

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม  
กรณีศึกษา บ้านหนองแวง หมู่ 1 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

THE DEVELOPMENT CARE MODEL OF DRUG ADDICT WITH MENTAL DISORDER PATIENTS  
BY COMMUNITY PARTICIPATION: CASE STUDY OF NHONG WAENG VILLAGE MOO 1,  
WAENG NANG SUB-DISTRICT, MUANG DISTRICT, MAHASARAKHAM PROVINCE

สุกัญญา วัฒนประไพจิตร\*  
Sukanya Wattanaprajit\*

บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต 2) เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต และ 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต บ้านหนองแวง หมู่ 1 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมืองมหาสารคาม

**รูปแบบและวิธีวิจัย :** การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระยะเวลาวิจัย กุมภาพันธ์ 2565 – กรกฎาคม 2566 กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแวงน่าง ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด โรงพยาบาลมหาสารคาม พระภิกษุรวม 80 คน เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ

**ผลการศึกษา :** 1) ปี 2563 - 2565 ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต กลุ่มสีแดงเพิ่มขึ้นทุกปีและก่อความรุนแรงในชุมชน ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ การรักษาไม่ต่อเนื่อง กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ครอบครัวขาดการตระหนักในการดูแล ปกปิดข้อมูล ชุมชนตีตราบาป รังเกียจและหวาดกลัวผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต 2) การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา อบรม อสม. บัณฑิต และแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย ตั้งศูนย์ตระวัน ฟ้าใสสานดวงใจ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชหมู่บ้าน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีเครือข่ายประสานทหารเสือ (ตำรวจ สาธารณสุข ปกครอง ท้องถิ่น) ในการขับเคลื่อนงาน คืบข้อมูลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อหาปัญหาและแนวทางการดำเนินงานแต่ละวงรอบ จนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม 3) ผลของการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม พบว่า จากผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต จำนวน 15 คน แบ่งเป็น สีแดง 7 คน เหลือง 4 คน เขียว 3 คน และขาว 1 คน เมื่อติดตามผู้ป่วยครบ 1 ปี พบว่า สามารถลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยยาเสพติด โดยไม่มีผู้ป่วยสีแดง สีเหลือง 3 คน สีเขียว 10 คน และสีขาว 2 คน

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

**สรุปผลการศึกษา :** การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม ได้ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอน ทำให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิผลเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต, ชุมชนมีส่วนร่วม

## Abstract

**Objectives:** 1) To study situation of drug addict with mental disorder patients care 2) To develop the care model of drug addict with mental disorder patients 3) To evaluate the effective of developed care model in Nhong Waeng village Moo 1, Wang Nang sub-district, Muang district, Mahasarakham province.

**Methods:** This participation action research was carried out during February 2022 - July 2023. About 80 target population and co-investigators were drug addict with mental disorder patients, relative or intimate person, village health volunteers (VHVs), community leaders, policeman, health workers from Wang Nang health promoting hospital, responsible person from Mahasarakham hospitals and Monks. Both qualitative and quantitative data were gathered. Content analysis was investigated for qualitative data while number and percentage for quantitative data.

**Results:** 1) By the year 2020 – 2022, found an increasing of red group and causing violence, mental health disorder relapsing, not continued treatment, relapsing drug use, lacking care awareness of family, data obscuring, socially stigmatized, be conceived and scared. 2) Appointed a project team, situation analyzed, VHVs buddy trained, allocated patient care area, set Tawan Fasai Sarn Duang Jai for caring psychiatric village patients, continued followed up, four parties (Police, Public health, Provincial administration, Local organization) functionally worked, information feedbacked to stakeholders for problem finding and guideline for each circle until achieved the appropriated participation model. 3) Model development effectiveness found that there were 15 drug addicts with mental disorder patients that divided in to four groups; seven were red group, four were yellow group, three were green group and one was white group. One year followed up, found the decreasing of violence, no red group, three yellow, ten green and two white.

**Conclusion:** All steps of the developed care model by community participation was functioned with network parties. Thenceforward, appropriated model for the context of district was completed.

**Keywords:** Drug addicts with mental disorder patients, Community participation

## บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดโลก จากรายงาน World Drug Report 2018 ของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ<sup>(1)</sup> พบว่า ยาเสพติดมีการแพร่กระจายไปทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2016 พบว่า มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก 275 ล้านคน คิดเป็น 5.6% ของประชากรโลก และในปี พ.ศ. 2562 ประชากรทั้งโลกมีตัวเลขผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการใช้ยาเสพติดและต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟู รวมทั้งสิ้น 35 ล้านคน และในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 7 เท่านั้นที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู ประเทศไทยได้มีการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศ ปี 2559 โดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด พบว่ามีประชากรที่ใช้สารเสพติดในปี 2559 ประมาณ 1.4 ล้านคน และในจำนวนนี้ อนุมานว่าประมาณ 3 แสนคน เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา กลุ่มวัยที่พบว่าการแพร่ระบาดของยาเสพติดเป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ช่วงอายุ 12 - 44 ปี มีการกระจายของยาเสพติดไปถึงหมู่บ้าน/ชุมชนที่เป็นรากฐานสำคัญของสังคม ในปี 2560 จากหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ จำนวน 81,936 แห่ง พบว่ามีหมู่บ้านชุมชนที่มีปัญหายาเสพติด จำนวน 24,314 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30<sup>(2)</sup> จากข้อมูลระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 สามารถนำผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู จำนวน 172,459 ราย หรือ คิดเป็นร้อยละ 88.39 จากเป้าหมายทั้งปีงบประมาณ จำนวน 195,101 ราย และจากรายงานการสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 ในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป พบความชุกชั่วชีวิตและความชุก 12 เดือนของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุรา/สารเสพติดสูงถึงร้อยละ 30.8 (15.9 ล้านคน) และร้อยละ 13.4 (6.9 ล้านคน) ตามลำดับ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรม

ที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลที่ครอบคลุมและการติดตาม ดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เสพยาซ้ำ และส่งผลกระทบต่ออาการกลับมาป่วยซ้ำ และบางรายอาจจะก่ออันตรายรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

อำเภอเมืองมหาสารคาม เป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดและพบปัญหา ยาเสพติดระดับมากเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะอาการทางจิตร่วม โดยพบว่า ในปี 2563 - 2565 มีจำนวน 38 ราย 43 ราย และ 51 ราย ตามลำดับ<sup>(3)</sup> บ้านหนองแวงหมู่ 1 ตำบลแวงนาง อำเภอเมืองมหาสารคาม เป็นหมู่บ้านกิ่งเมือง ที่พบปัญหาผู้ป่วยผู้ยยาเสพติดที่มีภาวะอาการทางจิตร่วมเพิ่มขึ้นเป็น 15 ราย ในปี 2565 และเกิดปัญหาก่อความรุนแรงในหมู่บ้าน จำนวน 10 ครั้ง สร้างความเสียหายแก่ทรัพย์สินในครอบครัว คนในหมู่บ้านเกิดความหวาดกลัว ไม่ต้องการให้บุคคลเหล่านี้อยู่ร่วมกับชุมชน มีการระงับเหตุโดยทีมตำรวจนาคาพิทักษ์รักษา (ทีมไม้ง่าม) แต่ยังคงพบปัญหาผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง กลับไปใช้ยาเสพติด ครอบครัวขาดการตระหนักในการดูแล ชุมชนตีตราบาปและรังเกียจหวาดกลัวผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาเสพติด ผู้วิจัยเป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบงานยาเสพติดในพื้นที่ได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงสนใจที่จะศึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และติดตามผลการดำเนินงาน การที่ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนตั้งแต่เริ่มต้น จะก่อให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันและให้การสนับสนุน

ในการดำเนินการให้เป็นไปตามแผน เพื่อให้ได้รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

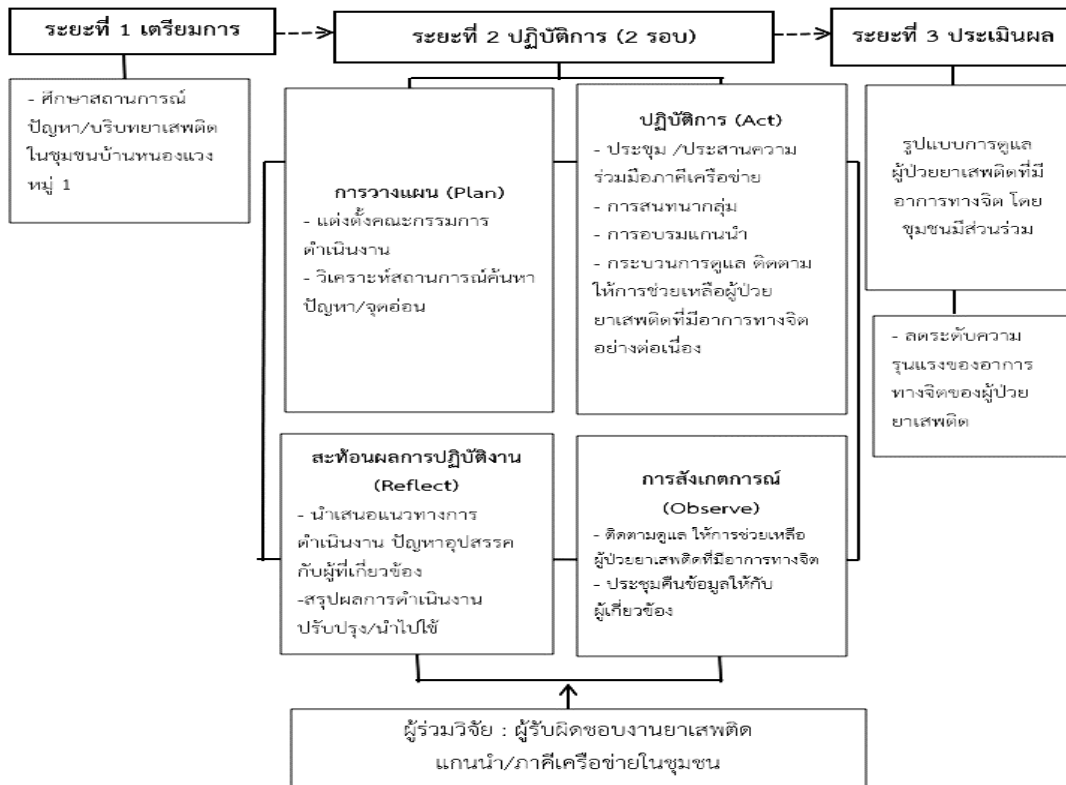
### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต บ้านหนองแวงหมู่ 1 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม บ้านหนองแวง หมู่ 1 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม บ้านหนองแวงหมู่ 1 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ครั้งนี้ มีที่มาจากการขับเคลื่อนงานยาเสพติดของตำบลแวงน่าง อำเภอเมืองมหาสารคาม ได้มีการสร้างความตระหนักในตน ให้เกิดขึ้นกับประชาชนในชุมชน โดยให้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาเสพติด และผลเสียที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วย ยาเสพติด หากไม่ได้รับการบำบัด รักษา และฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดอาการทางจิต ส่งผลให้เป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว ก่อให้เกิดปัญหาในหมู่บ้านต่อไป ซึ่งหมู่บ้านที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ตั้งอยู่ในพื้นที่ ระบาดของยาเสพติดและมีผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดก่อความรุนแรงในชุมชน ซึ่งจากเดิม ในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด

ทางจิต จะมีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม บูรณาการความรู้ทางด้านสุขภาพเข้ากับมิติ ทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยยาเสพติดในหมู่บ้านให้บริการแบบผสมผสานองค์รวม และสร้างการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามบริบทพื้นที่ ในการดูแล ติดตามและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนซึ่งกระบวนการแก้ปัญหาของชุมชน มีความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพของชุมชนเพื่อช่วยชุมชนให้มีความเข้มแข็ง ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมดังกล่าวประกอบด้วย 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (plan) 2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การติดตามสังเกตการณ์ (Observe) และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflex) จำนวน 2 วนรอบ โดยทุกขั้นตอนเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการศึกษาสถานการณ์ปัญหา/บริบท ยาเสพติดในชุมชน มีคณะกรรมการดำเนินงาน วิเคราะห์สถานการณ์ การประชุม การอบรมแกนนำการติดตามดูแลและให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องโดยชุมชน โดยมีหลักการสำคัญ คือ การให้โอกาสผู้เกี่ยวข้องแลกเปลี่ยนมุมมอง วิธีคิด จนเกิดการยอมรับปัญหาพร้อมกันมีเป้าหมายอันเดียวกัน โดยกระบวนการนี้ให้ความสำคัญกับการระดมความคิดและสร้างการยอมรับซึ่งกันและกัน นำผลที่ได้ในแต่ละกระบวนการมาทบทวน ให้ได้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม และลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยยาเสพติดตามกรอบแนวคิด ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**รูปแบบวิธีวิจัย**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research ; PAR) ของ Kemmis และ McTaggart (1988)<sup>(4)</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (P- Plan) 2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (A-Action) 3) การติดตามสังเกตการณ์ (O-Observe) และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (R-Reflect) ระยะเวลาวิจัย กุมภาพันธ์ 2565 – กรกฎาคม 2566 จำนวน 2 วนรอบ กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต จำนวน 15 คนญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ใช้ยาเสพติดที่มีอาการทางจิต จำนวน 14 คนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 30 คนแกนนำชุมชน จำนวน 10 คนเจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 4 คน

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แวงนาง และผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 5 คน พระภิกษุ จำนวน 2 รูป รวม 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย ดังนี้

1) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 เป็นแบบการคัดกรอง ของกระทรวงสาธารณสุข โดยการซักประวัติ และประเมินความเจ็บป่วย รวมถึงการซักประวัติยาเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ และประเมินปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด ร่วมกับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เป็นแบบสอบถามมี 6 ข้อคำถาม ใช้ถามโดยบุคลากรสาธารณสุขใช้คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย ที่ใช้ยา

และสารเสพติด เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- ผู้ใช้ยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับบริการคัดกรองตามแบบคัดกรองฯ 2 – 3 คะแนน

- ผู้เสพยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับบริการคัดกรองตามแบบคัดกรองฯ ดังนี้

กลุ่มเสพน้อย คะแนนคัดกรอง 4 – 15 กลุ่มเสพมาก คะแนนคัดกรอง 16 – 26

- ผู้ติดยาเสพติด หมายถึง คะแนนคัดกรองตั้งแต่ 27 ขึ้นไป

2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) เป็นแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โดยแบ่งเป็น 3 พฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่น ทั้งทางคำพูดและการแสดงออก พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน การตอบจะมีค่าคะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3  
คะแนน

เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2  
คะแนน

กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1  
คะแนน

การตัดสินระดับความรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรม เพียงข้อเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมาย ดังนี้

- กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน

- เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2  
คะแนน

- ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3  
คะแนน

3) บันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากประสบการณ์ทางวิชาชีพ และการทบทวนวรรณกรรม หรือเป็นแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใช้สำหรับการเยี่ยมบ้าน จำนวนที่ขอ มีลักษณะเป็นอย่างไร

4) แนวคำถามการประชุมและสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากประสบการณ์ทางวิชาชีพและการทบทวนวรรณกรรม เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับอะไรบ้าง

เครื่องมือวิจัย 1 และ 2 เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการคัดกรองและประเมินพฤติกรรมที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ในมาตรฐานการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอยู่แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ได้แก่ การประชุมและสนทนากลุ่ม นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบ ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง จัดหมวดหมู่โดยการวิเคราะห์โครงสร้างและเนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ได้แก่ ข้อมูลระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยยาเสพติด วิเคราะห์เป็นค่าจำนวน และค่าร้อยละ

## ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต บ้านหนองแวง หมู่ 1 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

บ้านหนองแวง หมู่ 1 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมืองมหาสารคาม เป็นหมู่บ้านกิ่งเมือง ตั้งอยู่ในพื้นที่ระบาดของยาเสพติด ชุมชนมีแหล่งมั่วสุ่มสิ่งเสพติด เส้นทางเข้าออกชุมชน มีหลายทางยากต่อการควบคุม การกำกับควบคุมการจำหน่ายสุรา บุหรี่ สารระเหย ในชุมชนไม่เคร่งครัด โดยพบว่า ปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นทุกปี จากปี 2563 - 2565 จำนวน 12 คน 13 คน และ 15 คน โดยในปี 2565 ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต

ก่อนความรุนแรงในชุมชน จำนวน 10 ครั้ง มีการระงับเหตุโดยทีมตำรวจ นาคาพิทักษ์รักประชา (ทีมไม่ง่าม) แต่ยังคงพบปัญหาผู้ป่วยมีอาการทางจิต กำเริบ ขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติดจำพวก ยาบ้า สารระเหย กัญชา และมีการดื่มสุราไม่สามารถควบคุมสติได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ได้ประกอบอาชีพไม่สามารถทำงานใดๆ เพื่อเลี้ยงชีพได้และเป็นภาระให้คนในครอบครัว ครอบครัวขาดการตระหนักรู้ในการดูแล ปกปิดข้อมูลลูกหลานติดยา ชุมชนตีตราบาปและรังเกียจหวาดกลัวผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยเมื่อติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มสีเหลืองขาดการรักษาต่อเนื่องกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เปลี่ยนกลับไปเป็นกลุ่มสีแดง จึงทำให้ผลการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตไม่ได้ผลตามเป้าหมาย จากสาเหตุผู้ป่วยไม่เข้าถึงการรักษาโดยผู้ป่วยต้องเดินทางเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง บางคนอยู่คนเดียวไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ บางคนอาศัยอยู่กับมารดา มีฐานะยากจน ทำให้ปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในพื้นที่ ยังไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม บ้านหนองแวงหมู่ 1 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วงรอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2565

1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (P1 : Plan) ประชุมคณะกรรมการยาเสพติดของหมู่บ้าน ครอบครัวผู้ดูแล เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์ ผลกระทบ ความรุนแรงและการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในพื้นที่

2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (A1 : Action) จัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย

ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในบ้านหนองแวงหมู่ 1 ให้สามารถเชื่อมโยงการทำงานกับคณะกรรมการศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล ประกอบไปด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนสาขาจิตเวชและยาเสพติด ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้นำทางธรรมชาติในชุมชน และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลมหาสารคาม เจ้าหน้าที่ตำรวจพระภิกษุ

3) การติดตามสังเกตการณ์ (O1 : Observe) ลงพื้นที่ในการปฏิบัติงานและให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ดูแลให้คำแนะนำด้านต่างๆระหว่างการเยี่ยมบ้าน เชื่อมประสานหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ความเสี่ยงหรือแก้ไขปัญหาอุปสรรคระหว่างการปฏิบัติงาน ประสานแหล่งช่วยเหลือหรือส่งต่อในชุมชนหรือระหว่างหน่วยงาน และลงบันทึกผลการเยี่ยมบ้าน จัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ

4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (R-Reflect) รวบรวมข้อมูล แนวทาง ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค มาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ สังเคราะห์ สะท้อนผลการดำเนินงาน แก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เพื่อวางแผนการพัฒนาในรอบต่อไป

ผลลัพธ์และปัญหา พบผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตก่อนความรุนแรงในชุมชน จำนวน 10 ครั้ง มีอาการทางจิตกำเริบ ขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ โดยเมื่อติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มสีเหลืองขาดการรักษาต่อเนื่องกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เปลี่ยนกลับไปเป็นกลุ่มสีแดง จึงทำให้ผลการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตไม่ได้ผลตามเป้าหมาย จากสาเหตุผู้ป่วยไม่เข้าถึงการรักษา มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยพยาบาลใน



รพ.สต.บ้านหนองแวง และทีมแพทย์พยาบาลจากโรงพยาบาลมหาสารคาม ลงเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามและให้การรักษาเพื่อระงับความรุนแรงหรือความก้าวร้าวของผู้ป่วย กรณีฉุกเฉินเกิดเหตุทำร้ายตนเองและผู้อื่นหรือข้าวของ ผู้พบเห็นจะแจ้ง 191 เพื่อนำส่งโรงพยาบาลมหาสารคาม แต่ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วย มักกลับไปเสพยาและกลับมามีอาการกำเริบซ้ำอีก สร้างความเดือดร้อนและอันตรายแก่คนในครอบครัวชุมชนคณะกรรมการยาเสพติดของหมู่บ้าน ร้อยละ 80 เห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญแต่ไม่กล้ายุ่งกลัวอันตรายและความเสี่ยงที่จะเข้าไปดูแล เกรงอิทธิพลผู้ค้ายาในชุมชน รวมถึงมีมุมมองว่าหากจะเข้าไปดูแลคนกลุ่มนี้ควรเป็นหน้าที่ของตำรวจและหมอมากกว่าผู้วิจัยสรุปรวบรวมและสะท้อนผลการดำเนินงานแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เพื่อวางแผนการพัฒนาในรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 เดือน พฤษภาคม 2565 – กรกฎาคม 2566

1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (P2 : Plan) รวบรวมประเด็นงานที่ต้องปรับปรุงข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหา การป้องกันความเสี่ยงต่างๆ จากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน นำมาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต บ้านหนองแวง หมู่ 1 ตำบลแวงน่าง อ.เมือง จ.มหาสารคาม เพื่อนำใช้ในพื้นที่ วางแผนจัดทำโครงการดำเนินงานยาเสพติด และขอสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานจากโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลแวงน่าง ประสานงานคณะกรรมการยาเสพติดระดับหมู่บ้าน เพื่อเตรียมการจัดประชุมกลุ่มในพื้นที่

2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (A2 : Action)

- จัดประชุมกลุ่มคณะกรรมการยาเสพติดระดับหมู่บ้าน เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์ข้อเสนอแนะที่ได้จากวงรอบที่ 1 และเสนอแนวทางการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ที่ปรับปรุงไปปฏิบัติจริงในพื้นที่

- ลงพื้นที่ในการปฏิบัติงานให้การบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง การดูแลให้คำแนะนำด้านต่างๆ ระหว่างการลงเยี่ยมบ้าน เชื่อมประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงหรือแก้ไขปัญหาอุปสรรคระหว่างการปฏิบัติงาน ประสานแหล่งช่วยเหลือหรือส่งต่อในชุมชนหรือระหว่างหน่วยงาน และลงบันทึกข้อมูลในรูปแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน

- แกนนำและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมเรียนรู้ศึกษาดูงาน การจัดตั้งศูนย์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาเสพติดที่โรงเรียนตะวันออกแสง ต.อิตุ้อ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์

- แบ่งบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต และสร้างแนวทางการช่วยเหลือในชุมชน ประกอบด้วย 4 ประสานทหารเสือ ได้แก่ ตัวแทนสาธารณสุข/อสม. ตัวแทนตำรวจ ปกครอง และท้องถิ่น ร่วมผสานกำลังเพื่อดูแลผู้ป่วย

- อบรมแกนนำและ อสม. บัดดี เพื่อนั่งร่วมดูแลใจ อสม.3 คน ดูแลผู้ป่วย 1 คน

- ประชาคมสร้างกฎกติกาชุมชนเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือเจ้าของร้านค้า ในชุมชน และสร้างมาตรการงดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต

3) การติดตามสังเกตการณ์ (O2 : Observe) ใช้วิธีการสังเกตในขณะที่ลงพื้นที่ปฏิบัติงาน ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต และร่วมกิจกรรมอื่นๆทุกกิจกรรม ร่วมกับเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครสาธารณสุข/ตัวแทนฝ่ายปกครอง แกนนำชุมชน/ตำรวจ และทำการบันทึก

รวบรวมสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต จัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ

4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (R-Reflect) รวบรวมข้อมูลสถานการณ์การติดตามผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัด รักษาทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์ ศึกษาผลลัพธ์ของการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตที่ได้ปฏิบัติจริง ปัญหาอุปสรรค ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น รวมถึงแนวทางวิธีการการแก้ไขปัญหาและความเสี่ยงระหว่างการปฏิบัติในพื้นที่ ประชุมคณะกรรมการยาเสพติดระดับหมู่บ้าน เพื่อนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ แนวทางหรือรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในรอบที่ 1 เสนอผลลัพธ์ที่ได้ ปัญหาอุปสรรค ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น แก่คณะกรรมการ และขอข้อเสนอแนะ การแก้ไขปัญหาอุปสรรค การป้องกันความเสี่ยงรูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตที่ได้พัฒนาขึ้น รวมถึงประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยมีการกำกับติดตามในเชิงปริมาณใช้การลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิต และอัตราผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือด้านได้รับโอกาสจากชุมชน มีอาชีพ มีการจ้างงาน

ผลที่ได้จากการนำข้อเสนอแนะมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในรอบที่ 2 ได้แก่

1) มีการดำเนินโครงการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Base Treatment and Rehabilitation : CBTx) จากงบประมาณเงินบำรุงของโรงพยาบาลมหาสารคามเพื่อดำเนินการค้นหาคัดกรอง บำบัดฟื้นฟู และติดตามหลังการบำบัด ในบ้านหนองแวง หมู่ 1

2) มีโครงการขอรับงบประมาณสนับสนุนจาก สสส. 1 โครงการ ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องจากการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

(Community Base Treatment and Rehabilitation : CBTx) กิจกรรมตามข้อเสนอแนะที่ได้จากกรอบที่ 1

3) มีการบูรณาการความร่วมมือเพื่อดำเนินงานร่วมกัน ระหว่างหน่วยงาน ร่วมกันจากหน่วยงานหลัก 4 ฝ่าย ได้แก่ 1) สาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแวงนาง 2) ตำรวจ 3) เทศบาลตำบลแวงนาง และ 4) ตัวแทนฝ่ายปกครอง ได้แก่ กำนัน ผู้นำชุมชนบ้านหนองแวง ในการร่วมมือกันดำเนินกิจกรรม ป้องกัน ส่งเสริมการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิต การแก้ไขปัญหา ยาเสพติด โดยแต่ละภาคส่วน มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ โรงพยาบาล เป็นแกนหลักในการประสานงาน ประสานความร่วมมือ ออกแบบกิจกรรม แกนนำในการกระตุ้นให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามการแก้ไขปัญหา ตำรวจเป็นทีมวิทยากรป้องกันและป้องปรามด้านยาเสพติด เทศบาลสนับสนุนการปรับปรุงสถานที่ สร้างแหล่งออกกำลังกายและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการต่างๆ ผู้นำชุมชน รวมไปถึง อสม. เป็นแกนนำในการดูแล ติดตามผู้ป่วยแต่ละรายการ ประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ยังมีรูปแบบที่ได้จากการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต คือ ให้คณะกรรมการยาเสพติดหมู่บ้านร่วมดูแลเป็นทีม ประกอบด้วย แกนนำ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. รพ.มค. ตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุขสาขา ยาเสพติดหรือจิตเวช เพื่อให้การช่วยเหลือที่ครอบคลุมในครั้งเดียว ส่วน อสม. บัณฑิต จะจับคู่เพื่อให้การดูแลเฝ้าระวังอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก อสม. เป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเชิงลึก การเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วย ให้เป็นเสมือนญาติ เพื่อนบ้าน เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษา แทนการตีตรา รังเกียจ การเสริมทักษะ

การทำงานเชิงบวก การให้กำลังใจ การเจรจาให้  
เกิดการยอมรับการรักษา ส่งผลให้ อสม. สามารถ  
ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) มีการนำเกณฑ์การแบ่งกลุ่ม  
ตามระดับความรุนแรง กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความ  
รุนแรงและผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดมหาสารคาม  
มาใช้เป็นแนวทางเพื่อวัตถุประสงค์การดำเนินงาน  
ดังนี้ 1) สีแดง คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา  
ก่อความรุนแรงในชุมชน 2) สีเหลือง คือ ผู้ป่วยรับ  
การรักษาไม่ต่อเนื่อง มีแนวโน้มก่อ ความรุนแรงใน  
ชุมชน 3) สีเขียว คือ ผู้ป่วยรับการรักษาต่อเนื่อง  
ยังมีอาการทางจิต 4) สีขาว คือ ผู้ป่วยรับการ  
รักษาต่อเนื่อง หยุดยาเสพติดมา 1 ปี

5) เกิดศูนย์ตะวันฟ้าใส ใส่ใจดูแล  
ผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน ดำเนินงานโดยชุมชน  
เพื่อเป็นศูนย์กลาง ที่มีการเผยแพร่ความรู้  
ความเข้าใจการดูแลสุขภาพจิต และมีบุคลากรให้  
คำปรึกษาได้อย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินกิจกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการ  
ทางจิต สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีกิจกรรม สานสัมพันธ์  
ของคนในชุมชน การพัฒนาความมีจิตอาสาของ  
ผู้ป่วย กิจกรรมการสร้างความรักความผูกพัน  
ภายในครอบครัว และจัดตั้งมีกลุ่มไลน์คลายทุกข์

6) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด  
ที่มีอาการทางจิต บ้านหนองแวง หมู่ 1 โดยชุมชน  
มีส่วนร่วม จำนวน 5 ขั้นตอน รายละเอียดดังแสดง  
ในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต บ้านหนองแวงหมู่ 1 แยกตามขั้นตอนและ  
กิจกรรม

ขั้นตอน	กิจกรรม
1. การวิเคราะห์- สังเคราะห์ปัญหา ของชุมชน	1. ศึกษาสภาพปัญหาบริบทของชุมชน พบปะผู้นำชุมชน ผู้นำทาง ธรรมชาติ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อแสวงหาวิถีและ ความเป็นไปได้ ของความร่วมมือในการดำเนินงาน
2. การวางแผนที่เหมาะสมและ สอดคล้องกับวิถีชีวิต	2. นำปัญหามาวิเคราะห์-สังเคราะห์อย่างเป็นระบบ 1. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับหมู่บ้านและใช้อำนาจ เชิงโครงสร้างโดยนายอำเภอเป็นประธานที่ปรึกษา และการประสานงานในแนวราบ 2. คืบข้อมูลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อหาปัญหาและแนวทาง การดำเนินงานในแต่ละวงรอบ 3. วางแผนป้องกันความเสี่ยง และจัดหางบประมาณดำเนินงาน
3. การกำหนด กิจกรรม	1. ประชาคม รณรงค์ประชาสัมพันธ์ 2. จัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน (การบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง)
4. การดำเนินกิจกรรม	3. แนวทางการป้องกันกลุ่มเสี่ยง จัดสภาพแวดล้อมในชุมชน 1. อบรมทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงานแก่ แกนนำและ อสม. บัณฑิต และแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย 2. ตั้งศูนย์ตะวันฟ้าใสสถานดวงใจดูแลผู้ป่วยจิตเวชหมู่บ้าน

ขั้นตอน	กิจกรรม
5. การประเมินผลกิจกรรม	<p>3. บูรณาการความร่วมมือระหว่างเครือข่ายสี่ประสานทหารเสือ (ตำรวจ สาธารณสุข ปกครอง ท้องถิ่น) ในการจัดการกับภาวะความรุนแรงและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</p> <p>4. สร้างความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน อาทิ ร้านค้า</p> <p>1. การใช้แนวทางลดระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ การแบ่งกลุ่มตามระดับความรุนแรง กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและผู้ใช้ยาเสพติด</p> <p>2. ติดตามการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต</p> <p>3. ติดตามจากการนำใช้มาตรการของชุมชนที่กำหนดขึ้น</p> <p>4. ติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากอัตราการได้รับความช่วยเหลือด้านสุขภาพกายใจ ด้านการศึกษา ด้านแรงงาน ทุน อาชีพ</p>

3. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม บ้านหนองแวง หมู่ 1 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วมสามารถลดระดับความรุนแรงตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามระดับความรุนแรง กลุ่มเสี่ยงต่อ

การก่อความรุนแรงและผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดมหาสารคาม โดยพบว่า ก่อนดำเนินการจากผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต จำนวน 15 คน พบผู้ป่วยสีแดง 7 คน สีเหลือง 4 คน สีเขียว 3 คน และสีขาว 1 คน หลังดำเนินการ ในปี 2566 ไม่พบผู้ป่วย สีแดง มีเพียงสีเหลือง 3 คน สีเขียว 10 คน และสีขาว 2 คน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ระดับความรุนแรง กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและผู้ป่วยยาเสพติด บ้านหนองแวง หมู่ 1 เปรียบเทียบก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ

ระยะเวลา	ระดับความรุนแรง			
	แดง (คน)	เหลือง (คน)	เขียว (คน)	ขาว (คน)
ก่อนดำเนินการ	7	4	3	1
หลังดำเนินการ	0	3	10	2

ในส่วนของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ที่ได้แสดงความต้องการช่วยเหลือและได้รับการช่วยเหลือ แยกตามประเภทของการช่วยเหลือ ด้านแรงงาน ทุน การศึกษา สุขภาพ และอาชีพ โดยมีการเชื่อมโยงประสานกับ

คณะกรรมการระดับอำเภอและร่วมดำเนินงานแบบบูรณาการ พบว่า สามารถตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยภายหลังบำบัดได้ร้อยละ 100 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ที่ขอรับการช่วยเหลือและได้รับการช่วยเหลือ แยกตามประเภทของความต้องการการช่วยเหลือ

ประเภทของความต้องการ การช่วยเหลือ	ขอรับการช่วยเหลือ (คน)	ได้รับการช่วยเหลือ	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
แรงงาน/ทุน	2	2	100
อาชีพ	3	3	100
การศึกษา	2	2	100
สุขภาพกาย/ใจ	8	8	100
<b>รวม</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนบ้านหนองแวง หมู่ 1 ได้นำความเชื่อด้านจิตวิญญาณมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยพบว่า มีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาเสพติด ที่เคยมีประวัติการกระทำความรุนแรง 1 ราย ได้รับความช่วยเหลือจนอาการทางจิตสงบ ชุมชนให้โอกาสในการประกอบอาชีพจ้างงาน ทหารายได้ พัฒนาความมีจิตอาสา และสามารถได้รับความไว้วางใจจากชุมชน มีความต้องการจะบวชพระ ซึ่งต่อมาทางชุมชนได้ระดมทุนเพื่อจัดพิธีบวชพระให้และยังคงอยู่ในสมณเพศจนถึงปัจจุบัน

### อภิปรายผล

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการขับเคลื่อนงานยาเสพติดของบ้านแวงนาง หมู่ 1 ตำบลแวงนาง อำเภอเมืองมหาสารคาม ได้มีการสร้างความตระหนักในตนให้เกิดขึ้นกับประชาชนในชุมชนโดยให้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหา ยาเสพติด และผลเสียที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งจากเดิมในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต จะมีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการเท่านั้น ทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องและยั่งยืนของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

ในชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตครั้งนี้ จึงได้นำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการพัฒนาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ไม่เพียงแต่เป็นวิจัย แต่ยังเป็นการกระทำเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง/พัฒนา การทำซ้ำๆ ในกระบวนการวิจัย โดยคนในชุมชนมีความร่วมมือกับนักวิจัยตลอดกระบวนการวิจัย (Crane & O'Regan, 2010)<sup>(5)</sup> เป็นการวิจัยที่เปิดโอกาสให้ประชาชนหรือสมาชิกส่วนใหญ่ในชุมชนได้ร่วมดำเนินการในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยทำหน้าที่คล้ายผู้ประสานงานและบริหารการวิจัยให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์<sup>(6)</sup> ตลอดกระบวนการวิจัยผู้มีส่วนร่วมเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และพัฒนาไปด้วยกัน การให้โอกาสผู้เกี่ยวข้องแลกเปลี่ยนมุมมอง วิธีคิด จนเกิดการยอมรับปัญหาพร้อมกันมีเป้าหมายอันเดียวกัน การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในทุกขั้นตอนโดยเปิดโอกาสให้คนในชุมชนคิดและออกแบบวิธีการโดยชุมชนเอง ซึ่งจากการศึกษาของ อติญา โพธิ์ศรีศึกษา กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยการร่วมคิด วิเคราะห์วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผล

สามารถช่วยฟื้นฟูให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือตนเองได้<sup>(7)</sup> รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต บ้านหนองแวงหมู่ 1 เป็นรูปแบบที่เกิดจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาบริบทความพร้อมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มาใช้เพื่อพัฒนาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในชุมชนให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น การดำเนินงานแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์และรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับมาแก้ไขเป็นวงรอบในแต่ละวงรอบที่ดำเนินงานได้มาจากแนวคิดของคนที่เป็นเจ้าของปัญหาและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ซึ่งรูปแบบเป็นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายร่วมกันเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในชุมชนตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ได้รับการดูแลและช่วยเหลือให้สามารถดำรงชีวิตของตนเองได้อย่างปกติสุขโดยไม่เกิดอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นและหวนกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก ซึ่งจากการศึกษาของ ชาลิสา ศิริธรรมเกตุพบว่า แนวทางการบูรณาการความร่วมมือการป้องกันปัญหา ยาเสพติด ต้องอาศัยความร่วมมือจากกลุ่มคนในพื้นที่ ได้แก่ ผู้ขับเคลื่อนกิจกรรมผู้สนับสนุน/เครือข่ายในการป้องกันปัญหา ยาเสพติดในพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย<sup>(8)</sup> สอดคล้องกับพิจิตรา มหัทธกุล และคณะ<sup>(9)</sup> พบว่า การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมเป็นรูปแบบการดูแลที่เน้นกิจกรรมของชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำเป็นที่เลี้ยง เมื่อได้แนวทางที่ดีแล้ว ชุมชนสามารถดำเนินกิจกรรมเองได้ ความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในครั้งนี้คือ การมีคณะกรรมการดำเนินงานที่มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะการทำงานแบบมีส่วนร่วม มีทักษะการประสานชุมชนเข้าถึงชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย การปรับสภาพสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและสุขภาพจิต ประกอบไปด้วยการสร้างข้อตกลงร่วมของชุมชน ในการ ลด งด

เลี้ยง การจำหน่ายสุรา สารเสพติด บุหรี่ ให้กับผู้ป่วยทางจิต มีศูนย์ตะวันฟ้าใสสานดวงใจดูแลผู้มีปัญหา ยาเสพติดและสุขภาพจิต ใช้เป็นสถานที่ประชุม พบปะกันของคณะทำงานและเป็นสถานที่จัดกิจกรรมต่างๆ มีการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายการจำแนกผู้ป่วยช่วยให้เกิดการประเมินสุขภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อจัดการรักษาให้ผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม ระบบดูแลผู้ป่วย ทางจิต เคียงคู่ร่วมดูแลต่อเนื่องอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ในการร่วมมือกันดำเนินกิจกรรมป้องกัน ส่งเสริมการแก้ไขปัญหาด้านยาเสพติด การได้รับการยอมรับจากชุมชน โดยคนในชุมชนเต็มใจและสนับสนุนในเรื่องร่างกาย ใจ และเวลา การมีส่วนร่วมช่วยทำให้ผู้คนทุกกลุ่มทุกระดับในสังคม ได้มีโอกาสหันหน้าเข้าหากันและร่วมมือกันทำงานเพื่อให้สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น จนทำให้สังคมเกิดการพัฒนายั่งยืนเพราะความรู้และความตระหนักในปัญหาสังคมเกิดจากการค้นพบโดยกลุ่มคนในสังคมเอง ทำให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดมีความเข้าใจปัญหาต่างๆ อย่างถ่องแท้ แล้วขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ทรัพยากรและการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน สอดคล้องกับการศึกษาของ วลีรัตน์ แสงไชย<sup>(10)</sup> พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้การดำเนินนโยบายนั้นประสบความสำเร็จได้อย่างชัดเจน การดำเนินงานที่ส่งผลต่อความสำเร็จของกระบวนการบำบัดผู้เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติด รูปแบบที่ได้จากการพัฒนานำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ครอบครัว และชุมชน ให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยดังกล่าวได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ทำให้ลดความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยยาเสพติด รูปแบบที่ได้ไปสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป ซึ่งจากการนำใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต “หนองแวงโมเดล” เป็นโมเดลต้นแบบของจังหวัด

มหาสารคาม โดยผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม ได้นำรูปแบบหนองแวงโมเดลไปเป็นนโยบายระดับจังหวัด ให้ทุกอำเภอปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดที่มีอาการทางจิต

### เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime Regional Office for Southeast Asia and the Pacific; 2014.
2. มานพ คณะโต. การสำรวจข้อมูลผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
3. กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลมหาสารคาม. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานปี 2565. เอกสารอัดสำเนา. มหาสารคาม; 2565.
4. Kemmis, S. & McTaggart. Participatory Action Research: Communicative Action and Public Sphere. In DENZIN, Norman K. and Lincoln, Yvona S., (eds.) The SAGE Handbook of Qualitative Research. 3<sup>rd</sup> ed. London: SAGE Publications; 1988.
5. Crane, P.& O' Regan, M. On PAR Using Participatory Action Research to Improve Early Intervention. Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, Australian Government; 2010.
6. สุภิญญา คุณสุวรรณ. การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาแบบประเมินผลการปฏิบัติงานกลุ่มสาระการเรียนรู้ศิลปะ สาระทัศนศิลป์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต) สาขาวิจัยและประเมินผลการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี; 2558.
7. อติญา โพธิ์ศรี. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง : ศึกษาที่ชุมชน บ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(1): 83-89.
8. ชาลิสรา ศิริธรรมเกต. การบูรณาการความร่วมมือในการป้องกันปัญหายาเสพติดในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารพัฒนาทักษะทางวิชาการอย่างยั่งยืน 2563; 2(3): 43-54.
9. พิจิตรา มหัทกุลและคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาบ้านนาทรายเจริญสุข หมู่ที่ 6 ตำบลนาสิงห์ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ. ค้นเมื่อ 11 มิถุนายน 2566, จาก<https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/postdoc/20171016100252.pdf>; 2560.
10. วลีรัตน์ แสงไชย. กระบวนการบำบัดผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการคืน คน (เคย) ดี สู่การเป็นคนดีอย่างยั่งยืน: กรณีศึกษาภาคเหนือ. วารสารบัณฑิตศึกษา : มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2561; 11(2): 164-174.