

การพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย จังหวัดขอนแก่น

กิตติมา กำนจกร

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการวิจัยโดยใช้แนวทางของ Kemmis and Mc Taggart เป็นฐานของการศึกษาประกอบด้วย 3 ระยะคือ ระยะศึกษาปัญหา ระยะพัฒนาและระยะประเมินผล ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 23 กรกฎาคม 2568 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม 2569 โดยมีกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา จำนวน 238 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน 30 คน ผู้ดูแล 52 คน และผู้ป่วย 156 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ เชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test, McNemar's test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการวิจัย ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหา พบว่าผู้ป่วยขาดการดูแลต่อเนื่องและระบบบูรณาการส่งผลให้เสพยาและเสี่ยงต่อความรุนแรง ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบโดยใช้กระบวนการ PAOR ร่วมกับกรอบทฤษฎีระบบ จนได้รูปแบบ "CI-KK Model" ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การค้นหาคัดกรอง, การดูแลในศูนย์พักคอย, การฟื้นฟูและเสริมพลัง, การเตรียมความพร้อมก่อนกลับสู่ชุมชน และการติดตามต่อเนื่องหลังออกจากศูนย์พักคอย ระยะที่ 3 ประเมินผลการนำแบบไปใช้ ผลการศึกษาพบว่า หลังนำแบบไปใช้ อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 61.54 เป็นร้อยละ 86.54 อัตราการกลับไปเสพยาลดลง จากร้อยละ 38.46 เหลือร้อยละ 13.46 และพฤติกรรมเสี่ยงต่อความรุนแรงลดลง จากร้อยละ 42.31 เหลือร้อยละ 11.54 นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.47 (SD = 0.13, คิดเป็นร้อยละ 89.4) โดยความพึงพอใจหลังใช้แบบสูงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -14.18, p < .001$) สรุป รูปแบบ CI-KK Model เป็นการดูแลต่อเนื่องที่เน้นการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพและชุมชน สามารถเพิ่มการคงอยู่ในระบบบำบัด ตลอดจนลดอัตราการกลับไปเสพยาและพฤติกรรมเสี่ยงต่อความรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล, ผู้ป่วยยาเสพติด, ศูนย์พักคอย

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Kittima Kanjak, E-mail: kittima_1234@hotmail.com

Received: June 18, 2026; Revised June 29, 2026; Accepted July 6, 2026

Developing a model for continuous care for Drug Addiction Patients in Community Isolation (CI) Centers in Khon Kaen Province.

Kittima Kanjak

ABSTRACT

This action research aimed to develop a continuous care model for drug addicts in a patient care facility in Khon Kaen Province. The study was conducted from July 23, 2025, to May 31, 2026. The participants totaled 238 individuals, comprising 30 administrators and staff, 52 caregivers, and 156 patients. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (Paired t-test, McNemar's test). Qualitative data were analyzed using content analysis. The research process was divided into three phases: Phase 1 studied the problem, finding that patients lacked continuous care and an integrated system, leading to relapse and increased risk of violence. Phase 2 developed the model using the PAOR process combined with the system theory, resulting in the "CI-KK Model" comprising five aspects: screening, patient care in the care facility, rehabilitation and empowerment, pre-reintegration preparation, and continuous follow-up after discharge. Phase 3 evaluated the results of the model's implementation.

The study results showed that after implementing the model... The retention rate in the treatment system increased from 61.54% to 86.54%. The relapse rate decreased from 38.46% to 13.46%, and risky behaviors leading to violence decreased from 42.31% to 11.54%. In addition, patients expressed the highest level of satisfaction, with a mean score of 4.47 (SD = 0.13, representing 89.4%). Satisfaction after using the model was significantly higher than before using it ($t = -14.18$, $p < .001$).

conclusion, the CI-KK Model is a continuous care model that emphasizes multidisciplinary and community involvement. It can effectively increase retention in the treatment system, as well as reduce relapse rates and risky behaviors leading to violence.

Keywords: Care model, Drug-dependent patients, Community Isolation

¹ Senior Expert Public Health Technical Officer, Khon Kaen Provincial Public Health Office

บทนำ (Introduction)

ปัญหายาเสพติดเป็นวิกฤตสาธารณสุขระดับโลก สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้เข้าบำบัดรักษาในระบบข้อมูลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 114,460 ราย ในปี 2565 เป็น 213,877 ราย ในปี 2567 แต่อัตราความสำเร็จในการรักษาในระยะ 1 ปี ยังต่ำเพียงร้อยละ 33.64^{1,2} ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 53.1 มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย³ สถานการณ์ในจังหวัดขอนแก่น มีความรุนแรงขึ้น โดยผู้เสพติดเข้าบำบัด เพิ่มขึ้นกว่ากระโดดจาก 3,796 รายในปี 2565 เป็น 27,995 รายในปี 2567 และกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง (สีแดง) เพิ่มขึ้นถึง 4,007 ราย⁴ จังหวัดจึงจัดตั้งศูนย์พักคอย (CI) ใน 26 อำเภอเพื่อรองรับผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งมีผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้นเป็น 2,570 รายในปี 2567 โดยเฉพาะกลุ่มใช้เมทแอมเฟตามีนที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคจิตและการก่อความรุนแรง รัฐบาลจึงประกาศนโยบาย ผู้เสพคือผู้ป่วย ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มุ่งเน้นการจัดตั้งโครงสร้างระบบบำบัดครบวงจรและการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)¹

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนหลายการศึกษา เช่น การใช้แผนดูแลรายบุคคล (ICP) เป็นเครื่องมือจัดทำแผนการ

รักษาที่เฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย การใช้แผนดูแลรายบุคคล เพิ่มความร่วมมือในการรักษา ปิดช่องว่างและลดปัญหาผู้ป่วยหลุดออกจากระบบบำบัดรักษา ร่วมกับสหวิชาชีพ ระหว่างจิตแพทย์ พยาบาล ชุมชน นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และฝ่ายปกครอง จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการทั้งมิติทางกาย จิตใจ และสภาวะจิตสังคม การประเมินสัญญาณเตือนและส่งต่อเพื่อปรับยาจิตเวชได้อย่างทันที่ช่วยระงับอาการกำเริบและลดพฤติกรรมเสี่ยงรุนแรงก่อนที่จะเกิดเหตุ^{4,5} และระบบการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมต่อการดูแลแบบไร้รอยต่อ ตั้งแต่การค้นหาคัดกรอง การดูแลในศูนย์พักคอย ไปจนถึงการส่งตัวกลับสู่ชุมชน ระบบนี้มุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคม และการสร้างอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยมีที่ยืนในสังคมและสามารถลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำ⁶ สอดคล้องกับต่างประเทศที่เน้นบทบาททางสังคมและการติดตามแบบไร้รอยต่อ^{7,8}) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในบริบทสถานพยาบาลหรือชุมชนที่มีระบบพร้อมอยู่แล้ว ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบท "ศูนย์พักคอย" (Community Isolation: CI) ซึ่งเป็นกลไกเฉพาะในการเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสีแดงและสีส้มจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การดำเนินงานที่ผ่านมา จังหวัดขอนแก่นจัดตั้ง ศูนย์พักคอย เพื่อเป็นจุดพักฟื้นผู้ป่วยยาเสพติด

ที่ผ่านการบำบัดรักษาก่อนส่งกลับคืนสู่ชุมชน กิจกรรมเน้นเรื่องส่งเสริมอาชีพ ดูแลรับประทานยาตามกำหนด ไม่กำหนดระยะเวลาในการดูแลที่ชัดเจน ปัญหาที่พบ คือ ไม่มีงบประมาณโดยตรง ขาดรูปแบบมาตรฐานเดียวกัน ขาดระบบ ICP เชื่อมต่อการรักษา ขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรขาดทักษะเฉพาะทาง และชุมชนยังขาดความเชื่อมั่น ส่งผลให้ศูนย์หลายแห่งไม่ได้รับการยอมรับ และยังไม่มีความชัดเจนเชิงประจักษ์ในพื้นที่เกี่ยวกับอัตราการคงอยู่ในระบบ อัตราการกลับไปเสพซ้ำ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อความรุนแรง^{9,10}

จากช่องว่างดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)^{11,12} ภายใต้กรอบ PAOR (Plan-Action-Observe-Reflect) ของ Kemmis and McTaggart¹³ ผสานกับกรอบทฤษฎีระบบ (Input-Process-Output-Outcome) ของ Brown and Svenson¹⁴ เพื่อให้ครอบคลุมทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ มุ่งหวังให้เกิดรูปแบบมาตรฐานระดับจังหวัดที่เพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบ ลดการเสพซ้ำ ลดความรุนแรง และฟื้นฟูสภาพทางสังคมของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบทของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย
3. เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอยไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ เวชระเบียนและข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในจังหวัดขอนแก่น ในระบบข้อมูลผลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (บสด.) กลุ่มตัวอย่างเป็นข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี โดยศึกษาข้อมูลประชากรทั้งหมด จำนวน 27,995 คน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในจังหวัดขอนแก่น และมีข้อมูลครบถ้วนในระบบ บสด.

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์หรือมีความคลาดเคลื่อนที่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

1.2 เครื่องมือ ได้แก่ แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนและการสกัดข้อมูลจากระบบ บสด. ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดยาเสพติด จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการระหว่างวันที่ 23 กรกฎาคม 2568 ถึง 31 สิงหาคม 2568 โดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ ทบทวนข้อมูลในระบบ บสต.

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ เนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อสรุปสถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติด แนวทางการบำบัด และประเด็นปัญหา นำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการดูแลและสร้างเครื่องมือในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย (CI : Community Isolation) ดำเนินการ 2 วงรอบ

2.1 ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ได้แก่ 1) ผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ด้านการป้องกัน ปราบปราม บำบัด และติดตาม ในหน่วยงานสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ฝ่ายปกครอง 3 คน ตำรวจ 3 คน ท้องถิ่น 4 คน สาธารณสุข 5 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) 5 คน ผู้นำชุมชน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 5 คน รวมจำนวน 30 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือก มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก 2) บุคลากร

ผู้ดูแลผู้ป่วยในศูนย์พักคอย ได้แก่ ปลัดอำเภอ , เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), อาสาสมัครรักษาดินแดน ที่มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้เคยปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในศูนย์พักคอย มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และ 2) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย คัดเลือกจาก 26 อำเภอๆละ 2 คน รวมจำนวน 52 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมบริบทการดำเนินงานในทั้ง 26 อำเภอ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2568 ถึง 31 มกราคม 2569

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ รวมถึงแบบบันทึกการประชุมและแบบบันทึกการสังเกต

2.3 วิธีการดำเนินการพัฒนา 2 วงรอบ ตามแนวคิด PAOR

2.3.1 Plan (การวางแผน) ดำเนินการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้มีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ระหว่างวันที่ 1-15 กันยายน 2568 เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย จากนั้นประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อออกแบบรูปแบบกิจกรรมการดูแล กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ และกำหนดทีมที่เกี่ยวข้องพร้อมบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน

ครอบครัว การค้นหาและคัดกรอง การรับเข้า และดูแลในศูนย์พักคอย การฟื้นฟูสมรรถภาพ และเสริมพลัง การเตรียมความพร้อมก่อน กลับสู่ชุมชน และการติดตามต่อเนื่องหลัง ออกจากศูนย์พักคอย

2.3.2 Action (การปฏิบัติ) ซึ่งแจ้งทำความเข้าใจรูปแบบการดูแลแก่ทีมที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน จากนั้นทดลองใช้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พัก คอยในพื้นที่จริง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 15 มกราคม 2569 รวมระยะเวลา 3 เดือน 15 วัน

2.3.3 Observe (การสังเกต และติดตาม) ติดตามและบันทึกปัญหา อุปสรรค และข้อค้นพบที่เกิดขึ้นระหว่างการ ทดลองใช้รูปแบบอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบ บันทึกการสังเกตและการประชุมติดตามผล ทีมสหวิชาชีพ

2.3.4 Reflect (การสะท้อน ผลและปรับปรุง) สรุปปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะจากการทดลองใช้รูปแบบ นำมา ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้มีความเหมาะสม ยิ่งขึ้น จากนั้นจัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย ระหว่างวันที่ 29-31 มกราคม 2569 รวม 3 วัน

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จาก การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และ การบันทึกการสังเกต เพื่อสังเคราะห์รูปแบบ การดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ระยะที่ 3 การประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดและญาติที่เข้ารับการ ดูแลในศูนย์พักคอยในพื้นที่ 26 อำเภอ ของ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2569 ซึ่งเป็น กลุ่มที่ตรวจพบว่าการเสพติดซ้ำ มีจำนวน รวมทั้งสิ้น 184 คน คำนวณขนาดกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน กรณีสAMPLER มีจำนวนจำกัด ของ อรุณ จิรวัฒนกุล (2558)¹⁵ โดยกำหนดระดับความ เชื่อมั่นที่ 95% และสัดส่วนความคลาด เคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ได้ขนาดกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 156 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่เคยเข้ารับการดูแลในศูนย์พักคอย 2) มีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารเพื่อมี ส่วนร่วมในการวิจัยได้ และ 3) ยินดีเข้าร่วม การวิจัยโดยลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มี ปัญหาสุขภาพทางกายหรือจิตเวชรุนแรงจน ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ และ 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยขอยุติการเข้าร่วมวิจัยใน ระหว่างดำเนินการ

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์คัดเข้า จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลากรายชื่อจากทั้ง 26 อำเภอ ให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 156 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

- 1)แบบบันทึกอัตราการคงอยู่ในระบบการดูแลในศูนย์พักคอย
- 2)แบบติดตามอัตราการกลับไปเสพยาภายใน 3 เดือน
- 3)แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) แบ่งเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อทรัพย์สิน ข้อคำถาม 9 ข้อ ซึ่งระดับความรุนแรงที่ประเมิน ดังนี้ ผู้ป่วยสีแดง OAS = 3 คะแนน ผู้ป่วยสีส้ม OAS = 2 คะแนน ผู้ป่วยเหลือง OAS = 1 คะแนน ผู้ป่วย สีเขียว OAS = 0 คะแนน
- 4)แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพทางสังคม วัดผลในเชิงคุณภาพที่แปลงเป็นข้อมูลจำแนกกลุ่ม (Categorical Data) เพื่อคุณศัพท์การเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยวัดผลแบ่งเป็น 2 สถานะชัดเจนคือ "มีงานทำ" หรือ "ไม่มีงานทำ/ว่างงาน" เพื่อนำไปเปรียบเทียบสัดส่วน (ร้อยละ) ก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ McNemar's test
- 5)แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการดูแลในศูนย์พักคอย เป็นการวัดระดับความพึงพอใจและข้อคิดเห็นในการดำเนินงาน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5 มากที่สุด, 4 มาก, 3 ปานกลาง, 2 น้อย, 1 น้อยที่สุด) ตามแนวคิดของ Best JW. และ Kahn JV.¹⁶ และมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale)

ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ≥ 0.67 ทุกข้อ และนำแบบสอบถามความพึงพอใจไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.94

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมแล้ว ตามเครื่องมือแต่ละประเภท ดังนี้ 1) แบบสอบถามความพึงพอใจ ฯ จัดเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย จำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้ (ก่อนจำหน่ายออกจากศูนย์พักคอย) 2) แบบบันทึกอัตราการคงอยู่ ฯ บันทึกข้อมูล ณ วันสิ้นสุดการดูแลตามกำหนดในศูนย์พักคอย 3) แบบติดตามการกลับไปเสพยา พฤติกรรมเสี่ยงรุนแรง และการฟื้นฟูสภาพทางสังคม: ดำเนินการติดตามประเมินผลผู้ป่วยหลังจากได้รับการจำหน่ายออกจากศูนย์พักคอยอย่างต่อเนื่องจนครบ 3 เดือน โดยใช้วิธีการโทรศัพท์ติดตามและการลงเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่ายในชุมชน

3.4 วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป เชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบตัวชี้วัดที่เป็นร้อยละก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ McNemar's test และ

วิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test

จริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ KEC 044/2568 โดยดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้ 1) การพิทักษ์สิทธิและความสมัครใจ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนอย่างละเอียด โดยผู้ร่วมวิจัยลงนามในใบยินยอม ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิการรักษาพยาบาล 2) การรักษาความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อ-นามสกุล จัดเก็บข้อมูลในระบบที่ปลอดภัย เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัย และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น 3) การจัดการเหตุไม่พึงประสงค์ มีมาตรการเฝ้าระวังอาการถอนยาหรืออาการทางจิตเวช โดยทีมผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์จะประเมิน ให้การดูแลเบื้องต้นทันที และมีระบบทางด่วน (Fast track) ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายในกรณีฉุกเฉินเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย (Result)

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา

2.1 ข้อมูลผู้ให้ข้อมูล

ผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 47.35 ปี (S.D.=7.84 ปี) การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60.0 รองลงมา ระดับปริญญาโท ร้อยละ 33.3 ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นฝ่ายปกครองและสาธารณสุข ร้อยละ 53.3 มีประสบการณ์การบริหารงานด้านยาเสพติดและสุขภาพจิตเฉลี่ย 9.12 ปี (S.D.=4.25 ปี)

2.2 วิเคราะห์สภาพปัญหา

บริบทการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด จากแนวโน้มผู้ป่วย ยาเสพติดร่วมกับอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน พบว่า 1) ปัญหาสำคัญคือการเข้าถึงบริการล่าช้า การรักษาไม่ต่อเนื่อง การขาดการติดตามดูแลหลังการบำบัด และการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบและพฤติกรรมรุนแรง ทำให้เกิดปัญหาในหมู่บ้าน/ชุมชน ทั้งปัญหาการลักขโมย อาการคลุ้มคลั่งทำร้ายร่างกายคนในครอบครัว/ผู้ใกล้ชิด/ผู้อื่น และทำลายข้าวของ 2) นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดด้านศักยภาพของผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ทั้งในแง่ขององค์ความรู้ ทักษะ และระบบสนับสนุน รวมถึงการขาดรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนและบูรณาการ 3) ปัญหาข้อจำกัดทางศักยภาพรองรับผู้ป่วยยาเสพติดของสถานพยาบาล

สถานบำบัดยาเสพติด ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย (CI : Community Isolation)

2.1 ข้อมูลผู้ให้ข้อมูล ผู้ดูแล

ในศูนย์พักคอย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 82.9 มีช่วงอายุ 40 - 49 ปี ร้อยละ 37.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 43.15 ปี (S.D. = 6.42 ปี) โดยส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช. ร้อยละ 41.0 รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33.3 สำหรับตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ ประจำศูนย์ CI ส่วนใหญ่เป็นครู อส. ร้อยละ 41.9 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่ฝ่ายความมั่นคง ร้อยละ 23.8 กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน ร้อยละ 11.4 ครูผู้ช่วย ร้อยละ 10.5 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ร้อยละ 6.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 3.8 เจ้าหน้าที่สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ ร้อยละ 1.90

2.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย

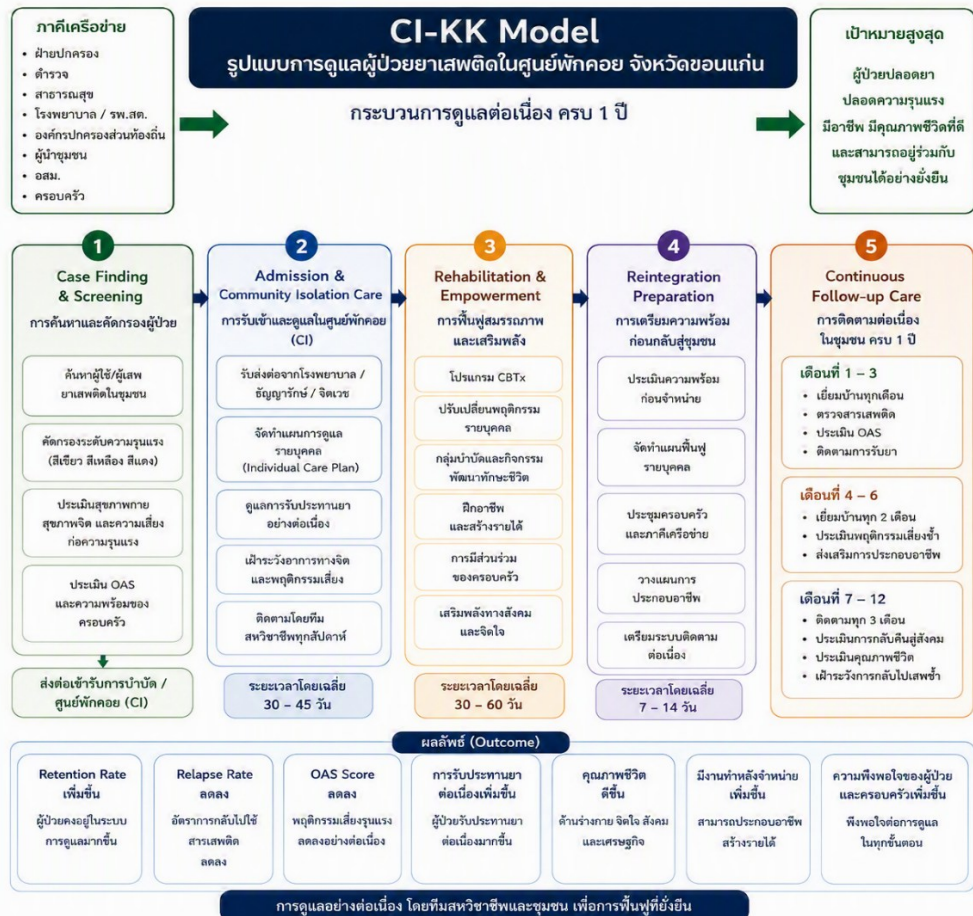
สังเคราะห์รูปแบบ "CI-KK Model" ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ดำเนินงานอย่างเป็นวงจรต่อเนื่อง จำนวน 2 วงรอบ โดยนำทฤษฎีระบบ (IPOO) มาเป็นกรอบในการวางแผนระบบร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และขับเคลื่อนด้วยวงจร PAOR ในแต่ละขั้นตอน ดำเนินการครอบคลุม 5 ด้านหลัก ดังแสดงในตารางที่ 1 โดย โมเดลครอบคลุมตั้งแต่ 1) การคัดกรอง จัดกลุ่มสีด้วยแบบประเมิน OAS 2) การดูแล จัดทำแผนรายบุคคล (ICP) ในศูนย์พักคอย 3) การบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง CBTx, 4) การเตรียมความพร้อมครอบครัว ลดการตีตรา และ 5) การติดตามเชิงรุกในชุมชนต่อเนื่อง เป็นการเชื่อมการทำงานแบบไร้รอยต่อ โดยใช้ศูนย์พักคอย (CI) เป็น “สถานส่งผ่านทางสังคม” เพื่อลดรอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน มีภาคีเครือข่าย 5 เสือสนับสนุน เพื่อเป้าหมาย คือ เพิ่มการคงอยู่ในระบบ ลดการเสพยา และลด ความรุนแรง ดังภาพที่ 1

ตารางที่ 1 โครงสร้างและกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย

CI-KK Model (วงรอบที่ 1 และ 2)

กระบวนการวิจัย PAOR	กรอบ ระบบ (IPOO) และ รูปแบบ CI-KK Model	กิจกรรม/แนว ปฏิบัติหลัก	เครื่องมือที่ใช้	ผู้รับผิดชอบ	ผลที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ (Outputs / Outcomes)
วงรอบที่ 1 & 2 1. ร่วมวางแผน (Planning) ด้านที่ 1: การ ค้นหาและคัด กรอง	Input & Process	- ประชุมสห วิชาชีพและ ชุมชนยกร่าง รูปแบบ - คัดกรอง ผู้ป่วยตาม เกณฑ์สิทธิ และการจัด กลุ่มสี	- แบบคัด กรองสารเสพ ติด (V.2) - แบบ ประเมิน พฤติกรรม เสี่ยง (OAS)	- ทีม พยาบาล ชุมชน - ฝ่าย ปกครอง / อส.	- สามารถจำแนกระดับ ความรุนแรงและคัดกรอง ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบได้ชัดเจน - แบ่งเป็นกลุ่มสีเหลือง (อาการสงบ) ร้อยละ 57.69, กลุ่มสีส้ม (เริ่มมีสัญญาณ เตือน 5 ส.) ร้อยละ 26.92 และกลุ่มสี แดง (เสี่ยงรุนแรงสูง/อาการ จิตกำเริบ) ร้อยละ 15.39 ทำให้เข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น
2. ปฏิบัติการ (Acting) ด้านที่ 2: การ รับเข้าและดูแล ในศูนย์พักคอย ด้านที่ 3: การ ฟื้นฟูสมรรถภาพ และเสริมพลัง	Process	- จัดทำแผน ดูแลรายบุคคล (ICP) - การทำกลุ่ม บำบัดฟื้นฟู สภาพจิตใจ สังคม และ อาชีพ	- แผนดูแล รายบุคคล (ICP) - โปรแกรม ฟื้นฟูบำบัด	- ครู อส. ประจำศูนย์ - พยาบาล ชุมชน รพ. สต.	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลผ่าน แผนรายบุคคล (ICP) และ ทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึง พอใจต่อระบบในระดับมาก ที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.47) และ เพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบ การบำบัดรักษาสูงถึงร้อย ละ 86.54 นอกจากนี้ยัง จัดตั้งระบบทางด่วน (Fast Track) ทำให้สามารถส่งต่อ ปรับยาจิตเวชได้ทันที่ เมื่อมีอาการ

3. สังเกตการณ์ (Observing) ด้านที่ 4: การ เตรียมความพร้อม ก่อนกลับ สู่ชุมชน	Process & Output	- การประเมิน ความพร้อม และ สภาพแวดล้อม ที่บ้าน - จัดเก็บข้อมูล ความพึงพอใจ และอัตราการ คงอยู่	- แบบ ประเมินการ ฟื้นฟูสภาพ ทางสังคม - แบบสอบถาม ความพึง พอใจ	- ผู้วิจัย และทีม ผู้ช่วยวิจัย - แกนนำ ชุมชน / อสม.	- สามารถดึงครอบครัวเข้า มามีส่วนร่วมเพื่อสร้างความ เข้าใจและลดการตีตรา ตลอดจนส่งเสริมการฟื้นฟู สภาพทางสังคม ทำให้ ผู้ป่วยมีงานทำและมีอาชีพ รองรับหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้น อย่างเด่นชัดจากร้อยละ 32.69 เป็นร้อยละ 69.23
4. สะท้อนคิด (Reflecting)	Output & Outcome	- ประชุม สะท้อนคิด ถอดบทเรียน (พบข้อจำกัด เรื่องระบบ ติดตามไร้ รอยต่อใน วงรอบที่ 1 จึง นำมาปรับเพิ่ม ความเข้มข้น ของการเยี่ยม บ้านในวงรอบ ที่ 2	- แบบ ติดตามการ กลับไปเสพ ซ้ำ (Relapse Rate) ภายใน 3 เดือน		เกิดระบบการติดตามแบบไร้ รอยต่อในชุมชน โดย อสม. และภาคีเครือข่าย สามารถ ลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำ ภายใน 3 เดือนเหลือเพียง ร้อยละ 13.46 และควบคุม พฤติกรรมเสี่ยงต่อความ รุนแรงในชุมชนให้ลดลง เหลือร้อยละ 11.54



ภาพที่ 1 : รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย จังหวัดขอนแก่น (CI-KK Model)

ที่มา: สังเคราะห์โดยผู้วิจัย; ออกแบบและสร้างสรรค์ภาพโดยใช้โปรแกรมปัญญาประดิษฐ์

[Chat Gpt AI], พ.ศ. 2569 ตามคำสั่ง ของผู้วิจัย

ระยะที่ 3 การประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้

3.1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.00 อายุระหว่าง 20-25 ปี ร้อยละ 45.00 อายุเฉลี่ย 25.35 ปี (S.D. = 7.29 ปี) ว่างาน ร้อยละ 50.00 รายได้น้อยกว่า 300 บาทต่อวัน ร้อยละ 80.00 ประวัติการใช้สารเสพติด ส่วนใหญ่เป็นยาบ้า ร้อยละ 85.00 เคยเข้ารับ

การรักษามาก่อนร้อยละ 45.00 และมีบุคคลในครอบครัวมีประวัติใช้สารเสพติดร้อยละ 45.00 สำหรับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงรุนแรง (Overt Aggression Scale; OAS) ก่อนการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสีแดง (OAS = 1 คะแนน) มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยแต่อยู่ในระยะอาการสงบ จำนวน 90 ราย (ร้อยละ 57.69) รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงรุนแรง (OAS ≥ 2 คะแนน)

จำนวน 66 ราย (ร้อยละ 42.31) โดยสามารถจำแนกระดับความรุนแรงได้ชัดเจน คือ กลุ่มสีส้ม (OAS = 2 คะแนน) ที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยและมี 5 สัญญาณเตือน (ไม่หลับ ไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจากคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง) จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 26.92) และกลุ่มสีแดง (OAS ≥ 3 คะแนน) ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงสูงและมีอาการทางจิตเวชกำเริบ จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 15.39)

3.2 ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย จังหวัดขอนแก่น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย (CI-KK Model) (n = 156)

ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย	ก่อนพัฒนา (จำนวนร้อยละ)	หลังพัฒนา (จำนวนร้อยละ)	การเปลี่ยนแปลง
1. การคงอยู่ในระบบ(Retention)	96 (61.54)	135 (86.54)	+25.00
2. การกลับไปเสพซ้ำ ภายใน 3 เดือน	60 (38.46)	21 (13.46)	-25.00
3. พฤติกรรมเสี่ยงรุนแรง (OAS ≥ 2)	66 (42.31)	18 (11.54)	-30.77
4. การฟื้นฟูสภาพทางสังคม(อาชีพ)	51 (32.69)	108 (69.23)	+36.54

3.3 ประเมินผลความพึงพอใจ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย (CI-KK Model) จังหวัดขอนแก่น จำนวน 156 คน ก่อนการทดลองใช้รูปแบบ และหลังการทดลองใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดย

หลังการพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยมีอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.54 เป็นร้อยละ 86.54 ขณะที่อัตราการกลับไปเสพซ้ำภายใน 3 เดือน หลังการดูแล ลดลงจากร้อยละ 38.46 เหลือร้อยละ 13.46 นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงรุนแรง (Overt Aggression Scale; OAS ≥ 2) ลดลงจากร้อยละ 42.31 เหลือร้อยละ 11.54 ด้านการฟื้นฟูสภาพทางสังคม พบว่าผู้ป่วยที่มีงานทำหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.69 เป็นร้อยละ 69.23 ดังตารางที่ 2

ความพึงพอใจก่อนใช้ที่พัฒนาขึ้น รวมทุกข้ออยู่ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.01 (SD = 0.46) และ ความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ภาพรวมสูงขึ้น รวมทุกข้ออยู่ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.47 (S.D. = 0.12) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.46 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย
(CI-KK Model) จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=156)

ความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วย	เปรียบเทียบ	n	Mean (S.D.)	แปล	Mean Diff	95%CI	p-value
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย	ก่อน	156	4.01(0.46)	มาก	-0.46	(-0.54, -0.39)	<0.001
	หลัง	156	4.47(0.12)	มากที่สุด			

อภิปรายผล และสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. **ศึกษาสภาพปัญหาและบริบทการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย พบว่า** สภาพปัญหาในจังหวัดขอนแก่นพบแนวโน้มผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนร่วมกับอาการทางจิตเวช และมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเพิ่มขึ้นก้าวกระโดด ปัญหาเชิงระบบที่ผ่านมา คือ การเข้าถึงบริการล่าช้า ขาดการติดตามดูแลหลังการบำบัด ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบ คลุ้มคลั่ง และกลับไปเสพซ้ำ ข้อมูลจากระบบบสต. ปี 2567 ชี้ชัดว่าอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดและติดตามดูแล (Retention Rate) ของจังหวัดลดลงอย่างเห็นได้ชัดจากร้อยละ 79.45 ในปี 2566 เหลือเพียงร้อยละ 62.53 ผลการศึกษาสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.สร.)¹ ที่ระบุว่า ข้อจำกัดในระบบบำบัดแบบเดิมทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยตัวเพื่อ

เข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูเพราะเกรงว่าจะถูกจับกุมต้องโทษ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา รตนสุมาวงศ์และคณะ¹⁷ ที่ชี้ว่า ภาวะพึ่งพาสารเสพติดและความเครียดทางจิตสังคมเป็นสาเหตุหลักของการล้มเหลวในการบำบัดและการกลับไปเสพซ้ำ การที่จังหวัดขอนแก่นพบผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบและเสี่ยงต่อความรุนแรงสูง (กลุ่มสีแดงและสีส้ม) จึงเป็นข้อพิสูจน์เชิงประจักษ์ว่าสถานพยาบาลหรือชุมชนแบบเดิมยังขาดรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่จำเพาะเจาะจง นอกจากนี้ไม่สอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินงานของกรมวิชาการสาธารณสุขทั่วไปที่มักเน้นการส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนทันทีโดยไม่มีจุดส่งผ่านทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยหลุดออกจากระบบได้ง่าย²

2. **พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย (CI-KK Model) พบว่า** รูปแบบที่สังเคราะห์ขึ้นผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม และทฤษฎีระบบ

(IPOO) ขับเคลื่อนด้วยวงจร PAOR จนได้ "CI-KK Model" 5 ด้าน จุดเปลี่ยนสำคัญคือ การจัดตั้งโครงสร้างระบบบำบัดแบบไม่ต้องโทษผ่าน "ศูนย์พักคอย (CI)" ควบคุมสิ่งแวดล้อม โดย พนักงานฝ่ายปกครอง ร่วมกับครู อส. ตลอด 24 ชั่วโมง มีการใช้แผนดูแลรายบุคคล (ICP) และวางระบบทางด่วน (Fast Track) เมื่อผู้ป่วยเริ่มส่งสัญญาณเตือน (OAS = 2) เพื่อส่งต่อปรับยาจิตเวชกับโรงพยาบาลแม่ข่ายทันที ผลการศึกษาสอดคล้องกับ นโยบาย "ผู้เสียคือผู้ป่วย" ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564¹ และ แนวคิดยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข² การนำแผน ICP และการทำงานของทีมนสวิชาชีพมาใช้อย่างเข้มข้นในศูนย์พักคอย จากการศึกษาของ Kaenwicha และคณะ⁴ รวมถึง Thongyot⁵ ที่ชี้ว่า แผนดูแลรายบุคคลช่วยให้เกิดการจัดการโรคเรื้อรังทางจิตเวชและลดความรุนแรงได้ดี แต่ CI-KK Model มีความเหนือกว่ารูปแบบเดิม ตรงที่สามารถแก้ไขช่องว่างเชิงปฏิบัติสำคัญในอดีต คือ การเปลี่ยนจากแนวทางเดิมที่ชุมชนจะแจ้งเหตุหรือระงับเหตุต่อเมื่อเกิดความรุนแรงบานปลายแล้ว ให้กลายเป็นการเฝ้าระวังเชิงรุก และการคัดกรองสัญญาณเตือนที่มีมาตรฐานเดียวกันทั้ง 26 อำเภอ

3. ประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย

ไปใช้ พบว่า หลังนำ CI-KK Model ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 156 คน พบประสิทธิผลเชิงประจักษ์ที่โดดเด่น คือ อัตราการคงอยู่ในระบบบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 61.54 เป็นร้อยละ 86.54 อัตราการกลับไปเสพซ้ำลดลงจากร้อยละ 38.46 เหลือร้อยละ 13.46 พฤติกรรมเสี่ยงรุนแรงลดลงจากร้อยละ 42.31 เหลือร้อยละ 11.54 และผู้ป่วยมีอาชีพล้างจำหน่ายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 69.23 ความสำเร็จนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุน แนวคิดการบำบัดรักษาโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) หรือชุมชนล้อมรั้ว⁶ ขององค์การสหประชาชาติ (UNODC)¹ และ ยืนยันผลการศึกษา ของ ณัฐพร ผลงาม⁶ ที่ระบุว่า การบำบัดยาเสพติดให้ประสบความสำเร็จต้องทำแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งการดูแลทางการแพทย์ การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา และการฟื้นฟูอาชีพ ตัวเลขการประกอบอาชีพที่เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดชี้ให้เห็นว่า ระบบสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และการดึงครอบครัวเข้ามาเตรียมความพร้อมล่วงหน้าสามารถลดการตีตราของชุมชนได้จริง มีความยั่งยืนสูงกว่าการบำบัดในสถานพยาบาลแบบปิดตามแนวทางในอดีต สอดคล้องกับวรรณกรรมต่างประเทศของ Dennis และคณะ⁷ และรูปแบบการดูแลในประเทศของ Wongnim และคณะ⁸ ที่เน้นย้ำเรื่องบทบาททางสังคมและการติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดแบบไร้รอยต่อเนื่อง

ยาวนานเพื่อป้องกันการกลับไปเผชิญปัจจัย
ลบในสิ่งแวดล้อมเดิม

สรุป (Conclusion)

CI-KK Model เป็นนวัตกรรมการดูแล
ผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์พักคอย (Community
Isolation: CI) จังหวัดขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้น
บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี
เครือข่ายแบบบูรณาการ ครอบคลุม
กระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การ
ค้นหาและคัดกรอง การดูแลในศูนย์พักคอย
การฟื้นฟูสมรรถภาพ การเตรียมความพร้อม
ก่อนกลับคืนสู่ชุมชน และการติดตามต่อเนื่อง
หลังออกจากศูนย์พักคอย ผลการศึกษา
ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพใน
การเพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัด
ลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ลดพฤติกรรม
เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง และเสริมสร้าง
การฟื้นฟูผู้ป่วยในมิติครอบครัวและสังคม
อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น CI-KK Model จึงมี
ประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นต้นแบบการ
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด
เชื่อมต่อกับสถานพยาบาลเพื่อเตรียมพร้อม
ก่อนกลับสู่ชุมชน ป้องกันเหตุก่อความรุนแรง
และขยายผลเชิงนโยบายสู่ระดับเขต และ
ระดับประเทศ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตาม
ต่อเนื่อง 1 ปี และพิจารณาการออกแบบการศึกษา
เชิงเปรียบเทียบ ขยายผลรูปแบบไปสู่พื้นที่อื่น

เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความยั่งยืนของรูปแบบ
ในระดับนโยบาย และกำหนดยุทธศาสตร์และ
กลไกขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาเสพติดของ
จังหวัดให้ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ท่านผู้ว่าราชการ
จังหวัดขอนแก่น นายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดขอนแก่น ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ
ทีมสหสาขาวิชาชีพ หน่วยงานภาคีเครือข่าย
ผู้ป่วยและครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนและ
ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้
จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

อ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงาน
เลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและ
ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวง
สาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการ
บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา
เสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. นนทบุรี: บอริ์น
ทู ปี พับลิชชิง; 2565.
2. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวง
สาธารณสุข. คู่มือการพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพ (Service plan) สาขาเสพติด.
สมุทรสาคร: บอริ์นทู ปี พับลิชชิง; 2561.
3. กรมสุขภาพจิต. คู่มือระบบการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ
ความรุนแรง สำหรับสถาบัน/

- โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต.
กรุงเทพฯ: พรอสเพอร์ฟัลส์; 2563.
4. ปิยภัณฑญา แก่นวิชา, สุณี อวารณ, วิไลลักษณ์ คุ้มบุปผา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(2):230–41.
 5. สวิตตา ธงยศ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม. 30 เมษายน 2024;9(2):388–95.
 6. ณัฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 30 สิงหาคม 2021;1(2):49–71.
 7. Dennis ML, Foss MA, Scott CK. An eight-year perspective on the relationship between abstaining duration and other aspects of recovery. *Eval Rev.* 2007;31(6):585–612.
 8. บำรุง วงษ์นิม, แสงเดือน ดีผิว, สุรพล สุพวง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ตัวแบบลพบุรี: กรณีศึกษาอำเภอโคกสำโรง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2024;10(1): 223–223.
 9. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). คู่มือการจัดตั้งศูนย์แยกกักตัวในชุมชน. กรุงเทพฯ: กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2564.
 10. ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดขอนแก่น. ผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดขอนแก่น; 2567.
 11. Cohen JM, Uphoff NT. Participation in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Dev.* 1977;8(3):213–35.
 12. Davis K, Newstrom JW. Human behavior in the workplace: Organizational behavior. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 1989.
 13. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
 14. Brown MG, Svenson RA. Measuring R&D productivity. *Res Technol Manage.* 1988;31(4):11–15.
 15. อรุณ จิรวรรณกุล. สถิติวิทยาศาสตร์สุขภาพสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทยาภัก; 2558.
 16. Best JW, Kahn JV. Research in education. 9th ed. USA: Pearson Education; 2003.
 17. วนิดา รัตนสุมาวงศ์, วัฒน กัลยาณศิริ, พิชัย แสงชาญชัย. ทฤษฎีของพฤติกรรมเสพติดและ ข้อถกเถียงที่มี ในปัจจุบัน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(3): 295-306