

การพัฒนาระบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติด โดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

Development of a Community-Based Treatment (CBTx) System to Reduce Drug-Related Harms among Substance Use Disorder Patients in Phra Yuen District, Khon Kaen Province

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

นุชนา นินวิเศษ¹
Nuchanach hinwiset¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ พัฒนาและใช้รูปแบบ ศึกษาผลของรูปแบบ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) โดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-ตุลาคม 2569 รวมระยะเวลา 8 เดือน กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 468 คน ประกอบด้วย ภาศีเครือข่าย 122 คน ได้แก่ นายอำเภอหรือผู้แทน ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรพระยืนหรือผู้แทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระยืนหรือผู้แทน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด 173 คน และญาติหรือครอบครัวผู้ป่วย 173 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามผู้ป่วยและญาติ (ข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน SMI-V Scan แบบสังเกต Mind7 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง OAS แบบติดตามผู้ป่วยยาเสพติด และแบบประเมินความพึงพอใจของญาติ) แบบสอบถามภาศีเครือข่าย (ความรู้ ทักษะ เจตคติ และการมีส่วนร่วมของชุมชน) และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 91.33 อายุส่วนมาก 30-39 ปี ร้อยละ 41.62 (Mean±SD = 34.82±8.46, Min = 18, Max = 62) การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 4 แนวทาง ดังนี้ 1) ค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนโดยภาศีเครือข่ายมีส่วนร่วม และจำแนกกลุ่มสีเขียว เหลือง ส้ม แดง 2) ติดตามผู้ป่วยกลุ่มสีแดงและผู้ป่วยที่เสี่ยงก่อความรุนแรงอย่างต่อเนื่องด้วย Telemedicine และ Health Rider 3) แต่งตั้งคณะทำงานและทำ MOU ร่วมกับภาศีเครือข่ายระดับอำเภอ 4) พัฒนาสุขภาพทางสังคมและส่งผลต่อผู้ป่วยระหว่างหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ ผลของการใช้รูปแบบพบว่า การมีส่วนร่วมของภาศีเครือข่าย ความรู้ ทักษะ และเจตคติของภาศีเครือข่าย ความพึงพอใจของญาติ/ครอบครัวผู้ป่วย เพิ่มขึ้น และอุบัติการณ์ความรุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ลดลง ภายหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($t = 12.45, 10.87, 9.63, 8.21$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การลดอันตรายจากยาเสพติด, การบำบัดรักษาและฟื้นฟูโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx), ผู้ป่วยยาเสพติด

Abstract

This participatory action research aimed to study the context and situation, develop and implement a model, examine the effects of the model, and identify the success factors in developing a harm reduction care system through community-based treatment and rehabilitation (CBTx) for people with substance use problems in Phra Yuen District, Khon Kaen Province. The study followed the PAOR cycle of Kemmis and McTaggart together with the Appreciation-Influence-Control (AIC) process, and applied the PCT2H Model (Participation, CBTx, Telemedicine, Health Rider, and Harm Reduction). Data were collected from March to October 2026, a total of 8 months. The target group comprised 468 participants: 122 network partners, including the District Chief Officer or representative,

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น

the Superintendent of Phra Yuen Police Station or representative, the Director of Phra Yuen Hospital or representative, local administrative organizations, community leaders, hospital and sub-district health promoting hospital staff, and village health volunteers; 173 patients with substance use problems; and 173 patients' relatives or family members. Participants were selected by purposive sampling. The research instruments were questionnaires for patients and relatives (general information, the SMI-V Scan, the Mind7 observation form, the Overt Aggression Scale (OAS), a patient follow-up form, and a relatives' satisfaction questionnaire), a questionnaire for network partners (knowledge, skills, attitudes, and community participation), and focus group discussion guidelines. Qualitative data were analyzed using content analysis. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results showed that most patients with substance use problems were male (91.33%), and most were aged 30–39 years (41.62%) (Mean±SD = 34.82±8.46, Min = 18, Max = 62). The model development comprised 4 approaches: 1) community-based case finding and screening with participation of network partners, and classification of patients into green, yellow, orange, and red groups; 2) continuous follow-up of red-group patients and patients at risk of violence using Telemedicine and Health Rider; 3) establishing a working committee and signing memoranda of understanding (MOUs) with district-level network partners; and 4) social rehabilitation and patient referral among village, sub-district, and district levels. After implementation of the model, network partners' participation, knowledge, skills, and attitudes, and relatives' satisfaction increased, while the incidence of violence among patients with substance use problems who had psychiatric symptoms and were at risk of violence decreased, with statistical significance ($p < .05$; $t = 12.45, 10.87, 9.63, 8.21$, respectively).

Keywords: harm reduction, community-based treatment and rehabilitation (CBTx), people with substance use problems, action research

บทนำ

ยาและสารเสพติดก่อความเสียหายร้ายแรงต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงของประเทศ ใน ค.ศ. 2024 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติด 331 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.20 ของประชากรอายุ 15–64 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.20 เมื่อสิบปีก่อน ผู้ใช้แอมเฟตามีนมี 32 ล้านคน ตลาดยาสังเคราะห์ขยายตัว พบสารเสพติดชนิดใหม่ 755 ชนิดในปีเดียว ผู้มีความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติดได้รับการบำบัดเพียง 1 ใน 12 คน เพศหญิงเข้าถึงการบำบัด 1 ใน 23 คน เทียบกับเพศชาย 1 ใน 9 คน ความเสียหายจากยาเสพติดสัมพันธ์กับความยากจน ปัญหาสุขภาพจิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสำรวจครัวเรือนระดับประเทศ พ.ศ. 2567 พบว่าประชากรไทยอายุ 12–65 ปีใช้กระท่อมประมาณ 1.90 ล้านคน กัญชา 1.50 ล้านคน และยาบ้า 1.50 ล้านคน มีผู้ที่ควรเข้ารับการบำบัดประมาณ 330,000 คน และมีปัญหาสุขภาพจิตประมาณ 220,000 คน ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดและเป็นปัญหาหลักของประเทศ

ปีงบประมาณ 2567 ระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศคัดกรองผู้ป่วยได้ 196,895 ราย ระหว่าง 1 ตุลาคม 2568–27 มีนาคม 2569 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา 85,857 คน เป็นกลุ่มสีเขียว 68,563 คน สีเหลือง 1,690 คน สีส้ม 9,219 คน และสีแดง 6,385 คน เป็นผู้ใช้ 4,127 คน ผู้เสพ 58,286 คน ผู้ติด 23,241 คน เข้ารับการบำบัดตามมาตรา 113 ร้อยละ 53.64 มาตรา 114 ร้อยละ 28.60 และมาตรา 56 ร้อยละ 12.85 เป็นเพศชายร้อยละ 90.13 อายุ 30–39 ปีมากที่สุด บำบัดแบบผู้ป่วยนอกร้อยละ 52.63 แบบ CBTx ร้อยละ 27.16 และแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 0.45 แผนยุทธศาสตร์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2566–2570 กำหนดให้สร้างระบบดูแลที่เชื่อมโยงกับชุมชนและภาคีเครือข่าย และลดอันตรายตามมาตรฐานสากล¹

ปัจจัยสำคัญมี 3 ประการ คือ การลดอันตรายจากยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบ CBTx และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย การลดอันตรายเป็นปรัชญาการดูแลที่ยอมรับว่าผู้ป่วยบาง

รายยังไม่พร้อมหรือไม่สามารถหยุดเสฟได้ จึงเข้าหาผู้ป่วยในที่ที่เขาอยู่ สร้างความไว้วางใจ และเปิดทางเข้าสู่บริการสุขภาพ ขณะที่การตีตราทำให้ผู้ใช้ยาเผชิญปฏิสัมพันธ์และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี² CBTx ดำเนินการ 6 ขั้นตอน คือ ค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู ส่งต่อ และติดตามผล โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ³ กลไกนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 มิติ ได้แก่ การตัดสินใจ การปฏิบัติการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล⁴ การขาดการดูแลโดยชุมชนและขาดแนวทางลดอันตราย ทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาและกินยาไม่ต่อเนื่อง ใช้ยาเสพติดร่วมกับยาจิตเวช อาการทางจิตกำเริบ ก้าวร้าวและก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชน ครอบครัวรับภาระการดูแลโดยลำพัง ผู้ป่วยถูกตีตราและหลุดจากระบบบริการ เกิดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข การสูญเสียผลิตภาพแรงงาน และค่าใช้จ่ายด้านเรือนจำและกระบวนการยุติธรรม การดูแลต่อเนื่องแบบมีส่วนร่วมของชุมชนลดความรุนแรงของพฤติกรรมและความจำเป็นในการได้รับการดูแลของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด¹ และทำให้ไม่เกิดเหตุรุนแรงซ้ำในชุมชน⁵

อำเภอพระยืนมี 5 ตำบล 53 หมู่บ้าน มีผู้เข้ารับการรักษา 176 ราย 231 ราย และ 143 ราย ในปีงบประมาณ 2567 2568 และ 2569 (1 ตุลาคม 2568–27 มีนาคม 2569) ตามลำดับ ข้อมูลปีงบประมาณ 2569 เป็นกลุ่มสีเขียว 78 ราย (ร้อยละ 54.55) สีเหลือง 53 ราย (ร้อยละ 37.06) สีส้ม 9 ราย (ร้อยละ 6.29) และสีแดง 3 ราย (ร้อยละ 2.10) เป็นผู้ใช้ 10 ราย ผู้เสฟ 34 ราย ผู้ติด 99 ราย (ร้อยละ 69.23) เข้ารับการรักษาตามมาตรา 113 ร้อยละ 93.01 และมาตรา 56 ร้อยละ 6.29 เป็นเพศชายร้อยละ 92.31 อายุ 30–39 ปีมากที่สุด บำบัดและติดตามครบ 456 ราย ไม่เสฟซ้ำ 435 ราย (ร้อยละ 95.39) ผู้ป่วยกลุ่มสีแดงเพิ่มจาก 1 ราย เป็น 2 ราย และ 3 ราย ผู้ป่วยจิตเวชสะสมในพื้นที่มี 205 ราย มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง 80 ราย เป็นผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความ

รุนแรง 31 ราย 42 ราย และ 53 ราย ตามลำดับ ในกลุ่มนี้ขาดนัด 17 ราย (ร้อยละ 54.84) 25 ราย (ร้อยละ 59.52) และ 33 ราย (ร้อยละ 62.26)⁶

ข้อมูลทั้งสองระดับสะท้อนปัญหาที่แท้จริงคือ ผู้ป่วยกลุ่มสีแดงและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเสี่ยงก่อความรุนแรงเพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดนัดมากขึ้นและขาดยาต่อเนื่อง อำเภอพระยืนมีจุดแข็งด้านการค้นหาผู้ใช้โดยชุมชนผ่านมาตรการเคาะประตูบ้านแจกซองผ้าป่า การค้นหาผู้ใช้ในพื้นที่เป้าหมายเพิ่มขึ้นร้อยละ 94.40 และเป็นต้นแบบระดับเขตสุขภาพที่ 7⁷ การเปิดซองผ้าป่าพบรายชื่อผู้ใช้ 791 ราย ใน 6 พื้นที่ หากเทียบกัน ผู้เข้ารับการรักษา 143 ราย ในครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ 2569 คิดเป็นร้อยละ 18.08 ของรายชื่อที่ค้นพบ แสดงว่าผู้ใช้จำนวนมากยังไม่เข้าสู่ระบบ ส่วนผู้ที่เข้าสู่ระบบคงอยู่ในการดูแลร้อยละ 60 จากผู้เข้าร่วม 114 ราย บางรายกลับไปพบเพื่อนกลุ่มเดิมแล้วเสฟซ้ำ บางรายติดตามไม่ต่อเนื่องเพราะออกนอกพื้นที่⁸

ในมิติการพยาบาล พยาบาลเป็นผู้ประสานการดูแลตั้งแต่คัดกรอง บำบัด ติดตามเยี่ยม จนถึงส่งต่อ และอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมที่สุดในการนำแนวคิดการลดอันตรายไปใช้ในการปฏิบัติประจำ² ปัญหาทางการพยาบาลที่พบในพื้นที่ คือ ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลและการจัดการรายกรณีที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มสีแดง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดนัดถึงร้อยละ 62.26 ทำให้ขาดยาต่อเนื่อง การติดตามหลังผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนอาศัยการประสานแบบไม่เป็นทางการ และครอบครัวรับภาระการดูแลอาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงโดยขาดความรู้และการสนับสนุน⁹

รูปแบบเดิมของอำเภอพระยืนเน้นกลุ่มสีเขียวซึ่งยังไม่มีแนวทางดูแลและติดตามกลุ่มสีแดงที่ชัดเจน ขณะที่ระยะเวลาดำเนินงานสั้น การคงอยู่ในระบบร้อยละ 60 และการเสฟซ้ำหลังกลับสู่ชุมชนยังเป็นอุปสรรค¹⁰ การทบทวนรูปแบบเดิมช่วยให้เห็นจุดแข็งที่ต่อยอดได้ คือ การค้นหาผู้ใช้โดยชุมชนและการขับเคลื่อนผ่านกลไกระดับอำเภอที่มีนายอำเภอเป็นผู้นำ และเห็นจุดที่ต้องพัฒนา คือ การดูแลกลุ่มสีแดง

การติดตามต่อเนื่องนอกพื้นที่ และการลดอันตราย ควบคุมการบำบัด การพัฒนารูปแบบที่ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนมีความสำคัญ เพราะการบริหารแบบมีส่วนร่วมเพิ่มคะแนนจาก 3.40 เป็น 4.30 และผู้เสพเปลี่ยนเป็นผู้ใช้ร้อยละ 78.80⁹ รูปแบบ CBTx ระดับจังหวัดเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดและการฟื้นฟูสภาพทางสังคม ลดการเสพยา และเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัว³

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการสร้างองค์ความรู้ที่ผ่านมาซึ่งการค้นหาผู้ใช้ การบำบัดและฟื้นฟูโดยภาพรวม ยังขาดรูปแบบที่บูรณาการการลดอันตรายเข้ากับ CBTx สำหรับผู้ป่วยกลุ่มสีแดงที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง โดยใช้ Telemedicine และ Health Rider ในบริบทอำเภอพระยีน และประเมินผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาระบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยีน จังหวัดขอนแก่น ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ลดการเสพยาและความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ครอบครัวและชุมชนจัดการอาการและพฤติกรรมได้ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และข้อมูลของผู้ป่วยยาเสพติด ในการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) อำเภอพระยีน จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผ่านภาคีเครือข่าย อำเภอพระยีน จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยีน จังหวัดขอนแก่น

4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยีน จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามวงจร PAOR ของ Kemmis และ McTaggart¹⁰ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยดำเนินการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ร่วมกัน ทำการศึกษาในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนตุลาคม 2569 รวมระยะเวลา 8 เดือน โดยประเมินผลก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการ 3 เดือน และ 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ในเชิงคุณภาพใช้กลุ่มภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยีน ได้แก่ นายอำเภอหรือผู้แทน ผู้กำกับ การสถานีตำรวจภูธรพระยีนหรือผู้แทน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระยีนหรือผู้แทน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเชิงปริมาณใช้ผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในระบบบำบัดรักษาของอำเภอพระยีน และญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยในพื้นที่ 53 หมู่บ้าน 5 ตำบล ที่อาศัยและรับบริการในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น ในช่วงปีงบประมาณ 2569

2) กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 468 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ภาคีเครือข่าย 122 คน ได้แก่ นายอำเภอหรือผู้แทน 1 คน ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรพระยีนหรือผู้แทน 1 คน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระยีนหรือผู้แทน 1 คน องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น 5 คน ผู้นำชุมชน 53 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 53 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยและญาติ 346 คน ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติด 173 คน และญาติหรือครอบครัวผู้ป่วย 173 คน โดย ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม ผู้ป่วยต้องมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป อยู่ในกระบวนการบำบัดรักษาแบบ CBTx หรือได้รับการดูแลตามระบบบริการของพื้นที่ อาศัยอยู่ในอำเภอพระยืนตลอดระยะเวลาการศึกษา สื่อสารภาษาไทยได้ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีอาการทางจิตเฉียบพลันจนไม่สามารถให้ข้อมูลหรือยินยอมได้ จะไม่ถูกรวมในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. กระบวนการเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการ AIC (Appreciation, Influence, Control) เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์แก่ภาคีเครือข่าย วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และกิจกรรมแก้ปัญหาาร่วมกัน จัดทำคำสั่งและบันทึกข้อตกลง (MOU) กับภาคีเครือข่าย ออกแบบกิจกรรมการติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง และจัดทำแผนปฏิบัติการ จากนั้นดำเนินกิจกรรมตามแผนโดยยึด PCT2H Model ได้แก่ Participation, CBTx, Telemedicine, Health Rider และ Harm Reduction เป็นเวลา 6 เดือน ดำเนินการสังเกตและประเมินผลก่อน ระหว่าง และหลังการดำเนินการ ประชุมสะท้อนผลและถอดบทเรียน ทบทวนปัญหาอุปสรรค หาแนวทางแก้ไข และข้อเสนอแนะ จนเกิดเป็นรูปแบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) สำหรับภาคีเครือข่าย มี 2 ส่วน คือ สถานการณ์การติดตามผู้ป่วยยาเสพติด (วิเคราะห์ด้วย SWOT

analysis) และการวางแผนการติดตามผู้ป่วยยาเสพติด การสัมภาษณ์ (Interview) และการสังเกต (Observation) ประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค การมีส่วนร่วม และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดและญาติหรือครอบครัว เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำ ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมิน SMI-V (SMI-V Scan) 5 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Mind7) 7 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) 3 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบติดตามผู้ป่วยยาเสพติด 10 ข้อ ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจของญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยต่อการติดตามผู้ป่วย 30 ข้อ และส่วนที่ 7 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับภาคีเครือข่าย เป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมคำ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ ทักษะ และเจตคติในการติดตามผู้ป่วยยาเสพติด 30 ข้อ ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด 25 ข้อ และส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมและข้อเสนอแนะ 4 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและแบบเก็บข้อมูลนำมาแจกแจงและประมวลผลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ความรู้ ทักษะ เจตคติ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และความพึงพอใจของญาติหรือครอบครัว ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้

Paired-t-test เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ความพึงพอใจของญาติ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ที่ 3 เดือน และ 6 เดือน โดยกำหนดค่า p-value น้อยกว่า .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการสังเกต วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ตามประเด็น ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และสรุปสาระสำคัญ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โดยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยตลอดการศึกษา ได้แก่ ด้านความเป็นส่วนตัว (privacy) ด้านการรักษาความลับ (confidentiality) และด้านการยินยอมพร้อมใจ (informed consent) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมทุกกลุ่ม ผู้เข้าร่วมตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่เสียสิทธิในการรับบริการ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมเป็นความลับ วิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. บริบท สถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบเดิมของการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติดอำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

ผลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและการวิเคราะห์ SWOT พบว่า จุดแข็งของพื้นที่ คือ นายอำเภอเป็นผู้นำขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีกลไกค้นหาผู้เข้ายาเสพติดโดยชุมชนผ่านผ้าป่ายาเสพติด และมี อสม. ครอบคลุมหมู่บ้าน จุดอ่อน คือ รูปแบบเดิมเน้นผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว ยังไม่มีแนวทางติดตามผู้ป่วยกลุ่มสีแดงและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเสี่ยงก่อความรุนแรงที่ชัดเจน ผู้ป่วยขาดนัดร้อยละ 62.26 ติดตามไม่ต่อเนื่องเมื่อออกนอกพื้นที่ ญาติขาดความรู้ในการ

จัดการอาการและพฤติกรรมรุนแรง โอกาส คือ นโยบาย CBTx ระบบ Telemedicine และ Health Rider อุปสรรค คือ การตีตราผู้ป่วย การกลับไปพบเพื่อนกลุ่มเดิมแล้วเสพยา และการใช้สารเสพติดร่วมกับยารักษา

ในเชิงปริมาณ ผู้ป่วยยาเสพติดจำนวน 173 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 158 คน ร้อยละ 91.33 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 15 คน ร้อยละ 8.67 อายุส่วนมาก 30-39 ปี จำนวน 72 คน ร้อยละ 41.62 รองลงมา 18-29 ปี จำนวน 46 คน ร้อยละ 26.59 และ 40-49 ปี จำนวน 37 คน ร้อยละ 21.39 ตามลำดับ (Mean±SD = 34.82±8.46 ปี, Min = 18 ปี, Max = 62 ปี) อาชีพส่วนมากรับจ้าง จำนวน 84 คน ร้อยละ 48.55 รองลงมาเกษตรกร จำนวน 51 คน ร้อยละ 29.48 และค้าขาย จำนวน 22 คน ร้อยละ 12.72 สถานภาพส่วนมากโสด จำนวน 92 คน ร้อยละ 53.18 รองลงมาสมรส จำนวน 63 คน ร้อยละ 36.42 ระดับการศึกษาส่วนมากมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 74 คน ร้อยละ 42.77 รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. จำนวน 43 คน ร้อยละ 24.86 และประถมศึกษา จำนวน 41 คน ร้อยละ 23.70 ตามลำดับ สารเสพติดที่ใช้ส่วนมากเป็นยาบ้า จำนวน 129 คน ร้อยละ 74.57 รองลงมาัญชา จำนวน 21 คน ร้อยละ 12.14 ระดับความรุนแรง เป็นกลุ่มสีเขียว จำนวน 74 คน ร้อยละ 42.77 สีเหลือง จำนวน 52 คน ร้อยละ 30.06 สีส้ม จำนวน 30 คน ร้อยละ 17.34 และสีแดง จำนวน 17 คน ร้อยละ 9.83 เป็นผู้ใช้ จำนวน 18 คน ผู้เสพ จำนวน 52 คน และผู้ติด จำนวน 103 คน ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 41 คน ร้อยละ 23.70

ภาคีเครือข่าย จำนวน 122 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 71 คน ร้อยละ 58.20 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 51 คน ร้อยละ 41.80 อายุ Mean±SD = 46.35±8.12 ปี, Min = 25 ปี, Max = 64 ปี เป็นผู้นำชุมชน 53 คน อสม. 53 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5 คน นายอำเภอหรือผู้แทน ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรพระยืนหรือ

ผู้แทน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระยีนหรือ
ผู้แทน ตำแหน่งละ 1 คน

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อลด อันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยีน จังหวัด ขอนแก่น

ขั้นวางแผน (Planning) ค้นข้อมูลสถานการณ์
แก่ภาคีเครือข่ายในกระบวนการ AIC ได้แก่ ค้นหาจุด
แข็ง (Appreciation) ระดมสมองหาแนวทาง
(Influence) และวางแผนปฏิบัติ (Control) วิเคราะห์
ปัญหา สาเหตุ และกิจกรรมแก้ปัญหาพร้อมกัน จัดทำ
คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานและบันทึกข้อตกลง (MOU)
ระหว่างภาคีเครือข่าย และได้แผนปฏิบัติการที่ใช้
พื้นที่เป็นตัวตั้ง ขั้นปฏิบัติ (Action) ดำเนินกิจกรรม
ตามแผนเป็นเวลา 6 เดือน โดยยึด PCT2H Model
ประกอบด้วย การมีส่วนร่วม (Participation) การ
บำบัดฟื้นฟู โดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx)
Telemedicine Health Rider และการลดอันตราย
จากยาเสพติด (Harm Reduction) ได้รูปแบบที่
ประกอบด้วย 4 แนวทาง ดังนี้ 1) ค้นหาและคัดกรอง
ผู้ป่วยในชุมชนโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม และ
จำแนกกลุ่มสีเขียว เหลือง ส้ม แดง 2) ติดตามผู้ป่วย
กลุ่มสีแดงและผู้ป่วยที่เสี่ยงก่อความรุนแรงอย่าง
ต่อเนื่องด้วย Telemedicine และ Health Rider 3)
แต่งตั้งคณะทำงานและทำ MOU ร่วมกับภาคี
เครือข่ายระดับอำเภอ 4) ฟื้นฟูสภาพทางสังคมและ
ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ ขึ้น
สังเกต (Observation) ติดตามและประเมินผลก่อน
ดำเนินการ หลังดำเนินการ 3 เดือน และ 6 เดือน ขึ้น
สะท้อนผล (Reflection) ประชุมสรุปผล เปรียบเทียบ
ผลก่อนและหลังการดำเนินการ และถอดบทเรียน
ร่วมกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อปรับปรุงแบบให้ต่อเนื่อง

3. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อลด อันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยีน จังหวัด ขอนแก่น

3.1) ผลการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่าย ก่อนพัฒนาภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.10 (S.D.=0.58) เมื่อพิจารณารายด้าน
พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คะแนน
เฉลี่ยมากที่สุด 3.22 รองลงมาด้านการปฏิบัติการ
3.14 และด้านผลประโยชน์ 3.06 ตามลำดับ หลัง
พัฒนาภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.90
(S.D.=0.49) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการ
ปฏิบัติการ คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 4.03 รองลงมา
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 3.98 และด้าน
ผลประโยชน์ 3.86 ตามลำดับ

3.2) ผลการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติ
ของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ก่อน
พัฒนาภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย
3.24 (S.D.=0.61) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้าน
เจตคติ คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3.37 รองลงมาด้าน
ทักษะ 3.19 และด้านความรู้ 3.16 ตามลำดับ หลัง
พัฒนาภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.94
(S.D.=0.52) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้
คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 4.02 รองลงมาด้านเจตคติ
3.93 และด้านทักษะ 3.87 ตามลำดับ

3.3) ผลการพัฒนาความพึงพอใจของญาติหรือ
ครอบครัวผู้ป่วยต่อการติดตามผู้ป่วยยาเสพติด ก่อน
พัฒนาภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย
3.42 (S.D.=0.63) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้าน
การเข้าถึงบริการ คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3.51
รองลงมาด้านความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ
3.43 และด้านการสื่อสารและให้ข้อมูล 3.39
ตามลำดับ หลังพัฒนาภาพรวมอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 3.97 (S.D.=0.52) เมื่อพิจารณารายด้าน
พบว่า ด้านการเข้าถึงบริการ คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด
4.05 รองลงมาด้านความรู้ความสามารถของผู้
ให้บริการ 3.98 และด้านการสื่อสารและให้ข้อมูล
3.94 ตามลำดับ

3.4) ผลการพัฒนาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
ของผู้ป่วยยาเสพติด (OAS) ก่อนพัฒนาภาพรวมอยู่
ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.58 (S.D.=0.66)
เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการก้าวร้าวทาง
วาจา คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 2.94 รองลงมาด้านการ
ก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น 2.49 และด้านการก้าวร้าวต่อ

ทรัพย์สิน 2.31 ตามลำดับ หลังพัฒนาภาพรวมอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.08 (S.D.=0.58) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการก้าวร้าวทางวาจา คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 2.36 รองลงมาด้านการก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น 1.99 และด้านการก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน 1.89 ตามลำดับ อุบัติการณ์เหตุความรุนแรงจากผู้ป่วยในชุมชนลดลงจาก 9 ครั้ง ก่อนดำเนินการ เป็น 2 ครั้ง หลังดำเนินการ 6 เดือน

3.5) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หลังใช้รูปแบบผู้ป่วยกลุ่มสีแดงและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการติดตามร้อยละ 100 การขาดนัดของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงลดลงจากร้อยละ 62.26 (33 จาก 53 คน) เป็นร้อยละ 24.53 (13 จาก 53 คน) และผู้ป่วยคงอยู่ในระบบบริการ (Retention) ที่ 6 เดือน จำนวน 134 คน ร้อยละ 77.46

3.6) การเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบ ก่อนพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.10 (S.D.=0.58) ภายหลัง

พัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.90 (S.D.=0.49) จากการทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <0.001, t=12.45) ความรู้ ทักษะ และเจตคติของภาคีเครือข่าย ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.24 (S.D.=0.61) ภายหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.94 (S.D.=0.52) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <0.001, t=10.87) ความพึงพอใจของญาติหรือครอบครัวผู้ป่วย ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.42 (S.D.=0.63) ภายหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.97 (S.D.=0.52) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <0.001, t=9.63) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย (OAS) ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.58 (S.D.=0.66) ภายหลังพัฒนาลดลงเป็นระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.08 (S.D.=0.58) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <0.001, t=8.21) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การทดสอบความแตกต่างผลการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น (n=122, 173)

ตัวแปร	n	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
		Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
1. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	122	3.10	0.58	ปานกลาง	3.90	0.49	มาก	12.45	<0.001*
2. ความรู้ ทักษะ และเจตคติของภาคีเครือข่าย	122	3.24	0.61	ปานกลาง	3.94	0.52	มาก	10.87	<0.001*
3. ความพึงพอใจของญาติหรือครอบครัวผู้ป่วย	173	3.42	0.63	ปานกลาง	3.97	0.52	มาก	9.63	<0.001*
4. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย (OAS)	173	2.58	0.66	ปานกลาง	2.08	0.58	น้อย	8.21	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น จากการถอดบทเรียนและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ 4

ประการ ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำของนายอำเภอที่ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ พชอ. และการสั่งการที่ชัดเจน 2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับ ตั้งแต่ตัดสินใจ ปฏิบัติ รับประโยชน์ จนถึงประเมินผล พร้อมบันทึกข้อตกลง (MOU) 3) ความเข้มแข็งของ

ชุมชน โดย อสม. และผู้นำชุมชนที่ไม่ติดตามและติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 4) การใช้ Telemedicine และ Health Rider ที่ทำให้ติดตามผู้ป่วยกลุ่มสีแดง และผู้ป่วยที่ออกนอกพื้นที่ได้ต่อเนื่อง ส่วนปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ผู้ป่วยบางรายกลับไปพบเพื่อนกลุ่มเดิมและเสพยา ญาติบางรายขาดความรู้ในการจัดการอาการ และสัญญาณอินเทอร์เน็ตในบางหมู่บ้านไม่เสถียร แก้ไขโดย จับคู่ อสม. เป็นพี่เลี้ยง จัดอบรมญาติ และใช้โทรศัพท์ติดตามแทน

สรุปและอภิปรายผล

1. บริบท สถานการณ์ และปัญหาของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงาน ใช้น้ำยาเป็นหลัก สอดคล้องกับข้อมูลระดับจังหวัดและอำเภอที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงานตอนต้น⁶ วัยนี้เป็นกำลังหลักของครอบครัว ทำงานใกล้ชิดกลุ่มเพื่อน จึงเสี่ยงสัมผัสสารเสพติด และมีแรงดิ่งให้กลับไปเสพยาเมื่อพบเพื่อนเดิม⁸ การทบทวนระดับสากลชี้ว่างานชุมชนต้องอาศัยผู้มีบทบาทหลายฝ่าย ส่วนการบังคับใช้กฎหมายเพียงลำพังผลักดันให้หลบซ่อนจากระบบบริการ¹¹ ปัญหาสำคัญ คือ ระบบเดิมเข้มแข็งด้านการค้นหาแต่อ่อนด้านการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มสีแดงและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเสี่ยงก่อความรุนแรงยังไม่มีแนวทางชัดเจน จึงขาดนัดและขาดยา ผลนี้สอดคล้องกับงานในตำบลบ้านไผ่ที่พบว่ามาตรการเคาะประตูบ้านแจกซองผ้าป่าเพิ่มการค้นหาผู้ใช้ได้มาก แต่ขั้นตอนหลังการค้นหายังต้องพัฒนา⁷ จุดแข็งด้านภาวะผู้นำของนายอำเภอผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สอดคล้องกับรูปแบบระดับจังหวัดที่ใช้กลไกเดียวกันขับเคลื่อนงาน³ ความจำเป็นของการดูแลหลังกลับสู่ชุมชน สอดคล้องกับข้อค้นพบที่ชุมชนต้องมีศักยภาพ ประเมินและจัดการเหตุรุนแรงเบื้องต้น⁵ ความสำเร็จด้านการค้นหาเป็นฐานสำคัญ แต่ไม่เพียงพอหากผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามหลังเข้าสู่ระบบ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงจึงต้องการแนวปฏิบัติเฉพาะที่ระบุผู้รับผิดชอบ ช่วงเวลาติดตาม และช่องทางส่งต่อ

ชัดเจน ปัญหาด้านครอบครัวและการติดตามเป็นอีกเหตุผลที่ผู้ป่วยหลุดจากระบบ ญาติขาดความรู้และแบกรับภาระลำพัง ซึ่งสอดคล้องกับงานในเวียดนามที่ครอบครัวมองการบังคับบำบัดเป็นทางเลือกสุดท้าย เพราะขาดบริการในชุมชนที่พึ่งพาได้¹² การติดตามทำให้ผู้ใช้ยาได้รับประสบการณ์ไม่ดีจากบริการสุขภาพและถอยห่างจากการรักษา² แนวคิดที่เน้นการจับกุมยังขัดขวางการนำหลักการลดอันตรายมาใช้จริง¹³ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าปัญหาที่แท้จริงของอำเภอพระยืนไม่ใช่การขาดผู้ค้นหา แต่เป็นช่องว่างระหว่างการค้นหากับการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน รูปแบบที่ได้เกิดจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ให้ภาคีเครือข่ายร่วมวิเคราะห์ปัญหา ตัดสินใจ ลงมือทำ สังเกต และสะท้อนผลเป็นวงจร เหตุที่รูปแบบเหมาะกับพื้นที่ คือ ผู้ปฏิบัติจริงเป็นเจ้าของแผน และเปิดโอกาสให้เกิดการมีส่วนร่วมครบทั้งการตัดสินใจ การปฏิบัติ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล⁴ สอดคล้องกับงานในตำบลบ้านไผ่ที่ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมกับภาคีทุกระดับจนได้แนวทางต้นแบบ⁷ และงานในอำเภอพลที่เริ่มจากการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อเนื่องถึงการดูแลระยะยาว⁹ เมื่อสิ้นสุดวงจรสะท้อนผล ผู้ร่วมวิจัยปรับแนวทางให้สอดคล้องกับทรัพยากรจริงของพื้นที่ จึงเพิ่มโอกาสที่รูปแบบจะถูกนำไปใช้ต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโครงการ แนวทางค้นหา คัดกรอง และจำแนกกลุ่มสีต่อ ยอดจุดแข็งเดิมของอำเภอ สอดคล้องกับขั้นตอนค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู ส่งต่อ และติดตามผล ที่ขับเคลื่อนผ่านกลไกระดับอำเภอ³ การจำแนกกลุ่มสีช่วยจัดสรรกำลังคนตามความรุนแรง แนวทางติดตามกลุ่มสีแดงด้วย Telemedicine และ Health Rider แก้ไขปัญหาการติดตามขาดตอนเมื่อผู้ป่วยออกนอกพื้นที่ สอดคล้องกับหลักฐานว่าระบบสุขภาพทางไกลมีแนวโน้มยอมรับได้ ทำได้จริง และให้ผลดีในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง¹⁴ การดูแลผู้ป่วยเสี่ยงก่อความรุนแรงต้องเชื่อมโรงพยาบาลกับชุมชนอย่าง

ต่อเนื่อง เช่นเดียวกับแนวทางดูแลก่อน ระหว่าง และ หลังอยู่โรงพยาบาลที่มีคู่มือรองรับ⁵ แนวทางแต่งตั้ง คณะทำงานและทำบันทึกข้อตกลง ช่วยกำหนด บทบาทที่ชัดเจน ตอบข้อเสนอฟันฝ่าดำเนินการ หลากหลายต้องได้รับการประสานและบูรณาการ เพื่อให้ติดตามและประเมินผลได้¹¹ แนวทางฟื้นฟู สภาพทางสังคมและสังคม สอดคล้องกับการ ช่วยเหลือดูแลและขยายผลหลังบำบัด⁹ และข้อเสนอให้ ขยายบริการชุมชนและสนับสนุนครอบครัว¹² หลักการลดอันตรายเป็นฐานคิดของทุกแนวทาง เพราะยอมรับว่าผู้ป่วยบางรายยังหยุดเสพยาไม่ได้ ต้อง เข้าหาถึงที่ สร้างความไว้วางใจ และเปิดทางสู่การ รักษา² การดูแลในศูนย์ชุมชนที่ให้บริการลดอันตราย ปลอดภัยและได้ผล¹⁵ จึงสนับสนุนการให้บริการใกล้ บ้านมากกว่าการรอผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

3. ผลของการใช้รูปแบบและปัจจัยแห่ง ความสำเร็จ หลังใช้รูปแบบ การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย ความรู้ ทักษะ เจตคติ และความพึงพอใจ ของญาติเพิ่มขึ้น ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของ ผู้ป่วยลดลง เหตุผล คือ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตั้งแต่ตัดสินใจจึงรู้สึกเป็นเจ้าของงานและร่วม รับผิดชอบต่อเนื่อง⁴ สอดคล้องกับงานในอำเภอพลที่ การบริหารแบบมีส่วนร่วมดีขึ้นหลังดำเนินการ⁹ และ งานในอำเภอเชียงขวัญที่มีการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายเพิ่มขึ้น พร้อมการเสพแอมเฟตามีนลดลง และคงอยู่ในช่วงติดตาม¹⁶ แต่งานดังกล่าวไม่มีกลุ่ม เปรียบเทียบ จึงต้องระมัดระวังการสรุปเหตุและผล เช่นเดียวกับการวิจัยนี้ที่วัดกลุ่มเดียวก่อนและหลัง ความรู้ ทักษะ และเจตคติของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้น เพราะมีการอบรมร่วมกับการลงมือปฏิบัติจริงและ สะท้อนผลซ้ำ ผลนี้สอดคล้องกับงานในอำเภอเสลภูมิ ที่ญาติและภาคีเครือข่ายมีความรู้เพิ่มขึ้น ความ รุนแรงของพฤติกรรมและความจำเป็นในการดูแล ลดลง¹ และงานในอำเภออย่างสีสุราชที่ชุมชนประเมิน และจัดการเหตุรุนแรงเบื้องต้นได้ ไม่เกิดเหตุรุนแรง ซ้ำ⁵ ญาติที่เข้าใจอาการเตือนและรู้วิธีรับมือลดปัจจัย กระตุ้นในบ้าน ผู้ป่วยจึงก้าวร้าวน้อยลง ความพึง พอใจของญาติเพิ่มขึ้นเพราะได้รับการติดตามใกล้ชิด

เข้าถึงบริการง่ายขึ้น และไม่ต้องรับภาระลำพัง สอดคล้องกับรูปแบบระดับจังหวัดที่ครอบคลุมทั้ง พหุใจมากขึ้นพร้อมการเสพซ้ำที่ลดลง³ ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จ ได้แก่ ภาวะผู้นำของนายอำเภอผ่าน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ความ เข้มแข็งของผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร บันทึก ข้อตกลงที่ชัดเจน และเทคโนโลยีที่ทำให้ติดตาม ผู้ป่วยต่อเนื่อง ตรงกับข้อเสนอว่าต้องอาศัยผู้นำ ชุมชนที่เข้มแข็งและสร้างความเข้าใจในชุมชน¹ การ ไม่ตีตราเป็นเงื่อนไขให้ผู้ป่วยกล้าเข้ารับบริการ² การ ยึดมั่นต่อการรักษาเป็นปัจจัยกำหนดผลลัพธ์ในการ ดูแลผู้ใช้ยาในชุมชน¹⁵ ผลที่สอดคล้องกันในหลาย พื้นที่ชี้ว่ากลไกสำคัญอยู่ที่การให้ชุมชนเป็นผู้ดูแล หลักโดยมีระบบวิชาชีพหนุนหลัง มากกว่ากิจกรรมใด กิจกรรมหนึ่งโดยเฉพาะ ข้อจำกัด คือ ระยะเวลาสั้น และไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ควรติดตามระยะยาวและ ออกแบบเปรียบเทียบในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมภาคี เครือข่ายและชุมชน โดยมุ่งเน้นผู้เกี่ยวข้อง เรื่องการ ค้นหาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มสีแดง ผู้ป่วยที่ มีอาการทางจิตและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง และ การลดอันตรายจากยาเสพติด ผ่านกระบวนการมี ส่วนร่วม เช่น AIC จะช่วยให้ทุกฝ่ายเข้าใจปัญหา ตรงกัน กำหนดบทบาทชัดเจน และแก้ไขปัญหาได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีนายอำเภอ เป็นผู้นำ ร่วมกับผู้นำชุมชน อสม. และหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง ทำบันทึกข้อตกลง (MOU) กำหนดบทบาท และผู้รับผิดชอบการติดตามผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม การ ผนึกและประชาสัมพันธ์เพื่อลดการตีตรา การเข้า ร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม และการดูแล ผู้ป่วยตามหลักการลดอันตรายอย่างต่อเนื่องในชุมชน

3. การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น Telemedicine และ Health Rider ร่วมกับการ บำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) และควร

ส่งเสริมการอบรมด้านเทคโนโลยีสุขภาพให้ อสม. เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงสูง จะช่วยให้ติดตามผู้ป่วยได้ต่อเนื่องแม้ออกนอกพื้นที่ ลดการขาดนัดและขาดยา ลดความเสี่ยงการเสพยาและการก่อความรุนแรงในชุมชน ลดภาระของญาติ ลดการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย และลดความแออัดของโรงพยาบาลลงได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยยาเสพติดและญาติหรือครอบครัว ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน ภาควิชาการพยาบาลทุกภาคส่วนของอำเภอยะยี่น และบุคลากรทางการแพทย์ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระยี่น สาธารณสุขอำเภอยะยี่น และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กรองจิต วลัยศรี. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม, 8(3), 909-917.
2. Marissa D. Abram, Adrian Jugdoyal, Paulo Seabra, Dana Murphy-Parker, & Adam Searby. (2025). Harm reduction as a form of 'wrap-around' care: The nursing role. International Journal of Mental Health Nursing, 34(1), Article e13436.
3. กิตติมา ก้านจักร, วาสนา ทิพลีศ, และณรงค์ชัย เต็กศิริ. (2569). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบ (ชุมชนล้อมรั้ว) แบบบูรณาการ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 19(1), 242-256.
4. John M. Cohen, & Norman T. Uphoff. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Development, 8(3), 213-235.
5. ประครอง ประภีระนะ, จันทร์เพ็ญ สว่างไธสง, ดนัย บุญมี, กาญจนา จันทะนุญ, และอรนุช ไชยสันต์. (2567). แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอสามร้อยยอด จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม, 9(6), 218-228.
6. โรงพยาบาลพระยี่น. (2569). ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลพระยี่น (HOSxP).
7. วิระวดี นักร้อง. (2567). การพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลบ้านไต้ อำเภอพระยี่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 6(1), e266459.
8. โรงพยาบาลพระยี่น. (2567). การพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) [เอกสารสรุปผลงานการพัฒนาคุณภาพ HA Forum]. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระยี่น.
9. วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์, ปัญญา ทาพรมมา, พิชิต คำภาเกะ, อังคาร มุ่งเกิด, และวาสนา โยธานัก. (2568). รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 7(1), e273093.
10. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). Introducing critical participatory action research. The action research planner: Doing critical participatory action research, 1-31.
11. Charles T. Orjiakor, John Eze, Methodius Chinweoke, Michael Ezenwa, Ijeoma Orjiakor, Obinna Onwujekwe, & Joseph Palamar. (2023). A systematic review of actors, actions, and outcomes of community-based efforts to prevent or reduce methamphetamine use. Addiction Research & Theory, 31(5), 335-344.

12. Nguyen Thu Trang, Le Minh Giang, Han Dinh Hoe, Nguyen Huu Anh, Dinh Thi Thanh Thuy, & Gavin Bart. (2025). "When she's there, I no longer worry about her being arrested" – Family perspectives on compulsory drug rehabilitation in Vietnam and implications for community-based services. *International Journal of Drug Policy*, 135, Article 104681.
13. Trang Thu Nguyen, Mai Thi Ngoc Tran, Giang Minh Le, & Marie Jauffret-Roustide. (2022). Drug harm reduction in Vietnam: A review of stakeholders' perspectives and implications for future interventions. *American Journal of Public Health*, 112(S2), S182–S190.
14. Margaret Isioma Ojeahere, Sarah Kanana Kiburi, Paul Agbo, Rakesh Kumar, & Florence Jaguga. (2022). Telehealth interventions for substance use disorders in low- and- middle income countries: A scoping review. *PLOS Digital Health*, 1(11), Article e0000125.
15. Tanyaporn Wansom, Akaphot Thongmee, Salyavit Chittmittrapap, Tunyaluck Saraporn, Karuna Chavalertsakul, Nuntisa Chotirosnirarnit, Suta Pattarakijroongrueng, Thitisant Palakawong Na Ayuthaya, Viroj Verachai, Paisarn Traisirichok, Benjamas Intharabut, Nyan Linn, Rapeeporn Teuansiri, Kewalin Kulprayong, Arrini Waesateh, Sureena Lawseng, Tikumporn Chumwangwapee, Smith Pattarasuteewong, Nee Pudpong, Nicolas Durier. (2025). Community-based integrated care for HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*.
16. ชวนพิศ เคหาบาล. (2568). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้รูปแบบ CBTx "ชุมชน ล้อมรั้ว" ต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเสพยาแอมเฟตามีน ของผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 6(2), 274–287.