

การประเมินกระบวนการบริหารจัดการ และผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
แบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี : การวิจัยเชิงประเมินผล

Evaluation of Management Process and Achievement of the Integrated Mental Health
and Substance Abuse Care System in Ubon Ratchathani Province
: An Evaluation Research

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ชนะ หอมจันทร์¹รัชนิพร เชื้อสระคู²ลลิตา บุรณะ¹

Chana Hormchun¹ Ratchaneeporn Chueasrakoo² Lalita Burana²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสภาวะแวดล้อม/บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ของกระบวนการบริหารจัดการและผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้บริหารระดับยุทธศาสตร์ 15 คน ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด 120 คน ผู้ปฏิบัติงาน 350 คน ภาควิชาเครือข่ายภายนอก 125 คน ผู้ป่วย/ผู้ดูแล 200 คน และผู้เชี่ยวชาญสำหรับทำประชาพิจารณ์รูปแบบ/ข้อเสนอแนะ 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบบันทึก และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มเครื่องมือทุกฉบับมีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ตั้งแต่ 80-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการประเมินก่อนดำเนินโครงการพบว่า สภาวะแวดล้อม/บริบทอยู่ในระดับมาก (mean $\pm$ SD = 4.45 $\pm$ 0.09) และปัจจัยนำเข้าอยู่ระดับปานกลาง (mean $\pm$ SD = 3.42 $\pm$ 0.36) ;ระหว่างดำเนินโครงการ พบว่า กระบวนการอยู่ในระดับมาก (mean $\pm$ SD = 4.01 $\pm$ 0.11) ผลผลิตและผลลัพธ์ด้านการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดพบว่า โดยรวมดำเนินการคัดกรองได้ครอบคลุม ร้อยละ 87.73 ของเป้าหมาย (คัดกรองได้ 4,225 ราย จากเป้าหมาย 4,816 ราย) จำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระบบบริการ 4,808 ราย อัตราการคงอยู่ในระบบบำบัด ร้อยละ 91.25 (ติดตามดูแลได้สำเร็จ 1,689 ราย จากเป้าหมาย 1,851 ราย) และหลังสิ้นสุดโครงการพบว่า ด้านความยั่งยืนของชุมชนลุ่มรักข้อยู่ในระดับมาก (Mean $\pm$ SD = 4.37 $\pm$ 0.08) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก (Mean $\pm$ SD = 4.47 $\pm$ 0.81) ดัชนีความรุนแรงของการเสพติด 7 มิติพบว่า มิติด้านสารเสพติด (Drug Usage) เป็นมิติเดียวที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความรุนแรงสะสมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.00) ผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการที่เข้ารับการรักษาพบว่า มีผู้เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 93.33 (6,087 คน จาก 6,522 คน) เป็นผู้ที่ใช้การบำบัดรายใหม่เกินกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 56.08 (3,659 คน) และเป็นผู้ป่วยที่กลับมาได้รับการบำบัดซ้ำร้อยละ 43.92 (2,866 คน) ส่วนระดับความรุนแรงจากการประเมิน OAS Score พบว่า อยู่ในกลุ่มสีเขียว ร้อยละ 84.85 (5,237 คน) ส่วนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเป็นผู้เสพ" ร้อยละ 76.05 (4,977 คน)

คำสำคัญ: ระบบบริการดูแลแบบบูรณาการ, ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด, การประเมินผล CIPP Model, ดัชนีความรุนแรงของการเสพติด, อัตราการคงอยู่ในระบบบำบัด

ABSTRACT

This survey research aimed to assess the context, input, process, product, and outcomes of the management process and effectiveness of the integrated psychiatric and substance abuse care system in Ubon Ratchathani Province. Key informants consisted of 15 strategic executives, 120 psychiatric and substance abuse coordinators, 350 operational personnel, 125 external network partners, 200 patients/caregivers, and 20 experts participating in a public hearing for model development and recommendations. Data were collected using

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล

² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

questionnaires, document analysis forms, recording forms, and focus group discussion guides, with all instruments demonstrating content validity (IOC) ranging from 0.80 to 1.00. Data analysis was performed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The pre-implementation evaluation revealed that context was at a high level (Mean $\pm$ SD = 4.45 $\pm$ 0.09), while input was at a moderate level (Mean $\pm$ SD = 3.42 $\pm$ 0.36). During implementation, process was rated at a high level (Mean $\pm$ SD = 4.01 $\pm$ 0.11). In terms of product and outcomes, screening coverage reached 87.73% of the total target (4,225 out of 4,816 patients). A total of 4,808 patients entered the treatment system, with a high retention rate of 91.25% (1,689 successfully followed up out of 1,851 patients). Post-implementation findings showed that the sustainability of the "Lom Rak" community was at a high level (Mean $\pm$ SD = 4.37 $\pm$ 0.08), and satisfaction among patients and caregivers was also high (Mean $\pm$ SD = 4.47 $\pm$ 0.81). Assessment using the 7-dimension Addiction Severity Index (ASI Short Form) revealed that drug usage was the only dimension in which more than half of the sample exhibited a high cumulative severity level (53.00%). Regarding system outcomes, the majority of patients receiving treatment were male (93.33%; 6,087 out of 6,522 patients), with new patients accounting for over half (56.08%; 3,659 patients) and readmitted patients comprising 43.92% (2,866 patients). Severity classification based on OAS Scores indicated that 84.85% (5,237 patients) were in the green (mild) group, and substance use behavior was predominantly categorized as "abusers" at 76.05% (4,977 patients).

Keywords; Integrated Care System, Psychiatric and Substance Abuse Patients, CIPP Model Evaluation, Addiction Severity Index (ASI), Community Retention Rate

บทนำ

ปัญหายาเสพติดและสุขภาพจิตเป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขและความมั่นคงที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยร่วมระหว่างโรคจิตเวชและการติดสารเสพติด หรือผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยของครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนสร้างภาระแก่ระบบบริการสาธารณสุขและกระบวนการยุติธรรม¹ จากการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและกฎหมายระดับชาติ โดยเฉพาะการบังคับใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 ที่ปรับเปลี่ยนแนวคิดหลักเป็น "ผู้เสพยาเสพติด" ที่ต้องได้รับการคัดกรองบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามระดับความรุนแรงควบคู่กับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2552 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้นโยบายยกระดับระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดเป็นวาระสำคัญโดยมุ่งพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อ (Seamless

Care) ตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงสถานบริการระดับเชี่ยวชาญ²

เช่นเดียวกับจังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 10 ครอบคลุม 25 อำเภอ มีความซับซ้อนทั้งบริบทเมือง ชนบท และพื้นที่ชายแดน³ จากข้อมูลระบบสารสนเทศสุขภาพ พบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาจำนวนมาก ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยจิตเวทยาเสพติดเข้ารับบริการในระบบ 2,612 ราย และมีผู้ป่วยสะสมในระบบติดตาม 8,032 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งอาละวาดและมีสัญญาณเตือนความรุนแรง (คะแนน OAS $\geq$ 2) มากกว่า 550 ราย ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการจัดการเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพสูง⁶ ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีร่วมกับภาคีเครือข่ายจึงได้ขับเคลื่อน "ระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี"³ โดยจัดโครงสร้างตามเส้นทางการดูแลผู้ป่วยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) เน้นการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยเครื่องมือ 5 สัญญาณเตือน

(7 MIND) การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว การทำงานร่วมกันของชุดปฏิบัติการระดับตำบล/หมู่บ้าน คณะกรรมการระดับอำเภอ (CM) ฝ่ายปกครอง และตำรวจ (191/1669) ตลอดจนการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน⁴ ระยะเวลาในโรงพยาบาลเน้นการพัฒนาหอผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมทั้ง 21 แห่ง และเปิดบริการ "มินิธัญญารักษ์" สำหรับการดูแลระยะกลางและระยะยาวเพื่อรองรับผู้ป่วยติดยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต^{3,5} และระยะหลังจำหน่ายและการติดตามเน้นการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลกับศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับอำเภอ/ตำบล การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพอำเภอและ อสม. เพื่อป้องกันการขาดยา เสพซ้ำ หรือก่อความรุนแรงซ้ำ ตลอดจนการประเมินอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัด^{3,4,5}

จากปรากฏการณ์ดังกล่าวข้างต้น เมื่อวิเคราะห์ปัญหาเชิงการบริหารจัดการและช่องว่างความรู้ในช่วงปี พ.ศ.2563–2567 จังหวัดได้เผชิญกับความท้าทายสำคัญจากการปรับเปลี่ยนบทบาทตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ส่งผลให้หน่วยงานสาธารณสุขต้องเร่งปรับโครงสร้างการทำงานเพื่อรองรับผู้บำบัดรักษาโดยสมัครใจที่เพิ่มขึ้น^{3,6} แต่ปัญหาสำคัญก็คือความต่อเนื่องในการรักษา โดยข้อมูลในพื้นที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 65.5 ยังขาดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อันเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำและพฤติกรรมก้าวร้าว^{1,3,4,5}

จากการทบทวนเอกสารที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดและช่องว่างเชิงระบบการบริหารจัดการสาธารณสุข 4 ประการสำคัญ ได้แก่ (1) ข้อจำกัดด้านศักยภาพการรองรับ แม้จะมีการจัดตั้งมินิธัญญารักษ์และหอผู้ป่วยจิตเวช แต่ยังพบปัญหาอัตราการครองเตียงที่ไม่สมดุล โดยบางแห่งสูงเกินศักยภาพ เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีอัตราการครองเตียงสูงถึงร้อยละ 102.04³

ในขณะที่บางแห่งมีอัตราครองเตียงต่ำ ชี้ให้เห็นถึงความท้าทายในการบริหารจัดการเตียงและการส่งต่อระดับเขต/จังหวัด² (2) ความเหลื่อมล้ำของผลสัมฤทธิ์ในระดับพื้นที่ ตัวชี้วัดสำคัญอย่างอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัด (Retention Rate) และความครอบคลุมของการบำบัดโดยชุมชน (CBTx) มีความแตกต่างกันระหว่างอำเภอ โดยบางพื้นที่บรรลุเป้าหมายร้อยละ 100 ในขณะที่บางพื้นที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์^{3,4,5} จึงจำเป็นต้องศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยเชิงบริหารจัดการที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ดังกล่าว (3) ความซับซ้อนในการบูรณาการข้ามภาคส่วน การดูแลผู้ป่วย SMI-V ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ท้องถิ่น ยุติธรรม และ พัฒนาสังคม แต่ในทางปฏิบัติต่างพบอุปสรรคในการเชื่อมโยงระบบข้อมูลสารสนเทศ (เช่น HDC, บสต., บสต., Nispa) ข้อจำกัดด้านงบประมาณ และความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานด้านหน้า^{1,3,6} และ (4) การขาดการประเมินผลเชิงระบบอย่างรอบด้าน การดำเนินงานที่ผ่านามุ่งเน้นการรายงานผลผลิตตามตัวชี้วัดประจำปี (Output/KPI) เป็นหลัก [3] แต่ยังขาดการศึกษาประเมินผลเชิงกระบวนการบริหารจัดการและผลสัมฤทธิ์เชิงระบบที่เป็นวิทยาศาสตร์และครอบคลุมทุกมิติ⁷

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การวิจัยเชิงประเมินผลครั้งนี้จึงได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการประเมินผลเชิงระบบร่วมกับ CIPP Model ของ Stufflebeam & Zhang⁷ และ Donabedian's Framework เพื่อวิเคราะห์ตั้งแต่ต้นนโยบาย ทรัพยากรนำเข้า กระบวนการบริหารจัดการระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบเชิงสังคม ผลการวิจัยนอกจากจะสะท้อนภาพความสำเร็จ ช่องว่าง และข้อจำกัดของระบบบริการจิตเวชและยาเสพติดในจังหวัดอุบลราชธานีได้อย่างเป็นรูปธรรมแล้วยังให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการบริหารจัดการแก่ผู้บริหารสาธารณสุข ในการปรับปรุงโครงสร้างบริหาร การจัดสรรงบประมาณ การพัฒนากำลังคนเฉพาะทาง และการพัฒนา

รูปแบบการบำบัดดูแลข้ามภาคส่วนอย่างยั่งยืน² เพื่อใช้เป็นแบบอย่างการดำเนินงานสำหรับพื้นที่ขนาดใหญ่ที่มีความซับซ้อนใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การประเมิน

เพื่อประเมินสถานะแวดล้อม/บริบท นปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ ของกระบวนการบริหารจัดการและผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ของ Stufflebeam, & Zhang⁷ โดยในแต่ละมิติของการประเมินจะมีรายละเอียดใช้ประเมินโครงการทางสุขภาพให้ประสบผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม 2568-เดือนกรกฎาคม 2569 การประเมินแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การประเมินก่อนดำเนินโครงการ
ระยะเวลารวม : 3 เดือน (มกราคม – มีนาคม 2568)

กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative) เป็นผู้บริหารระดับยุทธศาสตร์ ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ด้านบริหาร/ควบคุมโรค), ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนและหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด สสจ. อุบลราชธานี จำนวน 15 คน สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative)เป็นผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดในสถานพยาบาลทุกแห่ง (รพศ./รพท. 5 แห่ง, รพช. 21 แห่ง, มินิฮอสมารักษ์, และ สสอ. 25 แห่ง) จำนวน 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและการหาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง สำหรับผู้บริหาร และแบบประเมินความพร้อมของทรัพยากรเพื่อ

ประเมินอัตรากำลังจิตแพทย์ พยาบาลเฉพาะทาง ศักยภาพเตียงรองรับ และงบประมาณ และหาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ ความตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงกันของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.80-1.00 ทุกข้อ และความเที่ยง/ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับบุคลากรในจังหวัดที่มีบริบทใกล้เคียงกัน (เช่น ยโสธร) จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล รวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) โดยส่งแบบสอบถาม/เอกสาร และนัดหมายสัมภาษณ์เชิงลึก และรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานแผนยุทธศาสตร์จังหวัด สสจ. อุบลราชธานี และระบบ HDC/บสต.

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของบุญชม ศรีสะอาด⁸

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และจัดกลุ่มประเด็นตามกรอบ Context และ Input

ระยะที่ 2 การประเมินระหว่างดำเนินโครงการ
ระยะเวลารวม: 9 เดือน (เมษายน – ธันวาคม 2568)
ในขั้นตอนนี้มุ่งเน้นการประเมินกระบวนการบริหารจัดการตลอด Patient Journey และผลผลิตระยะครึ่งแผน : Process & Output Evaluation

กลุ่มเป้าหมาย / ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช/ยาเสพติด พยาบาล ER นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ ผู้รับผิดชอบงาน CBTx/ศูนย์คัดกรอง สสอ./รพ.สต. สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ 350 คน ภาคีเครือข่ายภายนอก ได้แก่ คณะกรรมการพชอ., เจ้าหน้าที่ตำรวจ, ทหาร, อปท., ผู้นำชุมชน/อสม. อำเภอละ 5 คน รวม 125 คน และผู้สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ทีมผู้ปฏิบัติงาน

ระดับอำเภอ/โซนบริการ (Zone 1-4) จำนวน 4 กลุ่ม (กลุ่มละ 8-10 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและการหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินกระบวนการ Patient Journey (Pre, In, Post Hospital) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบประเมินการบูรณาการภาคีเครือข่าย แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และแบบฉบับบันทึกข้อมูลการให้บริการสะสมจากระบบ บสต./HDC

การหาคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบค่า IOC โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้ (Try-out) แบบสอบถาม 30 ชุด แล้วนำไปวิเคราะห์หาค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.89 และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มตรวจสอบความตรงเชิงสร้างสรรค์และความครอบคลุมตาม Patient Journey

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.จัดทำหนังสือราชการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีถึงหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไปยังผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ 25 อำเภอ

2.จัดเวทีสนทนากลุ่ม (Focus Group) แยกรายโซนพื้นที่ (โซน 1-4) เพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรค และคอขวด (Bottlenecks) ในการบริหารจัดการเตียงและการส่งต่อ

3.ดึงข้อมูลผลงานคัดกรอง ผลงานบำบัดสะสมจากฐานข้อมูล บสต. และ HDC กระทรวงสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของบุญชม ศรีสะอาด [8] และข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เนื้อหาและการจัดทำแผนผังกระบวนการทำงานจริงเพื่อค้นหาจุดติดขัดในระบบบริการ

ระยะที่ 3 การประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ
ระยะเวลารวม : 7 เดือน (มกราคม – กรกฎาคม 2569) ในขั้นตอนนี้มุ่งเน้นการประเมินผลสัมฤทธิ์ ผลลัพธ์ ผลกระทบ และสรุปข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์

กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เข้ารับบริการในจังหวัดอุบลราชธานีทั้งหมดในระบบฐานข้อมูล HDC/บสต. (ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 - 2569) ผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดและญาติผู้ดูแลที่ผ่านการบำบัดรักษา/ติดตาม 200 ราย และผู้เชี่ยวชาญสำหรับทำประชาพิจารณ์รูปแบบ/ข้อเสนอแนะคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัด (สปสข./ผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญกรมสุขภาพจิต/กรมการแพทย์) 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน และการหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์เชิงระบบ และแบบวัดความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย/ผู้ดูแล เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 4 ด้านๆละ 4 ข้อ จำนวน 16 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน [8] แบบประเมินความยั่งยืนของชุมชนลุ่มรักษ์เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ 5 มิติ รวม 20 ข้อ แบบประเมินดัชนีความรุนแรงของการเสพติด และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

การหาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามผู้ป่วย/ผู้ดูแล ร่างรูปแบบข้อเสนอแนะประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ โดยเทคนิคผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.สกัดข้อมูลความสมบูรณ์เชิงสถิติ จากฐานข้อมูล HDC, บสต., และฐานข้อมูลกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สสจ.อุบลราชธานี ณ สิ้นสุดโครงการ (กรกฎาคม 2569)

2.เก็บแบบสอบถามความพึงพอใจและผลกระทบจากผู้ป่วย/ผู้ดูแลในสถานพยาบาลและชุมชน

3. จัดเวทีประชุมระดมความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ เพื่อยกร่างและรับรองรูปแบบต้นแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของบุญชม ศรีสะอาด⁸ และข้อมูลเชิงคุณภาพ สังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์ และจริยธรรมการวิจัย โครงร่างการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดใบรับรองเลขที่ SSJ.UB 2568-01.040 เมื่อวันที่ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568 วันหมดอายุใบรับรองวันที่ 29 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569 และใบรับรองเลขที่ SSJ.UB01.032 เมื่อวันที่ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569 วันหมดอายุใบรับรองวันที่ 29 เดือน มกราคม พ.ศ. 2570

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินก่อนดำเนินโครงการ ลักษณะทางประชากรของผู้บริหารระดับยุทธศาสตร์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 10 คน (ร้อยละ 66.67) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.07 ปี อายุต่ำสุด 43 ปี และสูงสุด 58 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาโทหรือวุฒิปริญญาตรีเฉพาะทาง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 73.33) เมื่อพิจารณาตำแหน่งบริหารปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน (ผอ.รพช.) จำนวน 9 คน (ร้อยละ 60.00) นอกจากนี้ ในด้านประสบการณ์การทำงาน พบว่า ผู้บริหารมีอายุการทำงานบริหารรวมเฉลี่ยเท่ากับ 8.60 ปี โดยมีประสบการณ์การทำงานบริหารต่ำสุด 4 ปี และสูงสุด 18 ปี

2. ผลการประเมินความเหมาะสมของบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ พบว่า ผลการประเมินความเหมาะสมใน

ระยะก่อนดำเนินโครงการสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างมิติด้านบริบทและปัจจัยนำเข้าอย่างชัดเจน โดย ด้านบริบท (Context Evaluation) อยู่ในระดับ แสดงให้เห็นว่าโครงการมีความสอดคล้องเชิงยุทธศาสตร์และตอบสนองต่อสภาพปัญหาในพื้นที่ได้อย่างตรงเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) กลับมีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมเพียงระดับปานกลาง และเป็นมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในโครงสร้าง CIPP ทั้งหมด บ่งชี้ถึงข้อจำกัดเชิงโครงสร้างด้านทรัพยากร อัตรากำลังบุคลากร งบประมาณ หรือเทคโนโลยีสนับสนุนในระยะเริ่มต้น

3.. ผลการประเมินระหว่างดำเนินโครงการ มิติด้านกระบวนการ (Process Evaluation) ผลการประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม โดยโครงการสามารถเข้าถึงและคัดกรองกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้ครอบคลุมถึง ร้อยละ 87.73 คิดเป็นจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาในระบบบริการรวมทั้งสิ้น 4,808 ราย และเมื่อพิจารณาในมิติติดตามดูแลรักษา พบว่าอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัด (Retention Rate) สูงถึง ร้อยละ 91.25 ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ (Case Management) และกระบวนการบริการที่สามารถยืดเหนี่ยวผู้ป่วยไว้ในระบบได้อย่างต่อเนื่อง

4.. ผลการประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ ผลการประเมินในระยะหลังสิ้นสุดโครงการสะท้อนถึงผลสัมฤทธิ์ทางการบริการ คุณลักษณะทางคลินิกและความยั่งยืนในระดับชุมชน ดังนี้ ดัชนีความยั่งยืนของชุมชนลุ่มรักซ์ (CBTx Index) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่อยู่ในระดับมากเช่นกัน บริบทความรุนแรงและลักษณะประชากร: ในมิติด้านความรุนแรงของการเสพติดครอบคลุม 7 มิติ พบว่ามีประเด็นความเสี่ยงมิติด้านสารเสพติด ร้อยละ 53.00 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ

93.33 เมื่อจำแนกตามประสบการณ์บำบัดพบว่า เป็นผู้ป่วยบำบัดรายใหม่ ร้อยละ 56.08 และผู้ป่วยบำบัดซ้ำ ร้อยละ 43.92 การจำแนกความรุนแรงทางคลินิก (OAS Score): ผลการประเมินจำแนกระดับความรุนแรงตาม OAS Score แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสีเขียว (ความรุนแรงต่ำ) สูงถึง ร้อยละ 84.85 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด: จำแนกตามระดับพฤติกรรมพบว่า เป็นกลุ่มผู้เสพ (Abuser) มากที่สุด ร้อยละ 76.05 และรูปแบบการบำบัดรักษาจำแนกตามประเภทสะสมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ร้อยละ 65.89

5. สรุปสาระสำคัญของการร่างรูปแบบการยกระดับระบบบริการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการ โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัด จากเวทีการสนทนากลุ่ม ซึ่งวิเคราะห์เชื่อมโยงจากข้อมูลเชิงประจักษ์ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี 5 ประเด็นหลัก คือ

3.1 การยกระดับบริการระยะก่อนถึงโรงพยาบาล

1) กลไกการค้นหาเชิงรุก (Early Detection) พัฒนาระบบเฝ้าระวังในระดับหมู่บ้าน/ตำบล ผ่านการฝึกกำลังของชุดปฏิบัติการร่วม (สาธารณสุข ปกครอง ตำรวจ และ อสม.) โดยใช้เครื่องมือ 5 สัญญาณเตือน (7 MIND) ร่วมกับ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS) เพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยงและเข้าระงับเหตุหรือนำส่งรักษาได้ทันท่วงทีก่อนพัฒนากลายเป็น SMI-V

2) การยกระดับศูนย์คืนสุข (CBTx Center): แม้ดัชนีความยั่งยืน CBTx ในภาพรวมจะสูง (Mean = 4.37) แต่ต้องยกระดับให้ศูนย์คืนสุขเป็นพื้นที่รองรับการฟื้นฟูจิตสังคม (Psychosocial Rehabilitation) ได้จริงในทุกตำบล ลดการพึ่งพาสถานพยาบาล โดยเน้นกิจกรรมบำบัดที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต มีมาตรการสังคมในชุมชน และการสนับสนุนงบประมาณสม่ำเสมอ

3.2 การบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลและการจัดการเตียง

1) ระบบบริหารจัดการเตียงระดับโซน (Regional Bed Pooling & Referral): จัดตั้งกลไกบูรณาการการใช้ข้อมูลเตียงจิตเวชและมินิธัญญารักษ์แบบ Real-time ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละโซนบริการ เพื่อเปลี่ยนผู้ป่วยและลดความแออัดในโรงพยาบาลที่มีอัตราครองเตียงสูง

2) การจัดวางบทบาท "มินิธัญญารักษ์": แบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจนระหว่างการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) เช่น รพ. ตระการพืชผล และ รพ.บุณฑริก กับการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) เช่น รพ.ศรีเมืองใหม่ และ รพ.สิรินธร โดยเชื่อมโยงกระบวนการถอนพิษยา การดูแลผู้ป่วยจิตเวชซับซ้อน และผลักดันการเบิกจ่ายชดเชยงบประมาณจาก สปสช. ให้สะท้อนต้นทุนการดูแลระยะยาวจริง

3.3 การดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟูจิตสังคม และการสร้างอาชีพ

1) นวัตกรรมฟื้นฟูอาชีพและรายได้ (Economic Reintegration): สร้างกลไกความร่วมมือแบบ 3 ประสาน (สาธารณสุข + พม./แรงงาน + ภาคเอกชน/สถานประกอบการท้องถิ่น) เพื่อจัดทำโปรแกรมฝึกทักษะอาชีพที่ทำได้จริง และการสนับสนุนโควอร์คิงผ่านการบำบัดเข้าทำงาน

2) ลดการตีตราและการคงอยู่ในระบบ (Stigma Reduction & Retention) เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ครอบครัวร่วมกับการใช้มาตรการสังคมและการยอมรับในระดับหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัด (Retention Rate) และป้องกันการเสพยาหรือก่อความรุนแรงซ้ำ

3.4 การบูรณาการข้ามภาคส่วนและระบบสารสนเทศ

ประเด็นการ พัฒนา	แนวทางการยกระดับและ แก้ไขปัญหา
การปรับปรุง Data Silos	พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูล สุขภาพและยาเสพติด (HDC, บสต., บสต., Nispa, Dopa) ให้สามารถ แลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วย SMI-V ได้แบบ Real- time ข้ามกระทรวง (สธ. มหาดไทย ตำรวจ) โดย คำนึงถึงความปลอดภัย ของข้อมูลส่วนบุคคล
SOP และการ สนับสนุนจาก อปท.	ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติงาน ร่วมกัน (SOP) ผ่านกลไก คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น (อปท.) สามารถจัดสรร งบประมาณ กองทุนสุขภาพ ตำบล และกำลังคน สนับสนุนได้อย่างต่อเนื่อง ถูกต้องตามระเบียบกฎหมาย

3.5 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและ

"UBON Model" (Executive Policy Model) คือ
1) ปรับชุดสิทธิประโยชน์ สปสช.: ขยายการชดเชย
ค่าบริการสำหรับการบำบัดฟื้นฟูจิตสังคมในชุมชน
(CBTx) และการดูแลระยะยาว (LTC) ในมิติดูแล
รักษ 2) Financial Incentives จัดสรรงบประมาณ
สนับสนุนพิเศษสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดหอ
ผู้ป่วยจิตเวช/มิติดูแลรักษ เพื่อสร้างแรงจูงใจใน
การบริหารจัดการเตียง และ 3) ปรับปรุงกฎหมาย
และระเบียบงบประมาณ: เปิดทางให้ อปท. ใช้เงิน
สะสมหรือกองทุนท้องถิ่นในการจ้างงานผู้ผ่านการ
บำบัด หรือสนับสนุนศูนย์คืนสุขได้อย่างชัดเจน

สรุปและอภิปรายผล

การดำเนินงานโครงการบูรณาการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด นับเป็นนโยบาย
สาธารณสุขเชิงยุทธศาสตร์ที่มุ่งแก้ปัญหาที่มี
ความซับซ้อนและส่งผลกระทบในวงกว้าง จากผล

การประเมินโครงการตามวงจรบริหารจัดการและ
ระบบการประเมิน CIPP Model สะท้อนให้เห็นถึง
ความสำเร็จ บทเรียนสำคัญ และข้อจำกัดจำกัดเชิง
ระบบ ซึ่งสามารถอภิปรายและวิจารณ์เชิงวิชาการ
แบ่งตาม 3 ระยะของการดำเนินโครงการ ดังต่อไปนี้

1. ระยะก่อนการประเมินโครงการ
(บริบทและปัจจัยนำเข้า) จากการประเมินในระยะ
ก่อนดำเนินโครงการ พบว่า ด้านด้านบริบท
(Context) มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากโดยมี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 (SD = 0.09) ซึ่งชี้ให้เห็นอย่าง
ชัดเจนว่าการกำหนดวัตถุประสงค์และทิศทางของ
โครงการมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหา ความ
ต้องการของพื้นที่ และนโยบายด้านสุขภาพจิตและ
สารเสพติดในระดับชาติอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามเมื่อ
พิจารณาในมิติด้านปัจจัยนำเข้า (Input) กลับพบว่า
มีความเหมาะสมเพียงระดับปานกลางเท่านั้น โดยมี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 (SD = 0.36) ปรากฏการณ์
ดังกล่าวสะท้อนถึงช่องว่างเชิงบริหารจัดการ
(Managerial Gap) ที่สำคัญ โดยความไม่สมดุล
ระหว่างบริบทที่เหมาะสมกับปัจจัยนำเข้าที่จำกัด
สอดคล้องกับข้อค้นพบของสมชาย รักชาติ และ
คณะ⁹ ที่ได้ศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน
ระดับปฐมภูมิ และระบุว่าโครงการสาธารณสุข
จำนวนมากมักประสบปัญหาความไม่พร้อมด้าน
อัตรากำลังเจ้าหน้าที่และการสนับสนุนงบประมาณ
ที่ไม่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เช่นเดียวกับงานวิจัย
ในระดับสากลของ Smith และ Johnson¹⁰ ซึ่งชี้ว่า
นโยบายการบำบัดผิดติดยาเสพติดมักได้รับการ
ยอมรับในเชิงหลักการและบริบทความต้องการ แต่
มักเผชิญข้อจำกัดเชิงโครงสร้างด้านทรัพยากร
มนุษย์ เทคโนโลยีสารสนเทศ และงบประมาณใน
การขับเคลื่อนระดับปฏิบัติการ ทั้งนี้วิภาดา แก้ว
เกิด¹¹ ได้เน้นย้ำเพิ่มเติมว่า การขาดแคลนปัจจัย
นำเข้าในระยะจัดตั้งโครงการส่งผลโดยตรงต่อภาระ
งาน (Workload) ที่หนักเกินไปของเจ้าหน้าที่สา
ธารณสุขระดับหน้างาน ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข
เชิงบริหารจัดการ ย่อมส่งผลกระทบต่อความยั่งยืน
ของโครงการในระยะยาว สอดคล้องกับแนวคิดของ

Garcia และคณะ[12]ที่เสนอว่าระบบบริการสุขภาพจิตบูรณาการจะประสบความสำเร็จได้ จำเป็นต้องมีการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานและปัจจัยนำเข้าอย่างสมดุลตั้งแต่ระยะก่อนเริ่มดำเนินโครงการ

2. ระหว่างดำเนินโครงการ (กระบวนการ) ในระยะระหว่างดำเนินโครงการ ผลการประเมินด้านกระบวนการ (Process) อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01(SD = 0.11) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนงานในเชิงปฏิบัติ โดยมีผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณที่โดดเด่น ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้ครอบคลุมถึงร้อยละ 87.73 สามารถนำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบบริการรวมทั้งสิ้น 4,808 ราย และที่สำคัญที่สุด คือ สามารถรักษาอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาและติดตามดูแลได้สูงถึงร้อยละ 91.25 อัตราการคงอยู่ในระบบบำบัดที่สูงเช่นนี้ถือเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จที่สำคัญยิ่งในงานสารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอนันต์ สุขเจริญ และสมศักดิ์ ตั้งตรง¹³ ที่พบว่าระบบการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและการบริหารจัดการ (Case Management) ในชุมชนมีผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อการลดอัตราการหลุดออกจากระบบบำบัด (Retention Rate) ของผู้เสพติด ขณะเดียวกัน Chen และ Williams¹⁴ ได้ทำการประเมินกระบวนการบำบัดแบบบูรณาการและสรุปว่า การคัดกรองที่ครอบคลุมเชิงรุกร่วมกับกระบวนการดูแลที่ต่อเนื่อง เป็นปัจจัยป้อนกลับสำคัญที่ช่วยเพิ่มการยึดเหนี่ยวผู้ป่วยให้อยู่ในระบบบำบัดได้นานขึ้น นอกจากนั้นภา พรหมสุข¹⁵ ได้ระบุว่าการประสานงานไร้รอยต่อระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายชุมชนในระยะดำเนินงาน ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับข้อสรุปของ Patel และคณะ¹⁶ ที่ยืนยันว่ากระบวนการบริการสุขภาพจิตบูรณาการที่มีระบบการคัดกรองและการส่งต่อที่รวดเร็ว ชัดเจน

สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะวิกฤตและความรุนแรงในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ (ผลผลิต ผลลัพธ์ และความยั่งยืน) ผลการประเมินหลังสิ้นสุดโครงการแสดงให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์เชิงระบบและผลลัพธ์ทางคลินิกที่น่าพึงพอใจโดยดัชนีความยั่งยืนของชุมชนลุ่มรักซ์ (CBTx Index) มีค่าเฉลี่ยสูงถึง 4.48 (SD = 0.10) และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.47 (SD = 0.81) ในมิติด้านพฤติกรรม การใช้สารเสพติด พบว่าเป็นกลุ่มผู้เสพ (Abuser) ร้อยละ 76.05 กลุ่มผู้ติด (Addict) ร้อยละ 1716 และกลุ่มผู้ใช้ (User) ร้อยละ 6.78 โดยมีรูปแบบการเข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอก (OPD) สูงสุดถึงร้อยละ 65.89 และเมื่อประเมินความรุนแรงตาม OAS Score พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มสีเขียว (ความรุนแรงต่ำ) ถึงร้อยละ 84.85 ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่าระบบบริการสามารถจำแนกความเสี่ยงและจัดการดูแลได้อย่างเหมาะสม การที่ CBTx Index และความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงสอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยของกิตติศักดิ์ ใจดี และนพดล ศรีสุข¹⁷ ซึ่งระบุว่าการบำบัดรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ช่วยเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน ลดเจตคติเชิงลบ (Stigma) และสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืนให้แก่ผู้ป่วย ขณะเดียวกันสัดส่วนผู้ป่วย OPD และกลุ่มสีเขียวที่สูงสอดคล้องกับข้ออภิปรายของ Brown และคณะ¹⁸ ที่เน้นย้ำว่าการคัดกรองและแบ่งระดับความเสี่ยง (Risk Screening and Stratification) ที่มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยลดภาระการนอนโรงพยาบาล (IPD) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในระดับผู้ป่วยนอกและชุมชนอย่างเหมาะสม นอกจากนี้สุพรรณิ มีมาก¹⁹ ยังพบว่าความพึงพอใจที่สูงของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการลดอัตราการเสพยาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและท้ายที่สุด Kim และ Lee²⁰ ได้ยืนยันผ่านการศึกษาระยะยาวว่า ระบบบริการบำบัดจิตเวชและสารเสพติดที่เน้นการบูรณาการในชุมชนและ

การมีส่วนร่วมของครอบครัว สามารถส่งผลให้ผู้ป่วย บรรลุสภาวะสงบของโรค (Remission) และมี ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีในระยะยาวอย่างยิ่ง

จุดเด่นของการประเมินโครงการครั้งนี้ คือ 1) การประเมินครั้งนี้ คือการเลือกใช้กรอบ แนวคิดการประเมิน CIPP Model อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การประเมินมีความครอบคลุมและเชื่อมโยง มิติต่าง ๆ ของโครงการตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำได้ อย่างต่อเนื่อง ทั้งในมิติบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ 2) ผลสัมฤทธิ์เชิง กระบวนการที่สะท้อนผ่านตัวชี้วัดสำคัญทาง การแพทย์และสาธารณสุข โดยโครงการสามารถคัด กรองกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมถึงร้อยละ 87.73 นำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการบำบัดรักษารวม 4,808 ราย และที่โดดเด่นอย่างยิ่งคือสามารถรักษาอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาและติดตามดูแลได้สูง ถึงร้อยละ 91.25 ซึ่งในทางสาธารณสุขถือเป็นอัตรา ความยืดเหนียว (Retention Rate) ที่ประสบความสำเร็จสูงมากสำหรับการดูแลผู้ติดสารเสพติด นอกจากนี้การประเมินยังให้ความสำคัญกับมิติ ความยั่งยืนในระดับชุมชน โดยสะท้อนผ่านดัชนี ชุมชนลุ่มรักซ์ (CBTx Index) ที่อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าโครงการไม่ได้เน้นเพียงการบำบัดใน สถานพยาบาล แต่สามารถสร้างระบบสนับสนุนทาง สังคมในระดับฐานรากได้อย่างเป็นรูปธรรม ยิ่งไป กว่านั้นโครงการยังมีจุดเด่นในการนำระบบจำแนก ความเสี่ยง (Risk Stratification) ผ่าน OAS Score มาใช้ ทำให้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสีเขียว หรือความรุนแรงต่ำถึงร้อยละ 84.85 และรับการ บำบัดแบบผู้ป่วยนอก (OPD) สูงถึงร้อยละ 65.89 สะท้อนถึงประสิทธิภาพในการตรวจค้นพบปัญหา ตั้งแต่ระยะแรก (Early Detection) ซึ่งช่วยลดภาระ พึ่งพิงระบบเตียงในโรงพยาบาล (IPD) ได้ และ 3) ความพึงพอใจในระดับมากของผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลยืนยันถึงผลลัพธ์การบริการที่ยืดผู้ป่วยและ ครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง

ข้อจำกัดของการประเมินโครงการครั้งนี้ ในทางตรงกันข้ามการประเมินครั้งนี้ยังมี

ข้อจำกัดเชิงวิธีวิทยาและมิติบริหารจัดการหลาย ประการที่ควรพิจารณาพัฒนา ข้อจำกัด 1) ช่องว่าง เชิงโครงสร้างด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ซึ่งผลการ ประเมินอยู่ในระดับปานกลาง (3.42 ± 0.36) ต่ำกว่า มิติอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ บ่งชี้ถึงข้อจำกัดด้าน งบประมาณ บุคลากร เทคโนโลยี หรืออุปกรณ์ทาง การแพทย์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาระงาน ของเจ้าหน้าที่และความยั่งยืนของการดำเนินงานใน ระยะยาว 2) การขาดแคลนข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์ ระยะยาวเชิงพฤติกรรม แม้ผลการประเมินจะ จำแนกสัดส่วนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดสารเสพติดไว้ อย่างชัดเจน แต่ยังขาดการติดตามตัวชี้วัดสำคัญ เช่น อัตราการเสพยา (Relapse Rate) หรือ ระยะเวลาการหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่อง (Abstinence Duration) ในช่วง 6 เดือน ถึง 1 ปี หลังสิ้นสุดโครงการ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาค่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ แม้ค่าเฉลี่ยจะอยู่ ในระดับสูง แต่กลับพบค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ ค่อนข้างสูง ($SD = 0.81$) สะท้อนว่ามีความคิดเห็น ของผู้รับบริการบางกลุ่มที่แตกต่างหรือให้คะแนนต่ำ กว่าค่าเฉลี่ยอย่างมาก ซึ่งจำเป็นต้องใช้การศึกษา เชิงคุณภาพ (Qualitative Study) เจาะลึกหา สาเหตุเพิ่มเติม 3) สัดส่วนการบำบัดในกลุ่มความ เสี่ยงสูง เช่น ผู้เข้ารับการบำบัดในสถานฟื้นฟูฯ (ร้อยละ 0.77) และกลุ่มต้องโทษ (ร้อยละ 8.77) ยัง ขาดการวิเคราะห์แยกแยะผลสัมฤทธิ์และอัตราการ คงอยู่ในระบบบำบัดเป็นการเฉพาะ และ 4) การ ประเมินยังขาดข้อมูลมิติด้านเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข เช่น การวิเคราะห์ความคุ้มค่าทาง การเงิน (Cost-Effectiveness Analysis) เพื่อ เปรียบเทียบงบประมาณที่ใช้กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และมูลค่าความสูญเสียทางสังคมที่ลดลง ซึ่งเป็น ข้อมูลสำคัญยิ่งสำหรับผู้บริหารในการตัดสินใจเชิง นโยบายและการจัดสรรทรัพยากรอย่างยั่งยืน

จากการวิเคราะห์ผลการประเมิน โครงการบูรณาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และบทวิจารณ์เชิงวิธีวิทยา ขอเสนอแนะแนว

ทางการดำเนินงานในระดับปฏิบัติต่าง ๆ และ
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงการนำผลการวิจัย ไปใช้

ข้อเสนอแนะในระดับครอบครัว
ได้แก่ 1) การเปลี่ยนผ่านจาก "การเฝ้าระวัง" สู่
"สัญญาครอบครัวและการบำบัดร่วม" (Family
Contract & Co-Therapy) ผลประเมินพบผู้ป่วย
กลุ่มสีเขียวสูงถึงร้อยละ 84.85 ครอบครัวควรสร้าง
ระบบ "สัญญาครอบครัว" ร่วมกับเจ้าหน้าที่
สุขภาพจิตเพื่อตกลงเงื่อนไขการลด ละ เลิกยาเสพติด
ในบ้าน และปรับทัศนคติจากการตำหนิตามา
เป็นการสนับสนุนทางอารมณ์เนื่องจากญาติผู้ดูแลมี
ผลต่ออัตราการคงอยู่ในระบบบำบัด และ 2) การ
เฝ้าระวังและสังเกตสัญญาณเตือนการเสพยา
ส่งเสริมให้ครอบครัวได้รับการฝึกทักษะสังเกต
พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนวิกฤต
(เช่น นอนไม่หลับ อารมณ์ก้าวร้าว กวนประสาท)
เพื่อแจ้งเครือข่ายส่งต่อก่อนที่อาการจะยกระดับ
เป็นกลุ่มสีส้มหรือสีแดง

ข้อเสนอแนะในระดับชุมชน ได้แก่
1) การยกระดับจาก CBTx สู่การฟื้นฟูระยะยาวใน
ชุมชน (CBTx to Community-Based Recovery)
ผลประเมิน CBTx Index อยู่ใน ระดับ มาก
(4.48 ± 0.10) ชุมชนควรรักษาฐานความยั่งยืนนี้โดย
จัดตั้ง "ชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน" (Peer Support
Group) ร่วมกับแกนนำ อสม. และฝ่ายปกครอง
เพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัย สอดส่อง และเปิดโอกาสให้
ผู้ผ่านการบำบัดได้ทำงานจิตอาสา และ 2) การลด
เจตคติเชิงลบและการกีดกันคนติดยาเสพติด ชุมชนต้อง
สร้างกิจกรรมทางสังคมและอาชีพร่วมกับองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อลดตราบาป
(Stigma) และเปิดโอกาสรับผู้ผ่านการบำบัดแบบ
ผู้ป่วยนอก (OPD) กลับเข้าทำงานในชุมชน ซึ่งจะ
ช่วยลดอัตราการกลับไปเสพยาได้อย่างเป็นรูปธรรม

**ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการ
บริหารสาธารณสุข** ได้แก่ 1) การปลดล็อกข้อจำกัด

ด้านทรัพยากรนำเข้า เนื่องจากผลการประเมินด้าน
ปัจจัยนำเข้า (Input) อยู่ในระดับปานกลาง
(3.42 ± 0.36) นโยบายควรเน้นการจัดสรร
งบประมาณเชิงรุก สำหรับอัตราค่าส่งบุคลากร
เฉพาะทางสุขภาพจิตและยาเสพติด ตลอดจนจัดหา
เครื่องมือคัดกรองประเมินความเสี่ยงดิจิทัลเพื่อลด
ภาระงาน (Workload) ของเจ้าหน้าที่ปฐมภูมิ และ
2) การพัฒนาระบบการส่งต่อเชิงโครงสร้างและการ
จัดบริการจำแนกกลุ่ม กำหนดนโยบายสนับสนุน
ระบบบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ร่วมกับมินิคลินิก
รักษ (IMC/LTC) ให้มีความเข้มแข็งและไร้รอยต่อ
เพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวและสีเหลืองในชุมชน
ช่วยลดภาระเตียงผู้ป่วยใน (IPD) และสถาบันฟื้นฟู

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาวิชาการติดตามผลระยะ
ยาวเชิงพฤติกรรมควรออกแบบงานวิจัยติดตามผล
ผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการบำบัดที่ระยะเวลา 6 เดือน, 1
ปี และ 2 ปี เพื่อศึกษาอัตราการเสพยา (Relapse
Rate), อัตราการคงภาวะสงบของโรค (Remission
Rate) และความยั่งยืนของการหยุดเสพยาอย่าง
ต่อเนื่อง

2) การประเมินความคุ้มค่าเชิง
เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ควรศึกษาวิจัยเพื่อ
เปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผล (CEA) หรือต้นทุน-
ผลประโยชน์ (CBA) ของระบบการดูแลบำบัดใน
ชุมชน (CBTx) เปรียบเทียบกับการบำบัดรักษาใน
โรงพยาบาล (IPD) เพื่อเสนอเป็นข้อมูลหลักฐานเชิง
ประจักษ์สำหรับการอนุมัติงบประมาณเชิงนโยบาย

3) การวิจัยเชิงคุณภาพเจาะลึกกลุ่ม
ความพึงพอใจต่ำและกลุ่มความเสี่ยงจากข้อจำกัดที่
พบค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจ
ค่อนข้างสูง ($SD = 0.81$) ควรกำหนดงานวิจัยเชิง
คุณภาพเจาะลึกกลุ่มผู้รับบริการที่ไม่พึงพอใจ และ
ศึกษาปัจจัยความสำเร็จ/อุปสรรคของการบำบัดใน
กลุ่มผู้ป่วยต้องโทษ (ร้อยละ 8.77) เพื่อปรับปรุง
รูปแบบการดูแลแบบเฉพาะบุคคลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. โครงการขับเคลื่อนระบบป้องกัน เฝ้าระวังบำบัดรักษา พื้นฟู ดูแล ต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V).[อินเทอร์เน็ต]. 2569 [เข้าถึงเมื่อ 13 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://necam.go.th/newsnecam050669-refer/>
2. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. แผนยุทธศาสตร์ปี พ.ศ.2566 - 2570 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2565.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานการวิเคราะห์ระบบบริหารจัดการและผลสัมฤทธิ์การบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2567. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2567.
4. ญัตติฐานันท์ กมลฤกษ์, ณรงค์ศักดิ์ เข้มเพชร. ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2569;6(1):e279532.
5. วศัญญา วัฒนธีรางกูร. ประสิทธิภาพของมินิธัญญารักษ์และ Matrix Program ต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติดที่คลินิก บำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(2):250-62.
6. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ พ.ศ.2567. อุบลราชธานี; 2567.
7. Stufflebeam, D. L., & Zhang, G. (2017). The CIPP evaluation model: How to evaluate for improvement and accountability. Guilford Publications.
8. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2556.
9. สมชาย รักชาติ, วิชัย ประเสริฐ, นภลัย สุขเกษม. การประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดในระดับปฐมภูมิ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2022;16(2):145-58.
10. Smith JA, Johnson RT. Evaluating input limitations and context alignment in community mental health programs. J Behav Health Serv Res. 2023;50(3):312-25.
11. วิภาดา แก้วเกิด. ปัญหาและอุปสรรคการบริหารจัดการทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพจิตระดับอำเภอ. วารสารบริหารสาธารณสุข. 2024;34(1):88-101
12. Garcia M, Lopez D, Martinez E. Structural challenges and resource allocation in integrated substance use interventions. Int J Drug Policy. 2025;123:104210.
13. อนันต์ สุขเจริญ, สมศักดิ์ ตั้งตรง. ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาสารเสพติดของผู้ป่วยในชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2022;30(4):275-86.
14. Chen L, Williams K. Process evaluation of integrated screening and retention strategies in addiction treatment. Addict Behav. 2023;138:107542.
15. นภา พรหมสุข. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2024;18(2):55-69.
16. Patel S, Miller P, Davis A. Streamlining screening and referral processes in integrated mental health services. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):412.
17. กิตติศักดิ์ ใจดี, นพดล ศรีสุข. ผลของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ต่อความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2023;32(5):810-21.
18. Brown ET, Davis RM, Wilson K. Outpatient management and risk stratification in community-based substance use disorders. Am J Public Health. 2023;113(8):890-9.
19. สุพรรณิ มีมาก. ความพึงพอใจของผู้ดูแลและผลลัพธ์การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในระบบบริการบูรณาการ. วารสารสุขภาพจิตและสารเสพติด. 2024;12(1):34-47.
20. Kim H, Lee S. Long-term outcomes of community-based psychiatric and addiction rehabilitation: A 3-year follow-up study. Soc Sci Med. 2025;340:116450.