

Received: 17 Oct. 2023, Revised: 8 Nov. 2023

Accepted: 18 Nov. 2023

บทความวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและ
ไร้รอยต่อ ตัวแบบลพบุรี: กรณีศึกษาอำเภอโคกสำโรงบำรุง วงษ์นิม^{1*}, แสงเดือน ดีผิว², สุรพล สุพวง³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี การพัฒนามี 4 ระยะคือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา 2) พัฒนารูปแบบ 3) การนำไปใช้จริง และ 4) การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคือ เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน 217 คน และกลุ่มประเมินผลการพัฒนาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย กลุ่มละ 95 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired samples t-test กระบวนการพัฒนามี 5 กิจกรรม คือ 1) การตั้งกลุ่มเครือข่าย 2) การร่วมคิดร่วมทำ 3) การบริการสุขภาพ 4) การเสริมแรงทางบวก 5) การเฝ้าระวังความเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาเครือข่ายมีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.4 เป็น 50.7 คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจาก 3.34 ± 1.01 เป็น 3.39 ± 1.06 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพิ่มขึ้นจาก 2.80 ± 0.96 เป็น 3.88 ± 0.97 ผู้ดูแลมีภาระการดูแลผู้ป่วยลดลงจาก 3.48 ± 0.61 เป็น 2.85 ± 0.79 มีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.8 เป็น 88.4 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 3.34 ± 0.79 เป็น 3.74 ± 0.94 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังพัฒนามีอาการทรงตัวร้อยละ 85.3 ความสามารถในการจักรจรประจำวันร้อยละ 48.4 สรุปการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดย มีการวางระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ผู้ดูแลในครอบครัวมีการติดตามเยี่ยมบ้าน และเป็นกระบอกเสียงช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยอย่างครบวงจร ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดไร้รอยต่อ เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี³ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลพบุรี*Corresponding author: bwongnim@hotmail.co.th

Original Article

Development of Participatory and Seamless Psychiatric Substance Abuse Care System Lopburi Model: A Case Study of Khok Samrong District

Bumrung Wongnim^{1*}, Sangdeun Deepiew², Surapon Supuang³

Abstract

This research is a development-oriented study aimed at improving the mental health and substance abuse patient care system through participatory and seamless approaches in the Khok Samrong district, Lopburi province. The development process consists of four phases: 1) analysis of the problem situation, 2) model development, 3) implementation, and 4) outcome evaluation. The study was conducted from July to October 2016, with two sample groups: 217 participants involved in the development (community mental health network) and 95 participants in the outcome evaluation (caregivers and patients). Research tools included questionnaires and data recording forms. Statistical analysis involved percentages, means, standard deviations, and paired samples t-tests. The development process comprised five activities: 1) network establishment, 2) collaborative brainstorming, 3) health services provision, 4) positive reinforcement, and 5) risk monitoring. Results showed that after network development, knowledge significantly increased from 42.4% to an average score of 50.7. Participation also increased from 3.34 ± 1.01 to 3.39 ± 1.06 ($p < 0.001$). Network participation increased from 2.80 ± 0.96 to 3.88 ± 0.97 . Caregiver burden decreased from 3.48 ± 0.61 to 2.85 ± 0.79 . Knowledge significantly improved from 76.8% to 88.4, and the ability to care for patients increased from 3.34 ± 0.79 to 3.74 ± 0.94 . Post-development patient care outcomes showed self-care symptoms at 85.3%, and daily routine abilities at 48.4%. In conclusion, the development of the mental health and substance abuse patient care system involved implementing a comprehensive care and mental health promotion system in the community. Family caregivers engaged in home visits, acting as a support mechanism for the complete care of the patient, resulting in improved daily functioning for the patients.

Keywords: psychiatric substance abuse care, seamless, community mental health network

^{1*} Lopburi Provincial Health Office

² Lopburi Provincial Health Office

³ Thalung lek sub-district Health Promoting Hospital

*Corresponding author: bwongnim@hotmail.co.th

บทนำ

กลุ่มโรคจิต โรคระบบประสาท และความผิดปกติจากพฤติกรรมเสพติด มีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก¹ ปัญหาสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในทุกช่วงของชีวิต มีหลักฐานสำคัญบ่งชี้ว่า ปัจจัยทางสังคมที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยทางจิต จะสัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด อาชญากรรม และการออกจากโรงเรียนกลางคัน² ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ ต่อตัวผู้ป่วย อีกทั้งมีผลต่อเนื่องไปถึงญาติ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว³ ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ทั้งผู้เสพ ครอบครัวและชุมชน ผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด ตามโปรแกรมการแก้ไขปัญหายาเสพติดไประหว่างการบำบัดและการติดตามหลังการบำบัดแบบเชิงรุก โดยให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการและเฝ้าระวังดูแลหลังการบำบัด กฎหมายอาญาได้วางหลักไว้ว่า เมื่อบุคคลวิกลจริตกระทำความผิดกฎหมายถือว่ากระทำความผิดของบุคคลวิกลจริตนั้นเป็นความผิดแล้วแต่กฎหมายยกเว้นโทษทางอาญาให้ แต่หากปรากฏว่าบุคคลวิกลจริตยังสามารถรู้ผิดชอบหรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง บุคคลวิกลจริตก็ต้องรับโทษ แต่ให้ศาลลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้⁴ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดแบบองค์รวม ซึ่งแตกต่างกันไปตามแต่บริบทและความซับซ้อนและการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต้องมีข้อกำหนดในชุมชนมีการเสริมสร้างอำนาจของชุมชน และมีวิธีการด้านจิตอาสา เป็นศูนย์รักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ดูแลอย่างต่อเนื่อง⁵

สำหรับสถิติของผู้ป่วยสารเสพติดในไทย จากรายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2565 พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัด ทั้งหมด 120,915 คน โดยแบ่งเป็นชาย จำนวน 106,709 คน และหญิง จำนวน 14,206 คน จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำแนกตามอาชีพ ได้แก่ รับจ้าง จำนวน 57,201 คน การเกษตร จำนวน 17,925 คน นักเรียน/นักศึกษา จำนวน 4,335 คน ว่างาน จำนวน 24,349 คน และอื่นๆ จำนวน 17,105 คน จากรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตของประชากรในอำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อยู่ในกลุ่มจิตเวช รหัส ICD10 3 ตัวอักษรแรก F20 ถึง F29 สะสมถึงปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 525 คน นำสู่การแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน เพื่อให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการคุ้มครองสิทธิและเข้าสู่กระบวนการดูแล⁶

ดังนั้น การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ประกอบไปด้วย ผู้บริหาร อปท. ตำรวจชุมชน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งทำงานแยกส่วนของแต่ละหน่วยงาน ขาดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน ทำให้การแก้ไขปัญหายาเสพติด สุขภาพจิตในชุมชนยังไม่เป็นระบบ ดังนั้นถ้ามีการบริหารจัดการระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ให้มีระบบรวมถึงระบบการติดตามเยี่ยมบ้านและเครือข่าย เป็นกระบอกเสียง และหาทางช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างครบวงจรไร้รอยต่อ จะทำให้ผู้ดูแลมีการจัดการกับอาการ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การดูแลความปลอดภัย และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีเพิ่มขึ้น จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ตัวแบบลพบุรี: กรณีศึกษาอำเภอกอสุราษฎร์ธานี ครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ตัวแบบลพบุรี: กรณีศึกษาอำเภอกอสุราษฎร์ธานี และประเมินผลการพัฒนา ได้แก่ การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ประเมินความสามารถของผู้ดูแล และประเมินผลลัพธ์ในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา โดยศึกษาในพื้นที่อำเภอกอสุราษฎร์ธานี จังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือน กรกฎาคม - ตุลาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผู้วิจัยแบ่งประชากรออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ประกอบด้วย ผู้บริหาร อปท. ตำรวจชุมชนหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย⁷ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 217 คน แยกออกเป็นดังนี้ ผู้บริหาร อปท. จำนวน 12 คน ตำรวจชุมชนหรือ อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) จำนวน 22 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (รพ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) และศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) จำนวน 26 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 157 คน รวมทั้งหมดจำนวน 217 คน การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นตัวแทนที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดไม่น้อยกว่า 6 เดือน และสามารถเข้าร่วมกระบวนการได้ตลอดการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ที่ให้ข้อมูลไม่ครบ หรือไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา หรือขอออกจากกระบวนการก่อนจบสิ้นงานวิจัย

2. กลุ่มประเมินผลรูปแบบที่พัฒนา ประกอบไปด้วย ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด คือ ญาติ/ผู้ดูแลในครอบครัว ที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย⁷ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 95 คน คือ โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นตัวแทนที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ให้ข้อมูลไม่ครบ และสามารถเข้าร่วมกระบวนการได้ตลอดการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยจิตเวช ที่เจ็บป่วยอาการกำเริบรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในระหว่างการศึกษาไม่มีผู้ดูแล ให้ข้อมูลไม่ครบตามที่กำหนด

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ในพื้นที่อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี โดยมีจัดประชุมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 3 ครั้งดังนี้ ครั้งที่ 1 วางแผนการพัฒนา โดยจัดประชุมเพื่อชี้แจงโครงการพัฒนา และการทบทวนสถานการณ์ปัญหาที่ผ่านมา ครั้งที่ 2 การประชุมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดแบบมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และครั้งที่ 3 การประเมินผลการพัฒนา

ได้รูปแบบที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ในพื้นที่อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การตั้งกลุ่มเครือข่ายและกำหนดบทบาทหน้าที่ (1 ชั่วโมง), 2) กระบวนการร่วมคิดร่วมทำ กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (1 ชั่วโมง), 3) การบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดอย่างเหมาะสม โดยการประสานงาน/ทีม ตำรวจ ชุมชนและครอบครัว (1 ชั่วโมง), 4) การเสริมแรงทางบวก (30 นาที), และ 5) การเฝ้าระวังความเสี่ยงอาการกำเริบรุนแรง (2 ชั่วโมง)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเครือข่าย ประยุกต์จากการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน⁸ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด จำนวน 15 ข้อ ประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด เกณฑ์การให้คะแนน ตอบผิดให้ 0 ตอบถูกให้ 1 การหาค่าเฉลี่ยความรู้ตอบถูกคะแนนเต็ม 15 คะแนน การแปลผลระดับความรู้ โดยระดับความรู้ค่าเฉลี่ย 0.00-5.00 = ต้องปรับปรุง, ระดับความรู้ค่าเฉลี่ย 5.01-10.00 = พอใช้ และระดับความรู้ค่าเฉลี่ย 10.01-15.00 = ดี

ส่วนที่ 2 สถานการณ์และการพัฒนาเครือข่าย จำนวน 15 ข้อ ประกอบไปด้วย นโยบายและปัจจัยนำเข้าระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดแบ่งเป็น rating scale 5 ระดับ⁹ ดังนี้ 1 = ไม่เลย ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1.00-1.66 = ต่ำ 1.67-3.33 = ปานกลาง และ 3.34-5.00 = สูง

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย จำนวน 20 ข้อ ประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชน การมีส่วนร่วมตามบทบาท การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลแบ่งเป็น rating scale 5 ระดับ⁹ ดังนี้ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ⁹ ดังนี้ ระหว่าง 1.00-2.66 มีส่วนร่วมระดับต่ำ 2.67-3.33 มีส่วนร่วมระดับปานกลาง และ 3.34-5.00 มีส่วนร่วมระดับสูง

คะแนนรวม 100 คะแนน การแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1.00-33.33 = ระดับต่ำ, 33.34-66.67 = ระดับปานกลาง, และ 66.68-100.00 = ระดับสูง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย มี 3 ส่วน ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยของ Orem¹⁰ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด จำนวน 10 ข้อ คะแนนการตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ⁸ คือ 1= น้อยที่สุด ถึง 5= มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระหว่าง 1.00 -2.66 ระดับต่ำ, 2.67 -3.33 ระดับปานกลาง, และ 3.34-5.00 ระดับสูง คะแนนรวม 50 คะแนน การแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ⁹ คือ 1.00-16.33 = ต่ำ, 16.34-32.67 = ปานกลาง, และ 32.68-50.00 = สูง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนตอบผิด ให้ 0 ตอบถูก ให้ 1 คะแนน คะแนนรวม 10 คะแนน การแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ⁹ คือ 1.00-3.33 ระดับต่ำ, 3.34-6.67 ระดับปานกลาง, และ 6.68-10.00 ระดับสูง

ส่วนที่ 3 สมรรถนะการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดจำนวน 10 ข้อ เกณฑ์คะแนนระดับสมรรถนะมี 5 ระดับ⁸ คือ 1=ไม่จริง ถึง 5= มากที่สุด คะแนนรวม 50 คะแนน การแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1.00-16.33 = ต่ำ, 16.34-32.67 = ปานกลาง, และ 32.68-50.00 = สูง

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยโรคจิตเวช และระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลอาการผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์ใช้แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนรินทร์¹¹ ประกอบไปด้วย อาการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ดังนี้ 1) ด้านอาการทางจิตกำเริบ 2) ด้านการกินยา 3) ด้านผู้ดูแล/ญาติ 4) ด้านการทํากิจวัตรประจำวัน 5) ด้านการประกอบอาชีพ 6) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว 7) ด้านสิ่งแวดล้อม 8) ด้านการสื่อสาร 9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น 10) การดื่มสุราหรือสารเสพติด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย¹¹ จำนวน 54 ข้อ การให้คะแนน 0 =ไม่ทำ, 1 =ต้องคอยกระตุ้น, 2 =ทำได้บางครั้ง, 3 =ทำได้เองตามความเหมาะสม, 4 =ทำเองได้ทั้งหมด และ 5 =สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ คะแนนรวมเต็ม 270 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1-90 = ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือรบกวนความสงบผู้อื่น, 91-180 = ช่วยเหลือตนเองได้บ้างและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง, และ 181-270 = ช่วยเหลือตนเองได้รับจ้างทำงานได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) ผลการตรวจสอบคุณภาพค่า CVI รายข้อเท่ากับ +1 ทุกข้อ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินอาการของผู้ป่วยจิตเวช แบบสอบถามความรู้หาค่าอำนาจจำแนกด้วยสูตร $KR-20 = 0.85$ การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ปรากฏดังนี้ สถานการณ์ = 0.83 การมีส่วนร่วม = 0.89 ความสามารถของผู้ดูแล = 0.86 และความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย = 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัยภาคสนาม จำนวน 13 คน (1 คน ต่อ รพสต.) ชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล และวิธีการใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลให้ผู้ช่วยวิจัยทราบ และประสานพื้นที่ ก่อนการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้สถิติ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังพัฒนาด้วย independent t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสรุปเนื้อหา

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี เลขที่ KNH 19/2566 ลงวันที่ 4 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

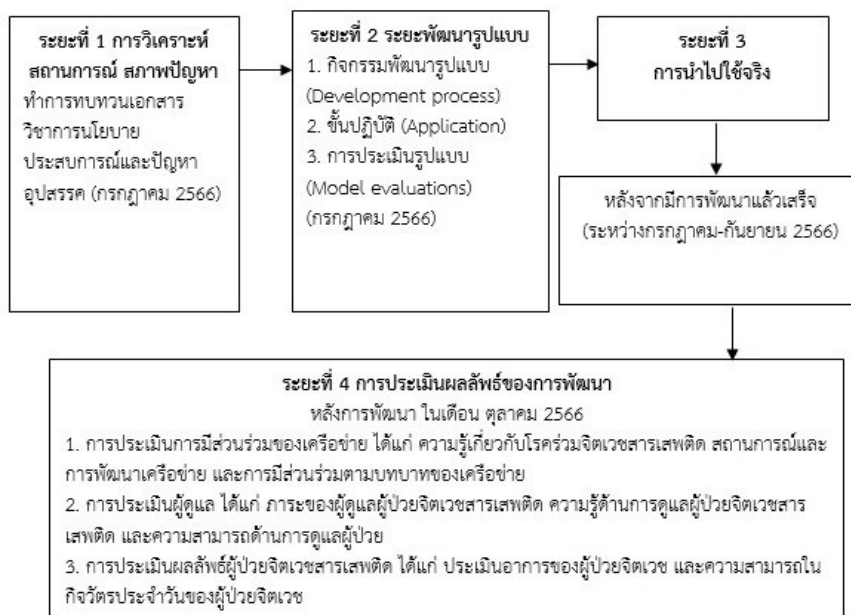
ขั้นตอนของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมตัวแบบลพบุรี: กรณีศึกษา อำเภอโคกสำโรง มีการดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ซึ่งประกอบด้วย 1) กิจกรรมพัฒนารูปแบบ (Development process), 2) ขึ้นปฏิบัติ (Application), และ 3) การประเมินรูปแบบ (Model evaluations)

ระยะที่ 3 การนำไปใช้จริง

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ผังขั้นตอนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วม อำเภอโคกสำโรง

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ มีการจัดกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การตั้งกลุ่มเครือข่าย และกำหนดบทบาทหน้าที่ โดยการจัดประชุมเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของกลุ่มเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรมที่ 2 กระบวนการร่วมคิดร่วมทำ โดยการจัดประชุมวางแผนการพัฒนา ซึ่งแจ้งโครงการพัฒนา และการทบทวนสถานการณ์ปัญหาที่ผ่านมา ผลลัพธ์ที่ได้คือ แผนการดำเนินงานร่วมกันของเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรมที่ 3 การบริการสุขภาพผู้ป่วย โดยการประชุมวางแผนและรูปแบบการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดแบบมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ผลลัพธ์ที่ได้คือ ระบบบริการสุขภาพที่เครือข่ายจะจัดให้บริการดูแล

ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชน รวมถึงระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน และเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนหาทางช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

กิจกรรมที่ 4 การเสริมแรงทางบวก โดยการประชุมให้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้กับ เครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรมที่ 5 การเฝ้าระวังความเสี่ยงอาการกำเริบรุนแรงของผู้ป่วยโดยจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย (ดังภาพที่ 2)

ผลลัพธ์การจัดกิจกรรม คือ เครือข่ายมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดและการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ผู้ดูแลในครอบครัวมีการติดตามเยี่ยมบ้าน และเป็นกระบอกเสียงช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยอย่างครบวงจร ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น



ภาพที่ 2 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ อำเภอโคกสำโรง

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของเครือข่าย ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด หลังพัฒนามีระดับความรู้ดีกว่าก่อนพัฒนา เพิ่มจากร้อยละ 42.4 เป็น 50.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของเครือข่ายก่อนและหลังการพัฒนา (n=217)

ระดับความรู้	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
0-5 ระดับความรู้ไม่ดี	1 (0.5)	0 (0.0)
6-10 ระดับความรู้พอใช้	124 (57.1)	107 (49.3)
11-15 ระดับความรู้ดี	92 (42.4)	110 (50.7)
รวม (mean±SD)	10.46±2.42	10.97±2.31

การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า เพิ่มขึ้นจาก 3.34 ± 1.01 เป็น 3.39 ± 1.06 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มากที่สุดคือ มีส่วนร่วมในกระบวนการเพิ่มจาก 3.45 ± 1.07 เป็น 3.50 ± 1.11 รองลงมาคือมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ เพิ่มจาก 3.30 ± 1.08 เป็น 3.35 ± 1.13 และมีส่วนร่วมด้านปัจจัยนำเข้า เพิ่มจาก 3.26 ± 1.04 เป็น 3.34 ± 1.12 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายก่อนและหลังการพัฒนา (n=217)

การมีส่วนร่วม	ก่อน	หลัง	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์	3.30±1.08	3.35±1.13	5.422	<0.001
มีส่วนร่วมด้านปัจจัยนำเข้า	3.26±1.04	3.34±1.12	3.746	<0.001
มีส่วนร่วมในกระบวนการ	3.45±1.07	3.50±1.11	4.157	<0.001
รวม 3 ด้าน	3.34±1.01	3.39±1.06	5.425	<0.001

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05

3. ผลการพัฒนากลุ่มผู้ดูแล ผู้ดูแลมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรครวมจิตเวชสารเสพติด ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนามีระดับความรู้ในระดับดีเพิ่มจากร้อยละ 76.8 เป็น 88.4 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรครวมจิตเวชสารเสพติดของผู้ดูแลก่อนและหลังการพัฒนา (n=217)

ระดับความรู้	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
0-3 ระดับไม่ดี	8 (8.4)	6 (6.3)
4-6 ระดับพอใช้	14 (14.7)	5 (5.3)
7-10 ระดับดี	73 (76.8)	84 (88.4)
คะแนนเฉลี่ย (mean±SD)	7.62±2.46	8.24±2.24

ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ก่อนและหลังการอบรม พบว่า ลดลงจาก 3.48±0.61 เป็น 2.85±0.79 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) โดยมีภาวะเชิงอัตรานัยของผู้ดูแลลดลงจาก 2.83±0.86 เป็น 2.01±1.07 แต่มีภาวะเชิงปรนัยของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น จาก 2.27±0.92 เป็น 3.56±1.20 ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา จาก 3.34±0.79 เป็น 3.74±0.94 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ภาวะและการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดของผู้ดูแลก่อนและหลังการพัฒนา (n= 95)

ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด	ก่อน	หลัง	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
ภาวะเชิงปรนัยของผู้ดูแล	2.27±0.92	3.56±1.20	4.393	<0.001
ภาวะเชิงอัตรานัยของผู้ดูแล	2.83±0.86	2.01±1.07	3.219	0.002
รวมภาวะของผู้ดูแล	3.48±0.61	2.85±0.79	4.072	<0.001
การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด	3.34±0.79	3.74±0.94	8.982	<0.001

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05

ผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยหลังการพัฒนา โดยดูจากอาการของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด โดยรวมมีอาการทรงตัว ร้อยละ 85.3 รองลงมาคืออาการไม่ดี ร้อยละ 8.4 และอาการระดับดี (ดูแลตัวเองได้) ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับอาการของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดหลังพัฒนา (n= 95)

ระดับอาการของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
อาการระดับดี/ดูแลตัวเองได้ (1-10 ข้อ)	6	6.3
อาการทรงตัว (11-20 ข้อ)	81	85.3
อาการไม่ดี (21-30 ข้อ)	8	8.4

ความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดหลังพัฒนาโดยรวม อยู่ในระดับ ช่วยเหลือตนเอง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง ร้อยละ 48.4 และช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ทำงานได้ ร้อยละ 43.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดหลังการพัฒนา (n= 95)

รวมคะแนนความสามารถในกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือรบกวนความสงบผู้อื่น (1-90 คะแนน)	8	8.4
ช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง (91-180 คะแนน)	46	48.4
ช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ทำงานได้ (181-270 คะแนน)	41	43.2

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ตัวแบบอำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี โดยมีการจัดกิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย มีการวางระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ผู้ดูแลในครอบครัวมีการติดตามเยี่ยมบ้าน และเป็นกระบอกเสียงช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยอย่างครบวงจร ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น อธิบายได้ว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ที่ประกอบไปด้วย 1) สังเกตและเฝ้าระวังอาการของความผิดปกติทางจิต 2) สร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ชุมชน 3) เป็นแกนนำประชาสัมพันธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ เกิดสังข์ และคณะ¹² การศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมและความเสี่ยงต่อการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวช ที่พบว่า กิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชน เป็นการประสานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ทำให้ให้อัตราการคงอยู่ของอาการผู้ป่วยทรงตัวเพิ่มสูงขึ้น

ผลการพัฒนาเครือข่าย พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด หลังพัฒนาดีกว่าก่อนพัฒนา และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ทำให้มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอย่างไร้รอยต่อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ฤทธิ์ศรี และคณะ¹³ การศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง การศึกษาในกลุ่มบ้านแห่งหนึ่ง โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ที่พบว่า การเพิ่มความรู้และพัฒนาการมีส่วนร่วมโดยนำปัญหามาพัฒนาตามแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชนเข้มแข็งและมาตรการของชุมชน ทำให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดไม่กลับไปเสพซ้ำ¹⁴

ผลการพัฒนากลุ่มผู้ดูแล มีภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ลดลงกว่าก่อนพัฒนา ผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดระดับดีมากกว่าก่อนพัฒนา และมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดหลังพัฒนาเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน¹⁵ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพิ่มขึ้น และมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพิ่มขึ้น

ผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดหลังพัฒนาส่วนใหญ่มีอาการทรงตัว โดยรวมสามารถช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง ทั้งนี้เนื่องจาก ความสำเร็จของการพัฒนา ในการศึกษาทำให้มีเครือข่ายและมีผู้ดูแลที่มีศักยภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษาการเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติด ที่พบว่า การเพิ่มความรู้จากการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนสามารถใช้เป็นแนวทางป้องกันอาการผู้ป่วยกำเริบซ้ำได้¹⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หลังพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี เครือข่ายมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับดีขึ้น จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ผลลัพธ์การจัดกิจกรรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด อำเภอโคกสำโรง โดยเครือข่ายมีระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน และเป็นกระบอกเสียงและหาทางช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างครบวงจร ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนและศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนร่วมในสังคมชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด อย่างต่อเนื่องทุกปี

2. สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข มีข้อเสนอแนะในการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดดำเนินการให้ครอบครัวกลุ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบส่งต่อที่เข้มแข็ง และการติดตามผลอย่างเข้มข้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและได้รับประโยชน์มากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่เอื้อเฟื้อสถานที่ให้ทำการศึกษา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกสำโรง ที่มีส่วนทำให้งานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The global burden of disease 2008. [cited 2022 November 11] from: <http://www.who.int>
2. Walker L, Moodie R, Herrman H. Promoting mental health and wellbeing. In R. Moodie & A. Hulme (Eds.), Hands-on health promotion 2004:238-48.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ประจำปีงบประมาณ 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc>
4. พูนพัฒน์ กมลวุฒิพงศ์. การกระทำผิดทางอาญาของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารอาชญาวิทยาและนิติวิทยาศาสตร์ 2565; 8(1):150-58.
5. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ 2564-2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2564.
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563.
7. Wayne, WD. Biostatistics: A Foundations for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons, 1995.
8. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son, 1967.
9. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill, 1971.
10. Orem DE. Nursing concepts of practice (6th ed.). St. Louis; MO: Mosby Year Book, 2001.
11. โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนรินทร์. คู่มือการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนสำหรับเครือข่าย. โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนรินทร์ จังหวัดสงขลา, 2566. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2566] เข้าถึงได้จาก <https://www.skph.go.th/elibrary/index.php>
12. อุไรวรรณ เกิดสังข์, อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, นริสรา พึ่งโพธิ์สภ, ธีระยุทธ เกิดสังข์. ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต 2565;36(2):1-21.

13. นิตยา ฤทธิศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, ศุภลักษณ์ จันทาญ. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564;19(2):50-63.
14. Eddie D, Hoffman L, Vilsaint C, et al. Lived Experience in New Models of Care for Substance Use Disorder. *Frontiers in Psychology* 2019; 10. [Cited May 26, 2023]. Form: <https://www.frontiersin.org>
15. รัศมี ชุตินิมา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565;16(3):851-67.
16. Englander H, Dobbartin K, Lind BK, 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.