

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด โดยการใช้มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์

The Development of care Model for Psychiatric with Substance Using the Participation Process of Network Partners, Nakhon Sawan

ศรุต ช่อไสว, พ.บ.

Saruta Chousawai, MD.

Abstract

Objective: to develop and evaluate the implementation of the care model for Psychiatric with substance using the participation process of network partners, Nakhon Sawan.

Method: This action research was conducted in Nakhon Sawan Province and was divided into two phases. Phase 1 involved the development of a care model for Psychiatric with substance using the participation process of network partners, Nakhon Sawan. Qualitative data was collected through in-depth interviews and focus group discussions with key informants from the administrative, operational, and network partner groups. Phase 2 focused on evaluating the implementation of the developed care model. Quantitative data was collected using a questionnaire administered to a sample of 150 Psychiatric with substance. The quality of the research instruments was verified, showing a Content Validity Index (CVI) of 0.85 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.75 for reliability. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation, maximum, and minimum values)

and inferential statistics (Repeated Measures ANOVA). The statistical significance level was set at $p\text{-value} < 0.05$.

Results: Qualitative data revealed an increase in the number of Psychiatric with substance, insufficient medical personnel, and a lack of clear role assignments in existing policies. Based on these findings, the "PASAN Model" was developed as a care model for Psychiatric with substance using the participation process of network partners, Nakhon Sawan. Quantitative data showed a statistically significant reduction in patients' problematic health behaviors and aggression after the model was implemented ($p\text{-value} < 0.01$).

Conclusions: The collaborative care model for Psychiatric with substance, developed through a process of joint planning, action, observation, and reflection, resulted in more comprehensive patient care. This approach led to improved health behaviors and reduced aggression.

Keywords: Psychiatric with substance, care model, network partner

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ และประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พื้นที่ศึกษาคือ จังหวัดนครสวรรค์ แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูล คือ กลุ่มอำนวยการ กลุ่มปฏิบัติการและกลุ่มภาคีเครือข่าย ระยะที่ 2 ประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด

วันที่รับ (received) 27 สิงหาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 4 กันยายน 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 4 กันยายน 2568

Published online ahead of print 5 กันยายน 2568

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

Nakhon Sawan Province public health official

Corresponding Author: ศรุต ช่อไสว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

Email: saruta_c@hotmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.24>

ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด จำนวน 150 คน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากการหาความตรงเชิง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.85 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติ แบบวัดซ้ำ ANOVA กำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา: การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดเพิ่มขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการดูแล มีนโยบายแต่ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนจากการศึกษาได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ “พาสาณโมเดล” และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและความก้าวร้าวรุนแรงต่ำลง หลังการนำรูปแบบไปใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.01$

สรุป: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ที่ใช้การร่วมกันวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดครอบคลุมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและความก้าวร้าวรุนแรงลดลง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด, รูปแบบการดูแลผู้ป่วย, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาใหญ่ของยุคสมัยนี้และเป็นที่ถกเถียงกันที่ขยายตัวมากขึ้นทั่วโลก โดยที่องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ประชากรโลกประมาณ 970 ล้านคนกำลังเผชิญปัญหาสุขภาพจิต¹ ในส่วนของประเทศไทยสถานการณ์สุขภาพจิตยังวิกฤตและมีแนวโน้มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอกปี 2563 – 2565 เท่ากับ 168,071 คน 389,656 คน และ 706,299 คน ตามลำดับ² เมื่อพิจารณาผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เกิดจากการใช้สารเสพติด โดยผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดที่ก่อความรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยพบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง จำนวน 1,463 คน 2,783 คนและ 3,527 ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ โรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้แก่ โรคความผิดปกติทางอารมณ์, โรคจิตเวชอื่นๆ, โรคจิตเภท และโรคจิตเวทยาเสพติด ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยจิตเวชการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินมีผลกระทบต่อ

ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม² ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น แต่การเข้าถึงการบริการกับสวนทางโดยมีเพียงร้อยละ 38.75 ที่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม และอีกร้อยละ 60 ยังไม่สามารถเข้าถึงการบริการดูแลสุขภาพจิตที่จำเป็นได้¹ รวมไปถึงเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดบางส่วนรักษาตัวอยู่ที่บ้านหรือชุมชนนั้นหมายถึงการเพิ่มโอกาสความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวทยาเสพติดมีพฤติกรรมสุขภาพนำไปสู่ความก้าวร้าวรุนแรงได้ตลอดเวลาถ้าไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม กรมสุขภาพจิตจึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่ชื่อว่า V-Care ที่ให้หน่วยบริการส่งเสริมสุขภาพจิต เสริมพลังครอบครัว สร้างความรอบรู้ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เสริมพลังชุมชนเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพจิต และการเฝ้าระวังจิตใจโดยารเฝ้าระวังและค้นหากลุ่มเสี่ยง และการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ เป้าหมายเพื่อให้ ผู้ป่วยจิตเวชปลอดภัย สังคมปลอดภัย แต่กับยังพบว่าข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดที่ก่อความก้าวร้าวรุนแรงอยู่ในทุกพื้นที่ ปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด คือความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน ความเข้มแข็งการทำงานของภาคีเครือข่าย อีกทั้งขาดการมีนโยบายที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด ในชุมชนอย่างจริงจังทั้งหมดล้วนส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด จึงเป็นความท้าทายในการจัดการดูแลแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวทยาเสพติด ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มาจากยาเสพติด ถือว่าเป็นปัญหาทางสังคมที่ไม่สามารถแก้ไขได้ทางสาธารณสุขและทางการแพทย์เพียงหน่วยงานเดียว จำเป็นที่ต้องใช้เครือข่ายที่นอกเหนือจากหน่วยงานสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมรับผลประโยชน์ ในการดำเนินการแก้ไขปัญหานี้ทุกขั้นตอนจึงทำให้มีประสิทธิภาพที่ส่งผลให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิผลสำเร็จได้

ในส่วนของจังหวัดนครสวรรค์มีผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยพบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชปี 2565 – 2567 จำนวน 32,456, 42,123, 47,345 รายตามลำดับ และยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวช มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเวช มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงปี 2565 – 2567 จำนวน 216, 245, 255 ราย และร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเวช มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเป็นผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด³ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด มักพบปัญหาไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การไม่มารักษาตามนัด และบางรายขาดจากระบบการรักษา รวมถึงการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ

ทางจิตเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ พฤติกรรม มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตประจำวันต่อตนเองและของคนในชุมชน จำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลที่เป็นพิเศษมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชเดียวกันในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทางจังหวัดนครสวรรค์ ได้จัดรูปแบบดูแลตามบริบทของพื้นที่อาจยังไม่ประสบความสำเร็จหรือมีประสิทธิภาพไม่ได้ตามที่ต้องการ แต่มีบางพื้นที่ที่ออกแบบการดูแลโดยใช้กระบวนการเฝ้าระวังโดยชุมชนโดยใช้ 5 กลัณมิตร ในรูปแบบเก้าอี้ล้อมโต๊ะดูแลผู้ป่วยจิตเวช แต่ยังพบว่าสหวิชาชีพยังขาดความเข้าใจ รวมถึงการอบรมฟื้นฟูวิชาการไม่ครอบคลุม ทำให้การดูแลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงนโยบาย ทิศทางการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมและการทำงานร่วมกันโดยที่ยึด ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในพื้นที่เป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดที่ดีและเหมาะสมนั้น ต้องเกิดจากการทำงานร่วมกันทั้งในเครือข่ายสาธารณสุข และนอกเครือข่ายสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดอย่างเป็นระบบและครบวงจรทั้ง กาย ใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่ออกแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพราะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดต้องให้ครอบครัว ชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชน ร่วมกันดูแลอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญอย่างมาก ที่ลดการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชน สังคมได้อย่างปกติสุข

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ และ ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR) ประยุกต์ใช้รูปแบบตามแนวคิดของ Stephen Kemmis และ Robin McTaggart (Kemmis, S., & McTaggart, R. 1988) โดยแบ่งการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) โดยทำการศึกษาพื้นที่ จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือน มีนาคม 2568 ถึง สิงหาคม 2568 ประกอบด้วยการศึกษา 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ระยะที่ 2 ประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้ โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นครสวรรค์ NSWHPO-18/68 วันที่รับรอง 25 กุมภาพันธ์ 2568

การดำเนินการวิจัยมีดังนี้

ผู้วิจัยโดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ และระยะที่ 2 ประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้ ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบตามแนวคิดของ Stephen Kemmis และ Robin McTaggart⁴ โดยมี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect)

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Plan)

1.1 การศึกษาบริบทพื้นที่ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวชจากยาเสพติด วิเคราะห์การดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ในชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด

1.2 สร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์

ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ถูกคัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดเป็นกลุ่มอำนาจการ/กลุ่มปฏิบัติการ และกลุ่มภาคีเครือข่าย อยู่ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์มากกว่า 6 เดือน รวมถึงยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ ดังนี้

- 1) กลุ่มอำนาจการ เป็นผู้นำในการสั่งการ และประสานงานระบบ จำนวน 8 คน ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด รองผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด ปลัดผู้รับผิดชอบศูนย์ยาเสพติด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ
- 2) กลุ่มปฏิบัติการ คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด จำนวน 16 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 4 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จำนวน 4 คน ผู้ดูแล และญาติผู้ป่วย จำนวน 4 คน
- 3) กลุ่มภาคีเครือข่าย คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตเวชยาเสพติด จำนวน 10 คน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธร จำนวน 1 คน ปกครองอำเภอ จำนวน 1 คน พัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ จำนวน 1 คน เกษตรอำเภอ จำนวน 1 คน ส่งเสริมการเรียนรู้ จำนวน 1 คน เจ้าคณะตำบล จำนวน 1 รูป

ผู้อำนวยการโรงเรียน จำนวน 1 คน เจ้าของสถานประกอบการ
จำนวน 1 คน และคหบดีในชุมชน จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi structure interview guideline) สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามสนทนากลุ่มกึ่งมีโครงสร้าง (Semi structure focus group discussion guideline) สำหรับการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีประเด็นคำถาม ดังนี้ สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด รูปแบบหรือแนวทางที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด แนวทางการแก้ไขปัญหา

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยคำนึงถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม จึงกำหนดแนวทางในการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) คือ ความสอดคล้องของข้อมูลและการตีความของผู้วิจัยเกี่ยวกับความจริงกับความคิดของผู้ให้ข้อมูลว่าสอดคล้องกันหรือไม่โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1.1) การใช้เวลาที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม และสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (Extended engagement in the field) ในการเก็บข้อมูลตามวิธีการที่ใช้เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลในพื้นที่เป็นสะท้อนความเป็นจริงที่เกิดขึ้นผู้วิจัยใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม ประมาณ 1 ชั่วโมงและการสัมภาษณ์เชิงลึกประมาณ 30 นาที

2) การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้เกิดความเชื่อถือได้ของข้อมูล

2.1) วิธีตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) แบบบุคคล (Personal Triangulation) คือ การพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้นั้นถูกต้องหรือไม่ วิธีการตรวจสอบของข้อมูลนั้นเก็บข้อมูลจากบุคคลที่ต่างกันอย่างเกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพอาเภอในการศึกษานี้ประกอบด้วย ผู้ดูแลงานระดับจังหวัด อำเภอ และ อสม. แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบกัน

2.2) ใช้การตรวจสอบจากหลายวิธีวิจัย (Methodological Triangulation) คือ ใช้ทั้งการสัมภาษณ์ร่วมกับการสนทนากลุ่มการตรวจสอบโดยกลุ่มเพื่อนนักวิจัย (Peer debriefing) โดยการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย ในการกำหนดรหัส การสร้างข้อสรุปและรูปแบบการนำเสนอ เพื่อให้ได้แนวทางและข้อมูลที่ต้องการในการทำวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มอำนาจการ
จำนวน 8 คน ในเดือน มีนาคม 2568

2. การสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มปฏิบัติการ

จำนวน 16 คน ระยะเวลา 1 วัน ในเดือน มีนาคม 2568

3. การสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มภาคีเครือข่าย
จำนวน 10 คน ระยะเวลา 1 วัน ในเดือน มีนาคม 2568

การร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจาก ยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาร่างรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้ นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์ และระบบการดูแลที่ผ่านมาจากการเรียนรู้ประสบการณ์มาร่วมวางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่เหมาะสมร่วมกัน โดยร่วมกันคิดออกแบบ ดังนี้

1. โครงสร้างคณะทำงาน รวมถึงกำหนดนโยบายในการดำเนินการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในชุมชน และการกำหนดบทบาทหน้าที่

2. ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในชุมชน โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการติดตาม

3. การส่งข้อมูลในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด

4. การติดตามพฤติกรรมกรรมการกัญญา การบำบัด รายงานตัว

5. การรับ-ส่งตัวผู้ป่วยในพื้นที่มาสู่สถานพยาบาลระดับต่างๆ ในการปิดช่องว่างรอยต่อที่เกิดปัญหา

6. การติดตามประเมินผล

การร่างรูปแบบฯ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่ จนได้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่จะนำไปใช้ในการศึกษาขั้นปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตพฤติกรรม ข้อมูลที่ได้ในแต่ละวันหลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้ว จะนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ชนิดการวิเคราะห์เนื้อหาแบบดั้งเดิม (Conventional Content Analysis) โดยกำหนดวลีที่จะใช้แทนความหมายของประโยควรรคที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล (Code) แล้วนำรหัสมาจัดเป็น กลุ่มหัวข้อเรื่อง (Category) เพื่อนำไปอธิบายสิ่งที่ค้นพบจากการศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action)

นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ที่ได้จากขั้นวางแผนไปใช้โดยออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในพื้นที่ จังหวัดนครสวรรค์

ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ถูกคัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัย

กำหนดเป็นกลุ่มอำนาจการ/กลุ่มปฏิบัติการ ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ และเป็นกลุ่มตัวอย่างเดิมกับขั้นตอนการพัฒนาแบบฉบับ ดังนี้

1) กลุ่มอำนาจการ จำนวน 8 คน ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด รองผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด ปลัดผู้รับผิดชอบศูนย์ยาเสพติด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ

2) กลุ่มปฏิบัติการ คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา จำนวน 30 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน ผู้ดูแล และญาติผู้ป่วย จำนวน 10 คน

3) กลุ่มภาคีเครือข่าย คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตเวชจากยาเสพติด จำนวน 10 คน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธร จำนวน 1 คน ปกครองอำเภอ จำนวน 1 คน พัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ จำนวน 1 คน เกษตรอำเภอ จำนวน 1 คน ส่งเสริมการเรียนรู้ จำนวน 1 คน เจ้าคณะตำบล จำนวน 1 รูป ผู้อำนวยการโรงเรียน จำนวน 1 คน เจ้าของสถานประกอบการ จำนวน 1 คน และคหบดีในชุมชน จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ร่างรูปแบบฯ ประกอบด้วย โครงสร้างคณะทำงาน บทบาทหน้าที่ ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในชุมชน โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการติดตาม การส่งข้อมูลในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด การติดตามพฤติกรรม การกินยา การบำบัด การรับ-ส่งตัวผู้ป่วยในพื้นที่สู่สถานพยาบาลระดับต่างๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้แก่ กลุ่มอำนาจการ กลุ่มปฏิบัติการและภาคีเครือข่าย เพื่อทบทวนแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตามแบบฉบับที่กำหนดไว้ ทดลองใช้รูปแบบบนโต๊ะ (Tabletop exercise) ระยะเวลา 1 วัน ในเดือน เมษายน 2568

2. จัดโครงสร้างองค์กรการดำเนินงานตามแบบฉบับ

3. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในชุมชนตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ในรูปแบบ ดำเนินการระหว่าง เดือน เมษายน ถึง เดือน กรกฎาคม 2568

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observe)

การติดตาม ควบคุมกำกับ สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาแบบฉบับการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ในระหว่างดำเนินการ ทดลองใช้รูปแบบฯ

ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ถูกคัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดเป็นกลุ่มอำนาจการ/กลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการเฝ้าระวังดูแลรักษาพยาบาล ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้

1) กลุ่มอำนาจการ จำนวน 8 คน ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด รองผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด ปลัดผู้รับผิดชอบศูนย์ยาเสพติด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ

2) กลุ่มปฏิบัติการ คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา จำนวน 30 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน ผู้ดูแล และญาติผู้ป่วย จำนวน 10 คน

3) กลุ่มภาคีเครือข่าย คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตเวชจากยาเสพติด จำนวน 10 คน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธร จำนวน 1 คน ปกครองอำเภอ จำนวน 1 คน พัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ จำนวน 1 คน เกษตรอำเภอ จำนวน 1 คน ส่งเสริมการเรียนรู้ จำนวน 1 คน เจ้าคณะตำบล จำนวน 1 รูป ผู้อำนวยการโรงเรียน จำนวน 1 คน เจ้าของสถานประกอบการ จำนวน 1 คน และคหบดีในชุมชน จำนวน 1 คน

เครื่องมือในการศึกษาผู้วิจัยใช้แนวคำถามสนทนากลุ่มกึ่งมีโครงสร้าง (Semi structure focus group discussion guideline) และแบบติดตามควบคุมกำกับ ประกอบด้วยประเด็น ดังนี้ สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด รูปแบบหรือแนวทางที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด แนวทางการแก้ไขปัญหานี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยติดตามผลการดำเนินงานตามแบบฉบับทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลา 4 เดือน ระหว่างเดือน เมษายน ถึง เดือน กรกฎาคม และสนทนากลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางการแก้ไขและพัฒนาการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect)

เพื่อสะท้อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ โดยการคืนข้อมูลกระบวนการ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 ประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจาก

ยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้
 ในระยะนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษาหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest and Posttest design) เพื่อประเมิน ประสิทธิภาพการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้ ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดด้าน พฤติกรรม 10 ด้าน และความก้าวร้าวรุนแรง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาระยะนี้เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มา จากยาเสพติด จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 220 คน ผู้วิจัยจึงได้ กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
2. เป็นญาติ/ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติด ระหว่างการนำ รูปแบบฯ ไปใช้
3. การพูดคุยรู้เรื่อง สามารถตอบคำถามได้ ไม่มีความบกพร่อง ทางการได้ยิน

เกณฑ์คัดออก

1. ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล หรือให้ข้อมูลไม่ครบ
 2. ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดย้ายออกจากพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์
- กลุ่มตัวอย่าง**

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม N4S studies plus โดยกำหนดจำนวนประชากรได้ 220 คน ใช้ค่า $SD = 0.55$ ¹ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.05 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Wayne W., 1995)⁵ ได้กลุ่มตัวอย่าง 150 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ด้วย การจับสลากรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชที่มาจากยาเสพติด ในทะเบียน รายชื่อผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพด้านผู้ป่วย คือ แบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด ก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้แบบสอบถาม แบบ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จากกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2020)⁶ ประกอบด้วย ความต้องการดูแล 10 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านอาการ ทางจิต 2) ด้านการกินยา 3) ด้านผู้ดูแล/ญาติ 4) ด้านการทํากิจวัตรประจำวัน 5) ด้านการประกอบอาชีพ 6) ด้านสัมพันธภาพ ในครอบครัว 7) ด้านสิ่งแวดล้อม 8) ด้านการสื่อสาร 9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และ 10) ด้านการใช้สารเสพติด และ แบบประเมินความก้าวร้าวรุนแรง (SMIV) 1. มีประวัติทำร้าย

ตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2. มีประวัติทำร้ายตัวเอง ด้วยวิธีรุนแรง ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน 3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่น แบบเฉพาะ เจาะจง 4. มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ นวางเพลิง) ผู้ป่วยที่มีลักษณะความรุนแรงมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม แบบผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จากกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2563) ประกอบด้วย ความต้องการดูแล 10 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางจิต ด้านการ กินยา ด้านผู้ดูแล/ญาติ ด้านการทํากิจวัตรประจำวัน ด้านการ ประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และ ด้านการใช้สารเสพติด ความต่อเนื่องของการรับประทานยา และแบบประเมินระดับความก้าวร้าวรุนแรงของอาการ และ หากคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่นำมาจากกรมสุขภาพจิต ให้ผู้เชี่ยวชาญ ทางสาธารณสุขศาสตร์จำนวน 1 ท่าน แพทย์สุขภาพจิตชุมชน จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน รวมจำนวน 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหาและ นิยามพฤติกรรมที่ต้องการศึกษาจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตาม ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญโดยคำนวณหาความสอดคล้อง ของเนื้อหาระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence Index : IOC) พบว่าค่า IOC เท่ากับ 0.85 โดย ค่า IOC ที่ยอมรับได้มีค่ามากกว่า 0.50

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัย นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขความเที่ยงตรงของเนื้อหา แล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในตำบลเก้าเลี้ยว อำเภอเก้าเลี้ยว จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลแบบสอบถามหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ผลการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาชทั้งฉบับ ได้ เท่ากับ 0.75 โดยค่า Cronbach's alpha ที่ยอมรับได้มีค่า มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลประสิทธิภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยา เสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีเก็บแบบสอบถามจากผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด จำนวน 150 คน จำนวน 3 ครั้ง โดยครั้งแรก เก็บก่อนพัฒนารูปแบบฯ ครั้งที่สองหลังจากใช้ รูปแบบที่พัฒนาได้จากการใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และ 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยนำพหุคูณการสุภาพของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดมาวิเคราะห์แบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ในการเปรียบเทียบ 3 ครั้งของผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ผลการศึกษา

ผลจากการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มในระดับกลุ่มอำนวยการ กลุ่มปฏิบัติการ และกลุ่มเครือข่าย โดยจำแนกเป็นประเด็นดังนี้

1. สถานการณ์พบว่า มีผู้ป่วยสุขภาพจิตจากยาเสพติดมีจำนวน 220 คน โดยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง 1 ใน 3 เป็นผู้ป่วยจากจิตเวชจากสารเสพติด อีกทั้งยังพบเหตุการณ์การก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ 2. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่เพิ่มขึ้นไม่สอดคล้องกับทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข ที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความต่อเนื่องของการดูแลรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการนัดหมายกับแพทย์ได้อย่างสม่ำเสมอ และขาดการติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด นำไปสู่การขาดยาและหยุดการรักษาในที่สุด ปัญหานี้ไม่เพียงแต่ทำให้อาการทางจิตเวชของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น แต่ยังเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะหวนกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำและมีอาการก้าวร้าวรุนแรง และก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคม เป็นวงจรที่ยากต่อการแก้ไข 3. นโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดมีกำหนดไว้ แต่ในทางปฏิบัติตามบทบาทยังไม่ชัดเจน ในการดำเนินการร่วมกันแบบบูรณาการรวมถึงบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย หน่วยงานต่างๆ แต่ละส่วนใน

พื้นที่ ยังไม่มีแบบแผนการดำเนินงานร่วมกัน จึงไม่ทราบบทบาทหน้าที่ ที่ชัดเจนในการจัดการปัญหาของผู้ที่มีอาการจิตเวชจากยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

"จังหวัดของเราประกาศสงครามยาเสพติด ที่ต้องบูรณาการการทำงานกับทุกหน่วยงาน ในการปราบปราม บำบัดรักษา และฟื้นฟู โดยใช้กลไกเก้าเหลี่ยมโมเดลและนครสวรรค์โมเดล เป็นแนวทางในการทำงาน แต่ก็ยังพบว่ามีจำนวนผู้เสพยาเสพติดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ"

(ผู้บริหารปกครอง 1) "การแก้ไขปัญหายาเสพติดจะอยู่ที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งไม่ได้ ทุกฝ่ายต้องร่วมกันมองภาพเป็นภาพเดียวกันและร่วมกันทำงาน"

(ผู้บริหารปกครอง 2) "ปลายทางสำคัญในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด คือ เราจะทำอะไรให้ผู้ป่วยเหล่านั้นสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ ซึ่งการเตรียมชุมชนด้วยกลไก 5 กลยาณมิตร จะเป็นการเพิ่มโอกาสที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคม โดยได้รับการดูแลและได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนเพิ่มขึ้น"

(ผู้บริหารสาธารณสุข 1) "ปัจจัยความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดของเก้าเหลี่ยมโมเดล คือ ทีม 5 กลยาณมิตร ที่เพิ่มเติมด้วยตำรวจ เพราะตำรวจมีส่วนช่วยเราได้มาก อย่างเช่นบางพื้นที่ ให้ผู้ป่วยไปกินยาจิตเวชที่ป้อมตำรวจ เพราะเขาเกรงกลัวตำรวจ"

(ผู้บริหารสาธารณสุข 2) "จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มสูงขึ้น แต่บุคลากรด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอ ดูแลได้ไม่ต่อเนื่อง เมื่อผู้เสพพัฒนาเป็นผู้ติดยาเสพติดและมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยการรักษาก็จะยิ่งยากขึ้น ผู้ที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรงจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบางรายอาจต้องรับประทานยาตลอดชีวิต การมีผู้ดูแลหรือผู้ติดตามที่ใกล้ชิดก็จะช่วยลดปัญหาการขาดยาได้"

(ผู้ปฏิบัติ 1) สามารถเชื่อมโยงประเด็นที่พบจากการวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

กรอบเนื้อหา	ประเด็นสำคัญ	แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแล
สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด	- การเข้าถึงยาเสพติดทำได้ง่ายขึ้น ราคาถูกลง และแพร่หลาย มีคนติดยาเสพติดเพิ่มขึ้น - มีรายงานว่าผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่ไม่ได้รับการรักษา ก่อเหตุรุนแรงฆ่าผู้อื่นเสียชีวิต - มีผู้ติดยาเสพติดที่ยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษา อีกจำนวนมาก - จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดมากขึ้น - มีข้อมูลผู้ป่วยจากหลายหน่วยงาน แต่ยังขาดข้อมูลที่เป็นอย่างเดียวกัน	- บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน - จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีแนวโน้มก่อความก้าวร้าวรุนแรง - ส่งเสริมความร่วมมือในการจัดการข้อมูล เริ่มตั้งแต่การจัดตั้งศูนย์ข้อมูล ออกแบบการจัดเก็บข้อมูล และส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อกันด้วยความรัดกุมเนื่องจากเป็นข้อมูลที่เป็นความลับ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม (ต่อ)

กรอบเนื้อหา	ประเด็นสำคัญ	แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแล
รูปแบบ/แนวทางที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด	- แก่เลี้ยวโมเดล ดูแลผู้ป่วยจิตเวช - นครสวรรค์โมเดล ดูแลผู้ติดยาเสพติด - การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTX)	- พัฒนารูปแบบสำหรับผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยเฉพาะ - ทีม 5 กัลยาณมิตรของเก่าเลี้ยวโมเดล เป็นองค์ประกอบสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	- มินิโยบายชัดเจน - การกำกับติดตามการดูแลอย่างสม่ำเสมอ - มีเจ้าหน้าที่หลักประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ - ทีม 5 กัลยาณมิตรที่เข้มแข็ง - การมีส่วนร่วมของตำรวจในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกรงกลัว จึงยอมปฏิบัติตามในการทานยา - ชุมชนไม่ตีตราให้โอกาสผู้ป่วย	- กำหนดนโยบาย โครงสร้าง และหน้าที่ของแต่ละองค์ประกอบอย่างชัดเจน - เพิ่มศักยภาพของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน โดยเพิ่มเจ้าหน้าที่ตำรวจให้เข้ามามีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีม 5 กัลยาณมิตร - สร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติ - ส่งเสริมให้ชุมชนมอบโอกาสให้กับผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาแล้ว
ปัญหาและอุปสรรค	- บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้น ทำให้ดูแลไม่ต่อเนื่องเกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา - ผู้ป่วยไม่ยอมทานยา - ผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมรุนแรง - ผู้ดูแลกลัวผู้ป่วยทำร้าย - ญาติทอดทิ้งผู้ป่วย เพราะเคยถูกผู้ป่วยทำร้าย - ผู้ปฏิบัติงานเกรงกลัวต่อผู้ค้ายาเสพติดที่เป็นผู้มีอิทธิพลในพื้นที่ - ผู้ป่วยไม่มีญาติหรือขวัญใจที่ไว้วางใจได้ - ผู้ป่วยไม่ยอมไปพบแพทย์ - ไม่มีญาติพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ - ผู้ป่วยไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง - ไม่มีพาหนะเดินทางไปพบแพทย์	- สร้างความร่วมมือจากทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด - แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดต้องครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม - ญาติ ผู้ใกล้ชิด และคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแล
แนวทางการแก้ไข	- มีการกำกับติดตามการทำงานอย่างสม่ำเสมอ - มีการประชุมของศูนย์ประสานงานข้อมูล - ให้ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอ อาการจะได้สงบ - ให้ผู้ป่วยไปกินยาที่สถานีตำรวจทุกวัน - ควรให้โอกาส หออาชีพ ให้ผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาแล้ว	- แต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำนวยการ คณะปฏิบัติงานด้านข้อมูล และด้านการดูแลผู้ป่วย ให้ชัดเจนเพื่อมอบหมายหน้าที่การกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง - กำหนดกิจกรรมและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของแต่ละองค์ประกอบให้ชัดเจน - ส่งเสริมให้ชุมชนมอบโอกาสให้กับผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาแล้ว
ประเด็นอื่นๆ	- ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด บางรายมีปัญหาพฤติกรรม ไม่พึงประสงค์อย่างอื่นร่วม เช่น ลักขโมย อันธพาล	- เพิ่มศักยภาพของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน โดยเพิ่มเจ้าหน้าที่ตำรวจให้เข้ามามีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีม 5 กัลยาณมิตร

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ในกลุ่มปฏิบัติ และกลุ่มภาคีเครือข่าย โดยนำข้อมูลสถานการณ์ และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่ผ่านมา ร่วมกันวางรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่

และภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ทุกคนร่วมคิด วิเคราะห์ วางแผนออกแบบร่วมกันจากประสบการณ์และบริบทพื้นที่ ในการดูแลผู้เสพยาเสพติด และผู้ป่วยมีอาการจิตเวช ของจังหวัดนครสวรรค์ จึงได้รูปแบบการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด “พาสานโมเดล” ที่มาจาก เป้าหมายในการ “พา” ผู้ป่วยจิตเวช

จากยาเสพติดกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ ผ่านการ “สาน” สัมพันธของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

“พาสานโมเดล” หรือ P A S A N Model ครอบคลุมตั้งแต่ P – Participatory Assessment (การประเมินแบบมีส่วนร่วม) เป็นการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยให้ชุมชน ครอบครัว และเครือข่ายมีส่วนร่วม ใช้ข้อมูลจากภาคีเครือข่าย เช่น โรงพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรท้องถิ่น A – Adaptive Intervention (การแทรกแซงที่ปรับให้เหมาะสม) เป็นการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ใช้วิธีการรักษาที่ผสมผสานระหว่างการแพทย์ การฟื้นฟู และการสนับสนุนทางสังคม S – Supportive Network (เครือข่ายสนับสนุน) โดยจัดตั้งเครือข่ายการดูแลที่มีทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือต่อเนื่องสนับสนุนกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer support) และการมีส่วนร่วมของครอบครัว A – Awareness and Empowerment (การสร้างความรู้ตระหนักรู้และเสริมพลัง) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดและการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน และส่งเสริมทักษะชีวิตและอาชีพให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สังคมได้ และ N – Navigated Reintegration (การคืนสู่สังคมอย่างมีทิศทาง) โดยวางแผนการติดตามและดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ สนับสนุนโอกาสในการทำงานและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ป่วย การประเมิน การแทรกแซง การสนับสนุน การเสริมพลัง และการคืนสู่สังคม

พาสานโมเดล ประกอบไปด้วยภาคีเครือข่ายดังนี้ 1.กรมการปกครอง 2.สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 3.กระทรวงสาธารณสุข 4.องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 5.กรมส่งเสริมและปกครองส่วนท้องถิ่น (ท้องถิ่น) 6.กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) 7.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 8.ครอบครัวและผู้ดูแล 9.ภาคประชาชน โดยดำเนินการเป็นโครงสร้างในระดับจังหวัด ในรูปแบบของคณะกรรมการ ซึ่งมี 4 ชุด ดังนี้

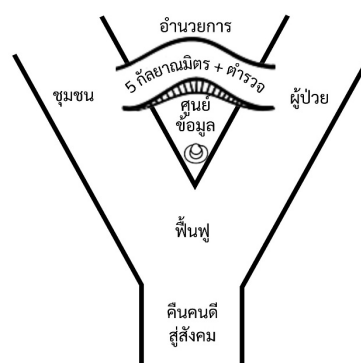
1. ชุดอำนวยการ ระดับจังหวัด ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และนายอำเภอ มีหน้าที่กำหนดนโยบาย วางแผนการดำเนินงาน สนับสนุน กำกับและติดตาม
2. ชุดรวบรวมข้อมูล (ศูนย์ข้อมูล) ประกอบด้วย ปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด ตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่ สาธารณสุขอำเภอ มีหน้าที่สำรวจและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด วิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลต่อกรรมการชุดอำนวยการ
3. ชุดปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ประกอบด้วย

3.1 ทีม 5 กัลยาณมิตร ตามรูปแบบเก้าอี้วงโมเดล ต่อผู้ป่วย 1 คน ในการเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือและติดตามผู้ป่วยในชุมชน ประกอบด้วย

- 1) ปกครองท้องที่ ได้แก่ กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน
- 2) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ได้แก่ สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล
- 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 4) ญาติตามกฎหมาย หรือผู้ดูแลที่ผู้ป่วยยินยอม
- 5) ขวัญใจผู้ป่วย คือ บุคคลที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ เชื่อใจ พบปะพูดคุยด้วยเป็นประจำ

3.2 เจ้าหน้าที่ตำรวจ โดย ทีม 5 กัลยาณมิตรซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแล มีหน้าที่สังเกตอาการ ประเมินพฤติกรรมและกำชับดูแลการทานยาของผู้ป่วยให้ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยมีเจ้าหน้าที่ตำรวจมาให้การสนับสนุนเพิ่มเติม ในการกำกับติดตามการทานยาในผู้ป่วยบางราย และตรวจปัสสาวะจากสารเสพติด

4. ชุดฟื้นฟูสภาพทางสังคม ที่ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ภาคประชาชน เจ้าของกิจการ ร่วมกันดูแล ให้โอกาสในการประกอบอาชีพ ที่อยู่อาศัย ปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน ให้การศึกษา และดูแลความเป็นอยู่โดยรวม รวมถึงการเดินทางไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล ดังภาพที่ 1



รูปที่ 1 องค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด พาสานโมเดล

และสามารถสรุปกลไกในการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ พาสานโมเดล ได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กลไกการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ พาสานโมเดล

คณะกรรมการ	ผู้ดำเนินการ	บทบาทหน้าที่	กิจกรรม	ระยะเวลา
ชุดอำนวยการ	ผู้ว่าราชการจังหวัด, ผู้บังคับการตำรวจภูธร จังหวัด, นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด, นายอำเภอ	กำหนดนโยบาย วางแผน การดำเนินงาน สนับสนุน กำกับและติดตาม	- แต่งตั้งคณะทำงาน - ประชุมชี้แจงนโยบาย - วางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนิน งานร่วมกัน - สนับสนุน พัฒนา สร้างแรงจูงใจให้คณะ ทำงาน - สะท้อนผลการทำงานร่วมกัน - บังคับใช้กฎหมาย	
ชุดรวบรวมข้อมูล (ศูนย์ข้อมูล)	ปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบ งานยาเสพติด, ตำรวจ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ของรัฐในพื้นที่, สาธารณสุข อำเภอ	แลกเปลี่ยนและวิเคราะห์ ข้อมูลและนำเสนอต่อ คณะกรรมการ	- รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากแต่ละหน่วยงาน - ทำทะเบียนผู้ป่วย - รายงานข้อมูลเสนอต่อคณะกรรมการ	- เดือนละ 1 ครั้ง
ชุดปฏิบัติการ	5 กัลยาณมิตร ตำรวจ	สังเกตอาการ ประเมิน พฤติกรรมและกำชับดูแล การทานยาของผู้ป่วยให้ ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ร่วมดูแลผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	- สังเกตพฤติกรรมสัญญาณเตือน - ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 10 ด้าน - เผื่อระวังอาการตามแบบประเมิน OAS/ SMIV - กำชับดูแลการทานยา - กำกับติดตามการทานยา - ตรวจสอบสภาวะจากสารเสพติด	- ทุกวัน - เดือนละ 1 ครั้ง - เดือนละ 1 ครั้ง - ตามแพทย์สั่ง - ตามแพทย์สั่ง - สุ่มตรวจ
ชุดฟื้นฟูสภาพ ทางสังคม	องค์การบริหารส่วนจังหวัด, กรมส่งเสริมการปกครอง ส่วนท้องถิ่น, กระทรวง พัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์(พม.), ภาคประชาชน	ร่วมกันดูแล ให้โอกาส ในการประกอบอาชีพ ที่อยู่อาศัย ปรับสภาพ แวดล้อมในชุมชน ให้การ ศึกษา และดูแลความ เป็นอยู่โดยรวม	- ปรับสภาพแวดล้อมรอบบ้านเพื่อจัดตัว กระตุ้นสารเสพติด - เสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัว - ให้โอกาส สร้างอาชีพ - ติดตาม สนับสนุน ช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น เบี้ยยังชีพ, ที่พักอาศัย, การเดินทาง ไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล	- หลังการรักษา ที่โรงพยาบาล โดยติดตามเป็น ระยะ

ผลการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบว่า ลักษณะทั่วไป
ของผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 92)
มีช่วงอายุน้อยกว่า 35 ปี (ร้อยละ 53.33) สถานภาพโสด (ร้อยละ
61.33) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 54.67)
อาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 52) รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 52)
และอาศัยอยู่กับพ่อแม่ (ร้อยละ 52.67) ผลการศึกษาด้านการเข้า
ถึงยาเสพติด พบว่า ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด ส่วนใหญ่สถาน
ภาพการใช้ยาเสพติดเป็นผู้ใช้ เสพครั้งคราว 3-4 เดือนต่อครั้ง
(ร้อยละ 40.67) และใช้ยาครั้งแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 69)
สาเหตุการใช้ยาเพราะอยากรู้ อยากลอง ด้วยตนเอง (ร้อยละ 58)
สารเสพติดที่ใช้กันมากที่สุด คือ ยาบ้า (ร้อยละ 85) และไม่เคย

ได้รับการบำบัด (ร้อยละ 63.33)

ผลการศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลพฤติกรรม
สุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด จังหวัดนครสวรรค์ ด้านอาการ
ทางจิต พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ
1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.1, 1.1, และ 1.0
ตามลำดับ ด้านการกินยา พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ
หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ
1.4, 1.2, 1.0 ตามลำดับ ด้านผู้ดูแล/ญาติ พบว่า คะแนนเฉลี่ย
ก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ
2 เดือน เท่ากับ 1.2, 1.1, 1.0 ตามลำดับ ด้านกิจวัตรประจำวัน
พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน
และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.0, 1.1, 1.0 ตามลำดับ
ด้านการประกอบอาชีพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ

หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.5, 1.5, 1.2 ตามลำดับ และด้านสัมพันธครอบครัว พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.5, 1.4, 1.2 ตามลำดับ ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.1, 1.0, 1.0 ตามลำดับ ด้านสื่อสาร พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.2, 1.2, 1.0 ตามลำดับ ด้านความสามารถในการเรียนรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน

และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.1, 1.1, 1.0 ตามลำดับ ด้านการใช้สารเสพติด พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.8, 1.5, 1.3 ตามลำดับ ด้านภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 13.2, 12.6, 11.2 ตามลำดับ และด้านความก้าวร้าวรุนแรง พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 0.1, 0.0, 0.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อน, หลัง 1 เดือน, หลัง 2 เดือน ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มาจากยาเสพติด จังหวัดนครสวรรค์ (n = 150)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อน		หลัง 1 เดือน		หลัง 2 เดือน	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
ด้านอาการทางจิต	1.1	0.3	1.1	0.3	1.0	0.1
ด้านการกินยา	1.4	0.6	1.2	0.5	1.0	0.3
ด้านผู้ดูแล	1.2	0.6	1.1	0.4	1.0	0.3
ด้านกิจวัตรประจำวัน	1.0	0.2	1.0	0.2	1.0	0.0
ด้านประกอบอาชีพ	1.5	0.8	1.5	0.7	1.2	0.5
ด้านสัมพันธ์ในครอบครัว	1.5	0.5	1.4	0.5	1.2	0.4
ด้านสิ่งแวดล้อม	1.1	0.3	1.0	0.2	1.0	0.1
ด้านสื่อสาร	1.2	0.4	1.2	0.4	1.0	0.2
ด้านความสามารถในการเรียนรู้	1.1	0.4	1.1	0.3	1.0	0.1
ด้านการใช้สารเสพติด	1.8	0.6	1.5	0.6	1.3	0.4
ภาพรวมทุกด้าน	13.2	3.3	12.6	3.0	11.1	1.9
ความก้าวร้าวรุนแรง	0.1	0.3	0.0	0.2	0.0	0.0

ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด จังหวัดนครสวรรค์ ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ก่อนใช้ หลังใช้ 1 เดือน และ หลังใช้ 2 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านอาการทางจิต มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.90, 283.52) = 7.87, p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยของด้านการกินยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.87, 278.64) = 21.85, p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยของด้านการใช้สารเสพติด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.42, 212.41) = 11.25, p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยของด้านกิจวัตรประจำวัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.90, 283.52) = 4.764, p\text{-value} < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยของด้านอาชีพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.839, 274.07) = 19.00, p\text{-value} < 0.01$) และ

คะแนนเฉลี่ยของด้านความสัมพันธ์ครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.72, 257.03) = 20.24, p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยของด้านสิ่งแวดล้อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.44, 215.46) = 5.197, p\text{-value} < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยของด้านการสื่อสาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2.00, 298.00) = 15.078, p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยของด้านการศึกษา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.88, 281.09) = 8.42, p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยของด้านการใช้สารเสพติด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.87, 279.67) = 49.04, p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยของภาพรวมพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.90, 283.52) = 40.28, p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยของความก้าวร้าว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.56, 232.45) = 8.77, p\text{-value} < 0.01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบผลภายในกลุ่ม ก่อน, หลัง 1 เดือน, หลัง 2 เดือน ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มาจากยาเสพติด จังหวัดนครสวรรค์จำแนกรายด้าน ภาพรวม และความก้าวร้าว (n = 150)

พฤติกรรมสุขภาพ	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Square
ด้านอาการทางจิต						
Time Greenhouse-Geiser	1.13	1.90	0.59	7.87	<0.01	0.16
(Error) Greenhouse-Geiser	21.52	283.52	0.07			
ด้านการกินยา						
Time Greenhouse-Geiser	8.69	1.87	4.65	21.85	<0.01	40.86
(Error) Greenhouse-Geiser	59.30	278.64	0.21			
ด้านผู้ดูแล						
Time Greenhouse-Geiser	3.23	1.42	2.26	11.25	<0.01	0.07
(Error) Greenhouse-Geiser	42.76	212.41	0.20			
ด้านกิจวัตรประจำวัน						
Time Greenhouse-Geiser	0.35	1.90	0.18	4.76	0.01	0.03
(Error) Greenhouse-Geiser	10.98	283.44	0.03			
ด้านประกอบอาชีพ						
Time Greenhouse-Geiser	10.03	1.83	5.45	19.00	<0.01	0.11
(Error) Greenhouse-Geiser	78.63	274.07	0.28			
ด้านสัมพันธ์ในครอบครัว						
Time Greenhouse-Geiser	7.33	1.72	4.25	20.24	<0.01	0.12
(Error) Greenhouse-Geiser	53.99	257.03	0.21			
ด้านสิ่งแวดล้อม						
Time Greenhouse-Geiser	0.40	1.44	0.28	5.19	0.01	0.03
(Error) Greenhouse-Geiser	11.59	215.46	0.05			
ด้านสื่อสาร						
Sphericity Assumed	3.12	2.00	1.56	15.07	<0.01	0.09
(Error)Sphericity Assumed	30.87	298.00	0.10			
ด้านความสามารถในการเรียนรู้						
Time Greenhouse-Geiser	1.39	1.88	0.73	8.42	<0.01	0.05
(Error) Greenhouse-Geiser	24.60	281.09	0.08			
ด้านการใช้สารเสพติด						
Time Greenhouse-Geiser	18.32	1.877	9.76	49.04	<0.01	0.24
(Error) Greenhouse-Geiser	55.67	279.67	0.19			
ภาพรวมทุกด้าน						
Time Greenhouse-Geiser	354.72	1.646	215.55	40.28	<0.01	0.21
(Error) Greenhouse-Geiser	1311.94	245.19	213.48			
ความก้าวร้าวรุนแรง						
Time Greenhouse-Geiser	0.96	1.560	0.61	8.77	<0.01	0.05
(Error) Greenhouse-Geiser	16.36	232.45	0.07			

จากการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตเวช ยาเสพติด แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05 และมีการเปรียบเทียบ

การเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนการใช้รูปแบบฯ กับ หลังใช้ 1 เดือน (0.64 (95% CI, 0.15 ถึง 1.12, p -value<0.01) และ ก่อนการใช้รูปแบบฯ กับ หลังใช้ 2 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย

ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2.12 (95% CI, 1.41 ถึง 2.82, p -value<0.01) และหลังใช้ 1 เดือน กับ หลังใช้ 2 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.48 (95% CI, 0.93 ถึง 2.02, p -value<0.01) ในส่วนของความก้าวร้าวมีการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนการใช้รูปแบบฯ

กับ หลังใช้ 1 เดือน (0.06 (95% CI, -0.20 ถึง 0.14, p -value<0.01) และก่อนการใช้รูปแบบฯ กับ หลังใช้ 2 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.11 (95% CI, 0.05 ถึง 0.17, p -value<0.01) และหลังใช้ 1 เดือน กับ หลังใช้ 2 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05 (95% CI, 0.00 ถึง 0.10, p -value<0.01) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ ของพฤติกรรมสุขภาพและความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชที่มาจากยาเสพติด จังหวัดนครสวรรค์ (n = 150)

พฤติกรรมสุขภาพ		Mean Difference	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval for Difference	
					Lower Bound	Upper Bound
พฤติกรรมสุขภาพ						
ก่อน	- หลัง 1 เดือน	0.64	0.199	0.005	0.158	1.122
	- หลัง 2 เดือน	2.12	0.292	0.001	1.414	2.826
หลัง 1 เดือน - หลัง 2 เดือน		1.48	0.227	0.001	0.931	2.029
ความก้าวร้าว						
ก่อน	- หลัง 1 เดือน	0.06	0.033	0.215	-0.020	0.140
	- หลัง 2 เดือน	0.11	0.026	0.001	0.050	0.176
หลัง 1 เดือน - หลัง 2 เดือน		0.05	0.021	0.033	0.003	0.103

วิจารณ์

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มี ส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ครั้งนี้ เป็นวิจัยแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ข้อค้นพบจากการศึกษา วิจารณ์ดังรายละเอียดดังนี้ ในการศึกษาครั้งนี้เริ่มต้นด้วยศึกษาสถานการณ์ พบว่า ผู้ป่วยสุขภาพจิตจากยาเสพติดมีจำนวน 220 คน โดยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง 1 ใน 3 เป็นผู้ป่วยจากจิตเวชจากสารเสพติด รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มาจากยาเสพติดนั้นต้องบูรณาการความร่วมมือของทุกหน่วยงานทุกภาคส่วนร่วมกันช่วยเหลือ และดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างถูกต้อง ครบวงจร จึงต้องใช้ภาคีเครือข่ายร่วมกันดูแล ซึ่งมีความคล้ายกับเก้าอี้ล้อโมเดล ที่ใช้ทีมกลยุธมิตรในการร่วมกันดูแล⁷ แต่มีความแตกต่างเนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดจำเป็นต้องใช้ ตำรวจและ ผู้นำชุมชนในการกำกับติดตามการทานยาของผู้ป่วยบางราย ติดตามการตรวจปัสสาวะ เพิ่มเติมอย่างเคร่งครัด รวมถึงการ

ใช้กลไกความร่วมมือระดับจังหวัด ที่ออกแบบนโยบายและการติดตามให้มีความต่อเนื่องโดยการดำเนินการร่วมกันของหัวหน้าส่วนราชการและเครือข่ายภาคเอกชน ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยชนิด การวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการศึกษาในการทดสอบประสิทธิผลของการใช้รูปแบบ ซึ่งการศึกษาชนิดนี้มีข้อจำกัดคือ ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และมีระยะเวลาในการศึกษา 2 เดือน ผู้วิจัยจึงจัดให้มีการวัดประสิทธิผลการใช้รูปแบบจำนวน 3 ครั้งคือ ก่อนการใช้ หลังการใช้ 1 เดือน และ 2 เดือน เพื่อยืนยันผลการศึกษาที่ชัดเจน และมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA เพื่อยืนยันความแตกต่างของผลการศึกษาในแต่ละระยะของการวัดผล จึงเป็นการยืนยันความถูกต้องของผลการศึกษา ผลการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อ การก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่ผ่าน มาซึ่งใช้รูปแบบการวิจัยชนิดเดียวกัน พบว่า ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น⁸

ในการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ หลังการนำ การรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ 10 ด้าน ที่ประกอบด้วย ด้านอาการจิต ด้านการกินยา

ด้านผู้ดูแล ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความสามารถในการเรียนรู้ ด้านการใช้สารเสพติด ในแต่ละด้านมีคะแนนค่าเฉลี่ยความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีทุกด้านมีคะแนนค่าเฉลี่ยลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบ หลังการใช้รูปแบบ 1 เดือน และหลังการใช้รูปแบบ 2 เดือน รวมถึงคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมรวม และความก้าวร้าวรุนแรงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีทุกด้านมีคะแนนค่าเฉลี่ยลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบ หลังการใช้รูปแบบ 1 เดือน และหลังการใช้รูปแบบ 2 เดือน แต่เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมที่ยังคงพบอยู่และมากที่สุดคือการใช้ สารเสพติด ยังคงมีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงกว่ารายด้านอื่นๆ ถึงแม้จะมีแนวโน้มค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงก็ตาม เพราะหัวใจสำคัญของการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากยาเสพติดคือการไม่ให้ผู้ป่วยเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติดซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ จากการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้แล้วเกิดผลความสำเร็จที่พฤติกรรมสุขภาพรวม และความก้าวร้าวรุนแรงลดลง นั้นเป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ทั้งร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมรับผลประโยชน์ ในการดำเนินการแก้ไขปัญหานี้ทุกขั้นตอนตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การดูแลด้านกาย ใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับประครอง ประภะระ และคณะ⁷ ที่กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูง โดยมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ไม่พบอุบัติการณ์ความก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนและกรองจิต วลัยศรี⁸ ใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทำให้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลัดดาวัลย์ สิทธิสาร⁹ ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำให้คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชลดลง และคะแนนความสามารถทางจิต ใจ สังคม และอาชีพเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและจรรยา ใจหนู¹⁰ พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมครอบครัวและชุมชนดูแลผู้ป่วยสุขภาพแบบบูรณาการทำให้ อาการทางจิต การกินยา สัมพันธภาพครอบครัวดีขึ้น และการกลับไปเสพยาเสพติดลดลง และโกศล เจริญศรี¹¹ กษพร นระธา¹² พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายทำให้คะแนนทางจิตผู้ป่วยลดลง ความสุขของญาติเพิ่มขึ้น รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกมาตรการในการดูแล ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกินยาอย่างสม่ำเสมอ หทัยกานจน์ เสียเพราะ¹³ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้

1. การสร้างร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้ข้อมูลสะท้อนปัญหาพร้อมกับ นำ และเป็น
2. พัฒนาศักยภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด อย่างต่อเนื่องให้สามารถใช้รูปแบบที่กำหนดขึ้น เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรศึกษาประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หลังการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดไปใช้ โดยออกแบบให้มีกลุ่มเปรียบเทียบการศึกษาแบบวัดซ้ำ 3 , 6 , 9, 12 เดือน รวมถึงควรมีการติดตามผลการศึกษาระยะยาว

สรุป

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ที่ใช้การร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์จากการดำเนินการตั้งแต่เริ่ม ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดครอบคลุมทุกมิติส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและความก้าวร้าวรุนแรงลดลง สามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้อย่างปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์จักราวุธ จุฑาสงษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ที่จุดประกายความคิดในการศึกษาวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ขัตติยา แก้วสมบัติ, อิศรา ขุนพลี, ชินกร สุจิเมงค, อัญชลี วิจิตรปัญญา. การวิเคราะห์บริบทของปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดการบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง: การศึกษาแบบผสานวิธีในหลายระดับ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 2567;17(3):157-71.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. การระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. 2556.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. HCD [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nsn.moph.go.th/>
4. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong (Australia): Deakin University Press; 1998.
5. Daniel WW. Biostatistics: A foundation of analysis

- in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995. p. 177-8.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ. 2559.
 7. ปรียาภัสสร เหล็กเพชร, กฤษฎา เหล็กเพชร, จันทิมา นวมะวัฒน์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;6(1):164-77.
 8. ประครอง ประภีระนะ, จันทรเพ็ญ สว่างไธสง, ดนัย บุญมี, กาญจนา จันทะนุญ, อรุณชัย ไชยสันต์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอสามโก้ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิทยาลัยชุมชนมหาสารคาม. 2567;9(6):218-22.
 9. กรองจิต วลัยศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิทยาลัยชุมชนมหาสารคาม. 2566;8(3):909-17.
 10. ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม กรณีศึกษา อำเภอแห่งหนึ่งของประเทศไทย. วารสารกระบี่เวชสาร. 2566;6(2).
 11. จรรยา ใจหนู. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ. เพชรบูรณ์เวชสาร. 2023;3(2):219-32.
 12. โกศล เจริญศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กรณีศึกษา บ้านนาทม - ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2023;8(2):286-9.
 13. กขพร นระธร. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2024;9(5):577-84.
 14. หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2025;70(2):262-73.