

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู

วันรับ : 15 สิงหาคม 2567

วันแก้ไข : 25 กันยายน 2567

วันตอบรับ : 18 ตุลาคม 2567

ราชันย์ ท้าวพา, ส.ม., เยาวดี ศรีสถาน, ส.บ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

วิธีการ : การวิจัยเชิงพัฒนา ศึกษาทุกอำเภอในจังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนจำนวน 315 คน ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดกลุ่มละ 95 คน เครื่องมือวัดผล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคจิตเวชยาเสพติด การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ภาระการดูแล สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแล แบบติดตามผู้ป่วยในชุมชน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา chi-square test, Wilcoxon signed-rank test และ paired t-test

ผล : ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประกอบด้วยกำหนดบทบาทเครือข่าย การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย การพัฒนาระบบบริการ และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล หลังกิจกรรมพัฒนาพบว่า กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีความรู้และการมีส่วนร่วมดำเนินงานโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและมีภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับดีเพิ่มขึ้น

สรุป : หลังพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู เครือข่ายมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : จิตเวชยาเสพติด, ชุมชน, ระบบการดูแล, การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ราชันย์ ท้าวพา; e-mail: thaopha_ra@hotmail.com

Original article

Development of a care system with network participation for individuals with substance use disorders in Nong-bua Lamphu province

Received : 15 August 2024

Revised : 25 September 2024

Accepted : 18 October 2024

Rachan Thaopha, M.P.H., Yaowadee Srisathan, B.P.H.

Nongbualamphu Provincial Public Health Office

Abstract

Objective: To develop and evaluate a substance use disorders care system, incorporating community network involvement.

Methods: This research and development study was conducted in Nong-bua Lamphu province. Participant consisted of 315 community mental health network staff, 95 individuals with substance use disorders, and their family caregivers. Research instrument included assessment of substance use disorders knowledge, network participation, caregiving burden and ability, and patients' daily functioning. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, the Wilcoxon signed ranks test, and paired t-test.

Results: The developed care system, which emphasized community network involvement, included defining community role network, enhancing network participation, improving service delivery, and building caregiver capacity. After the training, there was a significant increase in both knowledge and participation levels among community staff compared to pre-training assessments. Caregivers reported a significant reduction in burden and improvement in knowledge and caregiving ability. After development, patients demonstrated improvements in their daily activities.

Conclusion: The care system with community network participation for substance use disorders has potential to enhance community network participation, strengthen caregivers' abilities and improve patients' daily functioning.

Keywords: care system, community, network participation, substance use disorders

Corresponding author: Rachan Thaopha; e-mail: thaopha_ra@hotmail.com

ความรู้เดิม : ผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภูยังขาดองค์ความรู้และความเข้าใจถึงสาเหตุปัจจัยการติดสารเสพติด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในพื้นที่

ความรู้ใหม่ : ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นมี 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การกำหนดบทบาทเครือข่าย การพัฒนาเครือข่าย การพัฒนาระบบบริการ กิจกรรมเสริมแรงทางบวก และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล หลังกิจกรรมพบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนจังหวัดหนองบัวลำภูมีความรู้โดยรวม และมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวมีภาระลดลง และสมรรถภาพการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยมีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นและพฤติกรรมใช้สารแบบเสี่ยงลดลง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนและผู้ดูแลเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงอาการกำเริบรุนแรงของผู้ป่วยและให้การดูแลที่เหมาะสม

บทนำ

ปัญหาเสพติดส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ต่อทั้งผู้เสพ ครอบครัว และชุมชน การแก้ไขปัญหาจึงต้องเน้นการดูแลแก้ไขแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้เสพยาสามารถหยุดใช้สารเสพติด¹ โดยการบำบัด รักษา และฟื้นฟูผู้เสพยาควรมีความสอดคล้องตามแต่บริบทและผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การกำหนดข้อตกลงในชุมชน การเสริมสร้างอำนาจของชุมชน วิธีการด้านจิตอาสา การคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีของมนุษย์ และการจัดบริการในชุมชนที่เข้าถึงได้ง่าย และมีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง²

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 1.4 ล้านคน รายงานตามแบบบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ปี พ.ศ. 2564 มีผู้ใช้สารเสพติด 234,901 คน เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู 120,163 คน (ร้อยละ 51.2) ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ใช้สารเสพติด 201,723 คน เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู 120,915 คน (ร้อยละ 59.9) และปี พ.ศ. 2566 มีผู้ใช้สารเสพติด 206,361 คน เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู 195,604 คน (ร้อยละ 94.8)³ ในเขตสุขภาพที่ 8

ปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด 19,047 คน 12,241 คน และ 18,317 คน เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู 17,115 คน (ร้อยละ 89.9) 11,922 คน (ร้อยละ 97.4) และ 17,252 คน (ร้อยละ 94.2) ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดอุดรธานีมีผู้เข้ารับการบำบัดมากที่สุด 5,753 คน จาก 5,931 คน (ร้อยละ 97.0) ส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูมีผู้เข้ารับการบำบัดน้อยที่สุด 1,250 คน จาก 1,593 คน (ร้อยละ 78.5) อำเภอที่มีผลการดำเนินงานบำบัดรักษาฟื้นฟู ร้อยละ 100 ได้แก่ อำเภอศรีบุญเรืองและอำเภอสวรรคุดหา รองลงมาได้แก่ อำเภอเมือง ร้อยละ 97.4 อำเภอนาวัง ร้อยละ 89.3 อำเภอโนนสัง ร้อยละ 80.0 และอำเภอนากลาง ร้อยละ 77.8 ตามลำดับ⁴ การประเมินติดตามระหว่าง ปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบผู้กลับไปเสพติดซ้ำ 27, 25 และ 18 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6, 1.5 และ 1.4 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดผู้ป่วยเพียง 565 คน คิดเป็นร้อยละ 45.2 และผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดมีการปฏิบัติกิจวัตรอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองไม่ได้ถึงร้อยละ 25.3⁵ การทบทวนปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดต่อเนื่องที่บ้านในจังหวัดหนองบัวลำภูพบว่า ที่ผ่านมา การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมีการทำงานแยกส่วนของแต่ละหน่วยงานในพื้นที่จังหวัดและขาดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน ทำให้การแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนยังไม่เป็นระบบ

ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2565 ได้มีโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อบริหารจัดการระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชน โดยจัดอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชนแบบยั่งยืน กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตำรวจในชุมชน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว การศึกษาครั้งนี้เป็นการดำเนินงานโครงการเดิมต่อเนื่องมาจากปีงบประมาณ 2565 มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงและทดสอบผลเบื้องต้นระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในจังหวัดหนองบัวลำภู

วิธีการ

การวิจัยเชิงพัฒนา (research and development) ศึกษาทุกอำเภอในจังหวัดหนองบัวลำภู ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เลขที่ 13/2567 ลงวันที่ 1 มิถุนายน 2567 ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 แบ่งเป็น 3 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนา

เพื่อประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้บริหาร อปท. เจ้าหน้าที่ปกครองอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดต่อเนื่องที่บ้านที่ผ่านมาและชี้แจงแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดแบบมีส่วนร่วม กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และวิธีการประเมินผล

ระยะที่ 2 การออกแบบและจัดทำต้นร่าง

เพื่อจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชนโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาของ Orem⁶ ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช⁷ การสร้างการมีส่วนร่วมเครือข่ายของ Starkey⁸ ร่วมกับผลการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 กำหนดกรอบกิจกรรมที่ครอบคลุม 5 มาตรการ ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่าย การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเสริมแรงทางบวกในการทำงานเป็นทีม และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 3 คน ได้แก่ นายแพทย์เชี่ยวชาญ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และผู้แทนคณะกรรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลเบื้องต้น

เพื่อทดสอบผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชนในประชากร 3 กลุ่ม ได้แก่

1. เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ ผู้บริหาร อปท. อปพร. แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. คำนวณ

ขนาดตัวอย่างจากสูตรทดสอบค่าเฉลี่ย⁹ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 315 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดไม่น้อยกว่า 6 เดือน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในแต่ละอำเภอจนครบตามขนาดตัวอย่าง

2. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแลในครอบครัว มีบทบาทดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกันโดยการจัดยาและพาผู้ป่วยไปรับบริการในโรงพยาบาล และเป็นผู้ที่ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยมากที่สุด กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 95 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในแต่ละอำเภอจนครบตามขนาดตัวอย่าง

3. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททุกชนิดและอาศัยอยู่ครัวเรือนเดียวกับกลุ่มที่ 2 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 95 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในแต่ละอำเภอผ่านการอนุญาตจากผู้ดูแลในครอบครัวจนครบตามขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือในเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ประยุกต์จากการศึกษาของบำรุง วงษ์นิม และคณะ¹⁰ แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชยาเสพติด ใช้ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชยาเสพติดและการดูแลผู้ป่วยจำนวน 15 ข้อ ตอบผิดให้ 0 ถูกให้ 1 แปลงคะแนนรวมเป็นค่าร้อยละจากคะแนนเต็ม แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ¹¹ ดังนี้ ต่ำกว่าร้อยละ 33.33 (ต่ำกว่า 6 คะแนน) ระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 33.34 - 66.66 (6 - 10 คะแนน) ระดับพอใช้ และร้อยละ 66.67 ขึ้นไป (11 คะแนนขึ้นไป) ระดับดี ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ เช่น นโยบายมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ด้านปัจจัยนำเข้า เช่น แผนงานระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดครอบคลุมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วยในพื้นที่ และด้านกระบวนการ เช่น

ได้รับการประชุมชี้แจงแนวทางการติดตามเยี่ยมและติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องตามนัดและมีแนวทางให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชนตามความจำเป็น คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ¹² ตั้งแต่ 1 ไม่เลย ถึง 5 มากที่สุด คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ¹³ ดังนี้ 1.00 - 25.00 คะแนน ระดับต่ำ 26.00 - 50.00 คะแนน ระดับปานกลาง และ 51.00 - 75.00 คะแนน ระดับสูง *ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของเครือข่าย* ใช้ประเมินระดับความคิดเห็นของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาผู้ป่วยในชุมชน การให้บริการจิตเวชยาเสพติด และการติดตามประเมินผล และการมีส่วนร่วมตามบทบาท จำนวน 25 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ¹² ตั้งแต่ 1 น้อยที่สุด ถึง 5 มากที่สุด คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ¹³ ดังนี้ 1.00 - 41.66 คะแนน มีส่วนร่วมระดับต่ำ 41.67 - 83.33 คะแนน ระดับปานกลาง และ 83.34 - 125.00 คะแนน ระดับสูง

2. แบบสอบถามผู้ดูแล แบ่งเป็น 3 ส่วน *ส่วนที่ 1 ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด* ใช้ประเมินความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล ประกอบด้วยภาระเชิงปรณัยและภาระเชิงอัตนัย จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ¹² ตั้งแต่ 1 น้อยที่สุด ถึง 5 มากที่สุด คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ¹³ ดังนี้ 32.68 - 50 คะแนน มีภาระระดับสูง 16.34 - 32.67 คะแนน ระดับปานกลาง และ 1 - 16.33 คะแนน ระดับต่ำ *ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด* ใช้วัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชยาเสพติด การดำเนินโรค และการดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ข้อละ 2 ตัวเลือก ตอบผิดให้ 0 ถูกให้ 1 คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ¹³ ดังนี้ 1.00 - 3.33 คะแนน มีความรู้ระดับน้อย 3.34 - 6.67 คะแนน ระดับพอใช้ และ 6.68 - 10.00 คะแนน ระดับดี *ส่วนที่ 3 สมรรถนะการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด* ใช้ประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแล เช่น การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด การเฝ้าระวังอาการกำเริบทางจิต (หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย นอนไม่หลับ เดินไปมา) และการกำกับการกินยา จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ¹² ตั้งแต่ 1 ไม่เลย ถึง 5 มากที่สุด คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ¹³ ดังนี้ 1.00 - 16.33 คะแนน มีสมรรถนะระดับต่ำ

16.34 - 32.67 คะแนน ระดับปานกลาง และ 32.68 - 50.00 คะแนน ระดับสูง

3. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด แบ่งเป็น 2 ส่วน *ส่วนที่ 1 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชน* ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน¹⁴ มี 10 ข้อ ได้แก่ อาการทางจิต การขาดยา ผู้ดูแล/ญาติ การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว สิ่งแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย การสื่อสาร ความสามารถเรียนรู้ และการใช้สารเสพติด ประเมินโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ให้คะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) ไม่มีลักษณะผู้ป่วยตามข้อความนั้น 2) มีบ้างตามลักษณะผู้ป่วยในข้อความนั้น และ 3) มีบ่อยตามลักษณะผู้ป่วยในข้อความนั้น คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1 - 10 คะแนน สถานการณ์ระดับดี 11 - 20 คะแนน ทรงตัว และ 21 - 30 คะแนน ไม่ดี *ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวัน* ใช้ประเมินทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม การทำงาน การพักผ่อน และการใช้ชีวิตในชุมชน ด้านละ 9 ข้อ รวม 54 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ¹⁴ ตั้งแต่ 0 ไม่ทำ ถึง 5 ช่วยเหลือผู้อื่นได้ คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0 - 90 คะแนน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้/รบกวนความสงบผู้อื่น 91 - 180 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง/อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง และ 181 - 270 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้/อยู่ร่วมกับผู้อื่น/รับจ้างทำงานได้

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ นายแพทย์เชี่ยวชาญ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และผู้แทนคณะกรรมการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด มีผลการทดสอบดังนี้ การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเครือข่าย ผู้ดูแล และผู้ป่วย ได้ CVI เท่ากับ 1 การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ของเครือข่ายและผู้ดูแลด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ KR-20 เท่ากับ 0.95 และ 0.85 ตามลำดับ และการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินสถานการณ์และการพัฒนาเครือข่าย การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ความสามารถของผู้ดูแล และความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยด้วยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.83, 0.95, 0.87 และ 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลภาคสนามอำเภอละ 2 คน รวม 12 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และวิธีการใช้เครื่องมือ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และตรวจสอบความเข้าใจให้ตรงกัน จากนั้นผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มเครือข่ายและผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้เวลาตัดสินใจลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยโดยการลงลายมือชื่อผ่านเจ้าหน้าที่พยาบาลในคลินิกสุขภาพจิตของโรงพยาบาลแต่ละอำเภอ ผู้ช่วยวิจัยนัดหมายวันเวลาและสถานที่เพื่อตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว โดยไม่กำหนดเวลาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม โดยตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา 3 เดือน ยกเว้นแบบสอบถามความรู้ของเครือข่ายและผู้ดูแลที่ตอบ 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับ นำข้อมูลมาลงรหัส และวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับความสามารถ ในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) วิเคราะห์ความแตกต่างของการติดตามผู้ป่วยในประเด็นต่าง ๆ ก่อนและหลังกิจกรรมพัฒนาด้วย chi-square test วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้ของเครือข่ายและผู้ดูแลก่อนและหลังพัฒนาด้วย Wilcoxon signed-rank test และวิเคราะห์ความแตกต่างค่าระหว่างคะแนนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย สถานการณ์การพัฒนาเครือข่าย ภาระการดูแล และสมรรถนะของผู้ดูแล ก่อนและหลังพัฒนา ด้วย paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

สถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการ

การประชุมตัวแทนผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระดับอำเภอ ร่วมกับกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พขอ.) และคณะทำงานเครือข่าย

รวม 10 คน ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2567 พบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนยังไม่ได้รับการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ยังไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายที่ชัดเจน ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ขาดระบบการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด และยังไม่มี การวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดของจังหวัด

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

จากการประชุมตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระดับอำเภอร่วมกับ พขอ. และคณะทำงานเครือข่ายในพื้นที่ ได้จัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชน โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่เครือข่าย 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) แกนนำชุมชน ได้แก่ อสม. มีบทบาทสังเกตและเฝ้าระวังอาการของความผิดปกติทางจิตตามมาตรา 23¹⁵ สร้างความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดให้แก่ชุมชน และเป็นแกนนำประชาสัมพันธ์แนวทางการสังเกตอาการและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชน 2) พนักงานฝ่ายปกครอง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และตำรวจ มีบทบาทตรวจสอบข้อเท็จจริงเมื่อได้รับแจ้งข่าว นำตัวบุคคลมีภาวะอันตรายไปยังโรงพยาบาล และใช้วิธีเท่าที่เหมาะสมและจำเป็นแก่พฤติการณ์ในกรณีบุคคลนั้นขัดขวางหรือหลบหนี และ 3) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อปท. และ อปพร. มีบทบาทคัดกรองค้นหา และช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน เฝ้าระวังในผู้ป่วยรายเก่า ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัว และออกเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่พบปัญหาซับซ้อนเพื่อแนะนำและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว

การประชุมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย กลุ่มเป้าหมาย 315 คน แบ่งเป็น 3 รุ่น รุ่นละ 3 ชั่วโมง ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีเนื้อหาหลัก 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การสร้างระบบการมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยและวิทยากรที่เป็นคณะกรรมการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด จังหวัดหนองบัวลำภู บรรยายเกี่ยวกับกระบวนการร่วมคิดร่วมทำและขั้นตอนการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมกับเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเน้นบรรยากาศที่ส่งเสริมความรู้สึกร่วมกัน มั่นคง และปลอดภัย 2) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมกำกับติดตามของเครือข่าย

โดยผู้วิจัยและวิทยากรบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับขอบเขต การบริการจิตเวชฉุกเฉินใน รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู การกำหนดบุคลากรผู้รับผิดชอบ ในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการและในโรงพยาบาล แนวทาง การประสานงานกับพนักงานฝ่ายปกครอง เช่น ตำรวจ แนวทางการสังเกตและประเมินสาเหตุพฤติกรรมผู้ป่วย และ ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลหนองบัวลำภู และ 3) การเสริมแรงทางบวกการทำงานของเครือข่าย โดยประยุกต์ ใช้แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ของ Orem⁶ การสร้างการมีส่วนร่วมเครือข่ายตามแนวคิด ของ Starkey⁸ และขั้นตอนการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff¹⁶ เนื้อหาเกี่ยวกับการให้กำลังใจกันเองภายในทีม และการส่งเสริมความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วย

การประชุมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล กลุ่มเป้าหมาย 95 คน แบ่งเป็น 2 รุ่น รุ่นละ 3 ชั่วโมง ณ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ โดยผู้วิจัยและวิทยากรที่เป็นคณะกรรมการบำบัด รักษาฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด จังหวัดหนองบัวลำภู บรรยายความรู้ เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและสารเสพติด การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบซ้ำโดยใช้หลัก 2ย 1ส และการเฝ้าระวังความเสี่ยงผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชน โดยการบันทึกสมรรถภาพกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง

ผลการดำเนินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

การพัฒนาเครือข่าย

หลังกิจกรรมการพัฒนา พบว่า เครือข่ายมีระบบ การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชนและผู้ดูแล ในครอบครัว มีการติดตามเยี่ยมบ้านและหาแนวทางช่วยเหลือ แก่ครอบครัวผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การติดตาม กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน 315 คน พบว่า หลังอบรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชยาเสพติด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -6.391, p < .001$) มีคะแนนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.338, p < .001$) และ มีคะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.877, p\text{-value} < .001$) ทั้งการมีส่วนร่วมโดยรวมและ ในแต่ละกระบวนการ ดังตารางที่ 1

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล

การติดตามกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด 95 คน พบว่า หลังกิจกรรมพัฒนากลุ่มตัวอย่างมี คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.940, p = .003$) มีคะแนน การในการดูแลผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.284, p < .001$) ทั้งภาระเชิงอัตนัยและเชิงปรนัย และ

ตารางที่ 1 ความรู้ สถานการณ์การพัฒนา และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายก่อนและหลังกิจกรรมพัฒนา (n = 315)

	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	ค่าทดสอบ	p-value
ความรู้ (median)	8.00	9.00	$z = -6.391$	$< .001^a$
การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน (mean $\pm$ SD)	39.45 $\pm$ 20.14	40.10 $\pm$ 20.85	$t = -3.338$	.001 ^b
ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์	13.32 $\pm$ 6.95	13.56 $\pm$ 7.19	$t = -4.219$	.087 ^b
ด้านปัจจัยนำเข้า	12.93 $\pm$ 6.82	13.14 $\pm$ 7.05	$t = -2.951$	.003 ^b
ด้านกระบวนการ	13.20 $\pm$ 6.55	13.40 $\pm$ 6.76	$t = -2.602$	.071 ^b
การมีส่วนร่วม (mean $\pm$ SD)	65.41 $\pm$ 31.55	66.45 $\pm$ 32.63	$t = -3.877$	$< .001^b$
การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช	12.20 $\pm$ 6.57	12.39 $\pm$ 6.74	$t = -4.048$	.069 ^b
บทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน	10.42 $\pm$ 5.57	10.60 $\pm$ 5.75	$t = -2.748$	.066 ^b
บทบาทพนักงานฝ่ายปกครอง	8.60 $\pm$ 3.26	8.72 $\pm$ 3.39	$t = -3.472$	.097 ^b
บทบาทพนักงานเจ้าหน้าที่ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.	7.96 $\pm$ 3.89	8.10 $\pm$ 4.03	$t = -2.763$	.006 ^b
ท้องถิ่นและอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน				
การมีส่วนร่วมในระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด	12.59 $\pm$ 6.50	13.78 $\pm$ 6.72	$t = -3.559$	$< .001^b$
แบบไร้รอยต่อ				
การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล	13.64 $\pm$ 6.88	14.87 $\pm$ 7.09	$t = -2.902$	.004 ^b

a = Wilcoxon signed ranks test, b = paired t-test

มีคะแนนสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.779$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

การติดตามผู้ป่วย

การติดตามที่ระยะ 3 เดือนในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด 95 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานการณ์โดยรวมอยู่ในระดับดี (ดูแลตัวเองได้) มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 48.4 เป็น 62.1 ($\chi^2 = 45.90$, $p < .001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการกำเริบ/ดำรงชีวิตในชุมชนได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.7 เป็น 67.4 ($\chi^2 = 15.03$,

$p = .001$) มีรายได้/การประกอบอาชีพได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.1 เป็น 31.6 ($\chi^2 = 15.41$, $p = .004$) มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.1 เป็น 33.7 ($\chi^2 = 55.08$, $p < .001$) และใช้สารเสพติดในระดับเสี่ยงสูงลดลงจากร้อยละ 51.6 เป็น 37.9 ($\chi^2 = 45.30$, $p < .001$) ดังตารางที่ 3 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตนเองได้มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.7 เป็นร้อยละ 60.0 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ความรู้ ภาระการดูแล และสมรรถนะด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อนและหลังกิจกรรมพัฒนา (n = 95)

	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	ค่าทดสอบ	p-value
ความรู้ (median)	4.88	5.28	$z = -2.940$	.003 ^a
ภาระในการดูแล (mean $\pm$ SD)	53.98 $\pm$ 17.20	47.93 $\pm$ 10.15	$t = 4.284$	< .001 ^b
ภาระเชิงอัตนัย	28.25 $\pm$ 10.01	25.11 $\pm$ 6.15	$t = 3.922$	< .001 ^b
ภาระเชิงปรนัย	25.73 $\pm$ 8.60	22.82 $\pm$ 6.52	$t = 4.682$	< .001 ^b
สมรรถนะการดูแล (mean $\pm$ SD)	40.98 $\pm$ 6.38	43.15 $\pm$ 3.89	$t = -5.779$	< .001 ^b

a = Wilcoxon signed ranks test, b = paired t-test

ตารางที่ 3 การติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อนและหลังกิจกรรมพัฒนา 3 เดือน (n = 95)

	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. อาการทางจิต					15.03	.001
รู้เรื่อง ไม่มีอาการกำเริบ ดำรงชีวิตในชุมชนได้	51	53.7	64	67.4		
มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม ≥ 10 วันใน 1 เดือน	44	46.3	31	32.6		
2. การกินยา					1.94	.745
กินยาตามที่แพทย์สั่งครบทุกวัน	83	87.4	92	96.8		
กินยาไม่ครบทุกมื้อ/ไม่กินยาเลย	12	12.7	3	3.2		
3. ผู้ดูแล/ญาติ					9.52	.009
มีผู้ดูแลหลักเป็นคนในครอบครัวและมีศักยภาพในการดูแล	84	88.4	92	96.8		
มีผู้ดูแลเป็นคนนอกครอบครัว	11	11.6	3	3.2		
4. การทำกิจวัตรประจำวัน					6.03	.049
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง	80	84.2	91	95.8		
สามารถทำได้แต่ต้องกระตุ้น/ช่วยเหลือบ้าง	15	15.8	4	4.2		
5. การประกอบอาชีพ					15.41	.004
มีรายได้จากอาชีพ/ช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้	20	21.1	30	31.6		
สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้แต่ต้องมีคนกระตุ้น	72	75.8	62	65.3		
ไม่สามารถช่วยครอบครัวประกอบอาชีพได้	3	3.2	3	3.2		
6. สัมพันธภาพในครอบครัว					55.08	< .001
ครอบครัวมีการชมเชย ให้กำลังใจ มองผู้ป่วยในด้านบวก	21	22.1	32	33.7		
ครอบครัวมีการชมเชยบ้าง แต่ยังพบมีการตำหนิ ดุด่าบางครั้ง/ไม่พูดคุย	74	77.9	63	66.3		
7. สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย					7.65	.022
มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง	82	86.3	93	97.9		
มีที่อยู่อาศัย แต่แยกจากครอบครัว อยู่คนเดียว	13	13.7	2	2.1		

ตารางที่ 3 การติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อนและหลังกิจกรรมพัฒนา 3 เดือน (n = 95) (ต่อ)

	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
8. การสื่อสาร/การแสดงพฤติกรรม					9.77	.008
สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้	79	83.2	91	95.8		
สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว	16	16.8	4	4.2		
9. ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น					10.51	.005
บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้	78	82.1	91	95.8		
สอนซ้ำ ๆ หลายครั้งจึงสามารถทำตามได้	17	17.9	4	4.2		
10. การใช้สารเสพติด					45.30	< .001
ใช้/มีความเสี่ยง	46	48.4	59	62.1		
ใช้/มีความเสี่ยงสูง	49	51.6	36	37.9		
คะแนนรวม					45.90	< .001
1 - 10 อาการระดับดี (ดูแลตัวเองได้)	46	48.4	59	62.1		
11 - 20 อาการทรงตัว	47	49.5	35	36.8		
21 - 30 อาการไม่ดี	2	2.1	1	1.1		

ตารางที่ 4 ระดับความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อนพัฒนาและหลังกิจกรรมพัฒนา 3 เดือน (n = 95)

	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา		
	จำนวน	ร้อยละ	Median	จำนวน	ร้อยละ	median
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้/รับกวนความสงบผู้อื่น (1 - 90 คะแนน)	24	25.3	35.0	15	15.7	60.0
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง/อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง (91 - 180 คะแนน)	39	41.0	130.0	23	24.3	170.0
ช่วยเหลือตนเองได้/อยู่ร่วมกับผู้อื่น/รับจ้างทำงานได้ (181 - 270 คะแนน)	32	33.7	203.0	57	60.0	236.0

วิจารณ์

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่เครือข่าย การพัฒนาเครือข่าย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเสริมแรงทางบวก การทำงานเป็นทีม และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล การติดตามหลังกิจกรรมพัฒนาพบว่า เครือข่ายมีระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว มีการติดตามเยี่ยมบ้านและหาทางช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชชุมชน กิจกรรมการพัฒนาในการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของอุไรวรรณ เกิดสังข์ และคณะ¹⁷ ที่พบว่าองค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนความรู้ และค้ำข้อมูลด้านสุขภาพแก่ชุมชน การฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตเดิมของผู้ป่วย และการบูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรมพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชยาเสพติดระดับดีเพิ่มขึ้น ข้อที่มีกลุ่มตัวอย่างตอบถูกเพิ่มมากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดคือผู้ป่วยโรคจิตเวชและมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย รองลงมาคือ ผู้ใช้สารเสพติดมักมีอาการก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ขาดเหตุผลและทำทุกทางเพื่อให้ได้ใช้สารเสพติดมากขึ้น และ การใช้สารเสพติดในปริมาณน้อยอย่างต่อเนื่องไม่ทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเวช ตามลำดับ หลังอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้น และเครือข่ายมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Dana¹⁸ ที่พบว่าหลังจากดำเนินกิจกรรมการพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความรู้และมีทักษะการดูแลอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของกายสิทธิ์ แก้วยาศรี¹⁹ ที่พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนช่วยให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

หลังกิจกรรมพัฒนาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดตลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งภาระเชิงปรนัย เช่น มีความรู้ในระดับดีและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และภาระเชิงอัตนัย เช่น ความน้อยใจในชะตาชีวิตของตนเอง ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของรัศมี ชุตินิมา²⁰ ที่พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายช่วยเพิ่มทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของผู้ดูแล และการศึกษาของ Heward-Belle และคณะ²¹ ที่พัฒนาแนวปฏิบัติการควบคุมความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดและปัญหาสุขภาพจิต เน้นการมีสัมพันธภาพในครอบครัว ความปลอดภัย และสวัสดิภาพของผู้ป่วย และมีการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ พบว่าช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีสมรรถนะการดูแลเพิ่มขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้เพิ่มขึ้น

การติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ระยะ 3 เดือน หลังกิจกรรมพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น มีกิจวัตรประจำวัน/การประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการกำเริบเพิ่มขึ้น และใช้สารเสพติดในระดับเสี่ยงสูงลดลง อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการพัฒนาในการศึกษานี้ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชยาเสพติดเพิ่มขึ้น มีมุมมองเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดลดลง และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้นและมีพฤติกรรมใช้สารเสพติดลดลง²² สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ฤทธิศรี และคณะ²³ ที่พบว่า การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็งร่วมกับกระบวนการบำบัดและมาตรการในชุมชน ช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัด ไม่กลับไปเสพซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของกุลนรี หาญพัฒนชัยกุล และคณะ²⁴ ที่พบว่า การประกอบอาชีพของผู้ป่วยร่วมกับการดูแลโดยมีส่วนร่วมของชุมชนและระบบส่งต่อที่เข้มแข็งเป็นปัจจัยที่ช่วยลดการเสพยาซ้ำของผู้ติดยาเสพติด นอกจากนี้การให้คำปรึกษาด้านการรักษาและการมีส่วนร่วม

ของสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลยังช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษามากขึ้น²⁵

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในการศึกษานี้ เกิดจากการบูรณาการการทำงาน of เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม การพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนที่เป็นรูปธรรม และการแบ่งบทบาทการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้วัดผลก่อน - หลังในกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลจากกิจกรรมพัฒนาโดยตรงหรือจากกิจกรรม/โครงการอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในช่วงเวลาเดียวกัน การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบผลกับประชากรกลุ่มควบคุมร่วมด้วย

สรุป

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การกำหนดบทบาทเครือข่าย การพัฒนาเครือข่าย การพัฒนาระบบบริการ กิจกรรมเสริมแรงทางบวก และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล หลังกิจกรรมพัฒนาพบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีความรู้ด้านจิตเวชยาเสพติดและมีส่วนร่วมตามบทบาทเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีความรู้ด้านจิตเวชยาเสพติดและความสามารถดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและมีภาระลดลง และผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นและลดการใช้สารเสพติดในระดับเสี่ยงสูง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ราชันย์ ท้าวพา : ออกแบบการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; เยวดี ศรีสถาน: ออกแบบการวิจัย เก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Drugs (psychoactive) [Internet]. Geneva: World Health Organization; [Cited 2023 May 28]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive>
- Homsombat S, Laosuankun A. Development of a system for caring for networked psychiatric patients Mekong River Basin, Loei Province. *Buddhasothorn Hospital Journal*. 2022;38(1):147-52. (in Thai)
- Narcotics Prevention and Suppression Administration Center Ministry of Public Health. Strategic plan for treatment and rehabilitation of drug patients for the fiscal year 2021-2023. Nonthaburi; 2021. (in Thai)
- Office of the Secretary of the Drug Addiction Treatment and Rehabilitation Committee. Report of a patient coming to receive treatment and rehabilitation services for drug addicts [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2023 May 30]. Available from: <https://ncmc.moph.go.th> (in Thai)
- Department of Mental Health. Report on patients receiving psychiatric services from the medical and health data warehouse. Ministry of Public Health (HDC) fiscal year 2022. Nonthaburi: Beyond Publishing; 2022.
- Orem DE. Nursing concepts of practice. 6th ed. Missouri: Mosby Year Book; 2001 [cited 2023 May 30]. Available from: <https://nurseslabs.com/dorothea-orems-self-care-theory>
- Lortrakul M. Manual for the use of psychiatric drugs. 5th ed. Bangkok: Morchonban; 2014. (in Thai)
- Starkey P. Networking for development. London: International Forum for Rural Transport and Development; 1997 [cited 2023 May 30]. Available from: <https://www.academia.edu/93945844>
- Wayne WD. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons; 1995.
- Wongnim B, Deepiew S, Supuang S. Development of participatory and seamless psychiatric substance abuse care system Lopburi model: a case study of Khok Samrong district. *Academic Journal of Community Public Health*. 2024;10(1):223-33. (in Thai)
- Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
- Likert R. The method of constructing an attitude scale, reading in attitude theory and measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1974.
- Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
- Songkhla Rajanarind Psychiatric Hospital. Manual for continuous monitoring of patients in the community for the network. Songkhla: Songkhla Rajanarind Psychiatric Hospital; 2023 [cited 2023 May 30]. Available from: https://www2.skph.go.th/?Pages=Download_form (in Thai)
- Mental Health Strategy Office, Department of Mental Health. Collection of laws of the Mental Health Act B.E. 2551 (2008). 6th ed. Bangkok: Lamom Company Limited; 2014. (in Thai)
- Cohen JM, Uphoff NT. Participations place in rural development: seeking clarity through specificity. New York: World Developments; 1980.
- Kerdsang U, Inthakamhaeng A, Puengphosap N, Kerdsang T. Beliefs in health participatory behavior and guidelines for community-based rehabilitation of schizophrenia patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2022;36(2):1-21. (in Thai)
- Dana K. Development of the roles for psychiatric patients care among family caregivers and partnership net-works in the community. *Journal of Health Science of Thailand*. 2021;30(3):406-14. (in Thai)
- Kaewyasri K. The model development of psychiatric patients' surveillance, screening and caring in the community Loei province. *Research and Development Health System Journal*. 2022;15(2): 328-42. (in Thai)
- Chudpimai R. Development of a care model for chronic psychiatric patients at-risk groups in the community through the participation process of network partners, Lamplaimat district, Buriram province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2022;16(3):851-67. (in Thai)

21. Heward-Belle SL, Kertesz M, Humphreys C, Tsantefski M, Isobe J. Participatory practice guideline development at the intersections of domestic and family violence, mental distress and/or parental substance use. *Adv Dual Diagn.* 2022;15(1):51-65. doi:10.1108/add-12-2021-0017.
22. Eddie D, Hoffman L, Vilsaint C, Abry A, Bergman B, Hoepfner B, et al. Lived experience in new models of care for substance use disorder: a systematic review of peer recovery support services and recovery coaching. *Front Psychol.* 2019;10:1052. doi:10.3389/fpsyg.2019.01052.
23. Ritsri N, Wattanaprapaijit S, Junharn S. The community based treatment and care model for drug rehabilitation : a case study in a village , Mueang district, Mahasarakham province. *Mahasarakham Hospital Journal.* 2021;19(2):50-63. (in Thai)
24. Hanpatchaiyakul K, Kasemporn N, Thoin P, Thongkote N. Factors affecting the readmission of patients recovering from drug addiction. *BCNNON Health Science Research Journal.* 2021;15(2):1-12. (in Thai)
25. Englander H, Dobbartin K, Lind BK, Nicolaidis C, Graven P, Dorfman C, et al. Inpatient addiction medicine consultation and post-hospital substance use disorder treatment engagement: a propensity-matched analysis. *J Gen Intern Med.* 2019;34(12):2796-803. doi:10.1007/s11606-019-05251-9.