โดยมีโครงสร้างการบริหารจัดการที่ชัดเจน และมีการประสานงานแบบบูรณาการทั้งแนวดิ่งและแนวราบ
	2. คัดเลือกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันกำหนดปัญหา แนวทาง และเป้าหมายการดำเนินงานในแต่ละวงจร
	3. วางแผนการดำเนินงาน การป้องกันความเสี่ยง และการจัดสรรทรัพยากร/งบประมาณ
3. การกำหนดกิจกรรม (Activity Design)	1. การจัดประชุมและรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้ในชุมชน
	2. การดำเนินกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง
	3. การกำหนดแนวทางป้องกันกลุ่มเสี่ยง และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน
4. การดำเนินกิจกรรม (Implementation)	1. พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข โดยอบรมทักษะที่จำเป็น และจัดระบบดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล (Buddy system)
	2. จัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อเป็นแหล่งให้คำปรึกษาและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
	3. บูรณาการความร่วมมือของเครือข่ายหลักในพื้นที่ ได้แก่ ภาคราชการสุขตำรวจ ฝ่ายปกครอง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดูแลและจัดการปัญหา
	4. สร้างความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นในชุมชน เช่น ผู้ประกอบการร้านค้า เพื่อสนับสนุนมาตรการชุมชน
5. การประเมินผล (Evaluation)	1. ประเมินผลโดยใช้เกณฑ์การจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย
	2. ติดตามการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด
	3. ประเมินผลการดำเนินมาตรการของชุมชน
	4. ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในมิติด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

ผลการประเมินภายหลังการดำเนินงาน ภายหลังการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน พบว่า รูปแบบดังกล่าวสามารถส่งเสริมผลลัพธ์ทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.980, p = 0.004$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด ($t = -2.949, p = 0.004$) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน ($t = -2.638, p = 0.010$) และการมีส่วนร่วมด้านปัจจัยนำเข้า ($t = -2.383, p = 0.020$) ตามลำดับ สะท้อนถึงการพัฒนา

ศักยภาพของภาคีเครือข่ายในทุกมิติ ตั้งแต่การวางแผนจนถึงการปฏิบัติ ในด้านผลลัพธ์เชิงระบบ พบการบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม มีการจัดตั้งกลไกการทำงานร่วมกันในระดับชุมชน การพัฒนาศักยภาพแกนนำและอาสาสมัครสาธารณสุข และการนำระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมาใช้ ส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่องและการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกัน ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพสะท้อนว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด มีแนวโน้มอาการทางจิตดีขึ้น ลดพฤติกรรมเสี่ยง และสามารถปรับตัวในชุมชนได้ดีขึ้น รวมทั้งชุมชนมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้การตีตราลดลงและการยอมรับทางสังคมเพิ่มขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบ การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของรูปแบบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การบูรณาการความร่วมมือของทึ่มสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข การมีระบบติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวและการส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกของชุมชนต่อผู้ป่วย

โดยสรุป รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน สามารถเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในชุมชน และส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันนำไปสู่ความยั่งยืนของการดูแลในระยะยาว ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=60)

การมีส่วนร่วม	ก่อนพัฒนา Mean±S.D.	หลังพัฒนา Mean±S.D.	t	p-value	95%CI
มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์	18.54±3.62	19.01±3.52	-2.949	.004*	0.15, 0.79
มีส่วนร่วมด้านปัจจัยนำเข้า	19.11±3.61	19.50±3.67	-2.383	.020*	0.06, 0.72
มีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน	18.94±3.75	19.44±3.60	-2.638	.010*	0.12, 0.88
รวม	56.60±10.36	57.96±10.35	-2.980	.004*	0.45, 2.27

สรุปและอภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาบริบทของชุมชน สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ ผลการศึกษาสะท้อนว่า บริบทชุมชนชนบทเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการเข้าถึงสารเสพติด เนื่องจากข้อจำกัดด้านโครงสร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ยากต่อการควบคุม ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของสารเสพติดและจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health) ที่ชี้ให้เห็นอิทธิพลของปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ

นอกจากนี้ การขาดกลไกกำกับดูแลที่เข้มแข็งและการมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย ก่อให้เกิดการตีตราทางสังคม (Stigma) ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงการรักษา ส่งผลให้เกิดการขาดยา การกำเริบของอาการ และการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ อารณ ภูมิ⁹ และกรมสุขภาพจิต¹⁰ ที่พบว่าปัจจัยด้านชุมชนและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการมีผลต่อความต่อเนื่องของการรักษา รวมถึงบทบาทของครอบครัวที่มีผลต่อการเข้าสู่ระบบบริการ โดยการขาดความตระหนักและการปกปิดปัญหาเป็นอุปสรรคสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ¹¹ ดังนั้น การแก้ไข

ปัญหาจำเป็นต้องดำเนินการแบบองค์รวม โดยมุ่งลดการตีตรา เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว และพัฒนาระบบบริการให้เข้าถึงได้ง่ายและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อพัฒนาและศึกษากระบวนการดำเนินงานของรูปแบบการดูแลโดยชุมชนเป็นฐานผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกกระยะ ช่วยให้ชุมชนเกิดความเป็นเจ้าของปัญหาและร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขได้อย่างเหมาะสม การบูรณาการความร่วมมือของเครือข่ายสหภาคี เช่น บุคลากรสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง และผู้นำชุมชน เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล การพัฒนาจิตใจในชุมชน เช่น ศูนย์ดูแลผู้ป่วยและระบบพี่เลี้ยง (Buddy system) ช่วยเสริมความต่อเนื่องของการดูแล โดยเฉพาะระยะหลังการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด ลดความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อารมณ์ ภูมิ⁹ และ นุชรีย์ ทองเจิม และคณะ⁵ ที่ชี้ให้เห็นบทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชนและ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในเชิงทฤษฎี รูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based care) และระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary health care) อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดด้านศักยภาพบุคลากรและความต่อเนื่องของการสนับสนุนเชิงนโยบาย ซึ่งควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อประเมินผลลัพธ์และวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในมิติการวิเคราะห์สถานการณ์และกระบวนการดำเนินงาน สะท้อนบทบาทของการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะต้นที่ส่งเสริมความเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของรูปแบบ อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมด้านปัจจัยนำเข้ายังอยู่ในระดับต่ำกว่า สะท้อนข้อจำกัดด้านทรัพยากรและศักยภาพบุคลากร ปัจจัยความสำเร็จสำคัญ

ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การบูรณาการความร่วมมือของทีมนิสิตอาสาวิชาชีพ การมีระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการลดการตีตราในชุมชน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่องและลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{12, 13} ทั้งนี้ ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการมีส่วนร่วมในระดับปัจจัยนำเข้า ยังคงเป็นประเด็นที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม เช่น การจัดสรรงบประมาณ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการสร้างแรงจูงใจของเครือข่าย เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของรูปแบบในระยะยาว

สรุปได้ว่า การวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดองค์ความรู้สำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน ซึ่งยืนยันว่าการดูแลที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องดำเนินการแบบองค์รวมและบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน ในเชิงกระบวนการ พบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามวงจร Plan-Act-Observe-Reflect เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ได้รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และก่อให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วมของชุมชน อันนำไปสู่ความยั่งยืนของการดำเนินงาน องค์ความรู้ที่สำคัญอีกประการ คือ กลไกการดูแลที่มีประสิทธิผล ได้แก่ การทำงานของเครือข่ายสหภาคี การเสริมสร้างศักยภาพแกนนำชุมชน ระบบพี่เลี้ยง การเยี่ยมบ้าน และการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ผลลัพธ์ที่ได้สะท้อนว่า รูปแบบดังกล่าวสามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง ลดอาการทางจิตและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย รวมทั้งลดการตีตราทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วน

ร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินงาน และติดตามประเมินผล เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของการดูแล นอกจากนี้ ควรพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยในชุมชนอย่างใกล้ชิด เช่น ระบบพี่เลี้ยง (Buddy system) และการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการเสริมสร้างความรู้และทักษะของอาสาสมัครและผู้นำชุมชนในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดการกำเริบและการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ควบคู่กับการรณรงค์ลดการตีตราในชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ภาครัฐควรสนับสนุนการดำเนินงานในรูปแบบการดูแลโดยชุมชนเป็นฐานอย่างเป็นระบบ โดยจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับปฐมภูมิให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดได้อย่าง

ครอบคลุม นอกจากนี้ ควรกำหนดนโยบายบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง และตำรวจ เพื่อให้เกิดกลไกการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการดูแล รวมถึงศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อความสำเร็จ เช่น บทบาทผู้นำชุมชน แรงจูงใจของเครือข่าย และบริบททางสังคมวัฒนธรรม นอกจากนี้ ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบ และพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งอาจใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2023. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2023.
3. Office of the Narcotics Control Board. Drug problems in Thailand and solutions สืบค้น 25 มกราคม 2569, จาก <https://www.phufaresthme.com/blog/drugs-problem-in-thailand-2566/>.
4. ปานรดา ปิติธัย, นัยนา สุแพง, มณฑิรา ชนะกาญจน์, ประนอม แก้วแดง, มานิตย์ เกตุบัวขาว. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: กรณีศึกษาตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Trends in Nursing and Health Science Journal). 2568;1(2):1-14.
5. นุชรี ทองเจิม, อีรวัฒน์ สุกุลมานนท์, ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์. 2566;13(2):17-30.
6. เทอดศักดิ์ ไปจันทัก, สุนทร ปัญญาพงษ์, อัญชลี ชัยศรี, เกศสุตา โภคานิตย์, พรสวรรค์ มงคลวรรณศรี. ศักยภาพชุมชนในการจัดการปัญหาเสพติด จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการ มจร บุรีรัมย์. 2563;5(1):63-73.
7. สำนักงานสถิติจังหวัดชัยภูมิ. สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด จังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2567 สืบค้น 25 มกราคม 2569, จาก https://chaiyaphum.nso.go.th/statistical-information-service/infographic-interactive/interactive-dashboard/drug_chaiyaphum36.html
8. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
9. อารณ ภูมิ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2567;8(16):70-85.
10. กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
11. พุทธิพร พงศ์นันท์ทุกกิจ. ประสิทธิภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี. วารสารการพยาบาลและนวัตกรรมการสุขภาพ. 2568;2(1):e3825:1-19.

12. Kumpfer KL, Magalhães C. Strengthening families program: An evidence-based family intervention for parents of high-risk children and adolescents. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2018;27(3):174–79.
13. สุกัญญา วัฒนประไพจิตร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาบ้านหนองแขง หมู่ 1 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*. 2566;8(15):55-69.