

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการจังหวัดมหาสารคาม
The Development of Integrated Care Program in Drug Abuse Patients
with Psychiatric Disorders, Maha Sarakham Province

อาภรณ์ ภูมิ*
Aporn Phoomee*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อาจก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น จึงมีความจำเป็นที่จะพัฒนารูปแบบร่วมกันของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เหมาะสม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต นำมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต แบบบูรณาการจังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลา ตุลาคม 2565 – มกราคม 2567 กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ปลัดอำเภอทุกแห่ง ตัวแทนแกนนำตำบลทุกแห่ง ตัวแทนเจ้าหน้าที่ตำรวจ รวม 185 คน เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า ปี 2565 ปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต เป็นปัญหาที่ภาคีเครือข่ายต้องร่วมกันป้องกันและแก้ไขซึ่งพบว่ายังขาดการเก็บข้อมูลและเชื่อมโยงการทำงานร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการคัดกรองและดูแลที่เหมาะสม การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัดและอำเภอทุกแห่ง วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ จัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลทุกตำบล อบรมให้ความรู้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วย แบ่งบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน คั้นข้อมูลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อหาปัญหาและแนวทางการดำเนินงานแต่ละวงรอบ จนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการ ได้แก่ การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ร่วมกับการบูรณาการภาคีเครือข่าย 4 ฝ่าย ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการ พบว่า สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้น จากปี 2565 จำนวน 361 คน เป็น 1,190 คน ในปี 2566 มีการจัดเก็บข้อมูลร่วมกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแล และติดตามเยี่ยมต่อเนื่องเพื่อไม่ก่อความรุนแรงซ้ำครบทุกราย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต แบบบูรณาการ ได้ใช้การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วน ทำให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิผลเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ : ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต, บูรณาการ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Abstract

Drug abuse patients with psychiatric disorders have had a high risk for self-directed and others-directed violence. Therefore, participation care program by network organization should be developed. This action research aimed to investigate situation of drug abuse patients with psychiatric disorders attentiveness for caring development program and evaluate the effectiveness of integrated care program in drug abuse patients with psychiatric disorders, Maha Sarakham Province. Research was carried out over 1st October 2023 – January 2024. All 185 participants and co-investigators were responsible officer for drug addiction, district public health, bailiff of all districts, backbone of all communities and representative police. Qualitative and quantitative data were collected. Qualitative data were analyzed by content analysis method and quantitative data were used number and percentage. Results illustrated that by the year 2022, drug abuse patients with psychiatric disorders problem should be solved by network organization, owing to databased of drug abuse patients with psychiatric disorders were not recorded and interrelated process. Because of these reason, patients were not screened and appropriated cared. As a consequence, program development was performed with appointing committees from provincial and district level, analyzing situation, developing personnel potential, establishing drug screening center for all sub-districts, educational training for caring and referring, allocating organization responsibilities, returning data to involved people for searching problem and guideline of each circles until the reach the integrated program. Program actions were pre-hospital care, in-hospital care and continuous care after discharge, these activities were done together with 4 networks. The development of integrated care program in drug abuse patients with psychiatric disorders was done by cooperation of network. Therefore, the program effectiveness was appropriated with context of area.

Keywords : drug abuse patients with psychiatric disorders, Integrated program

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อในหลายด้านทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม และอาชญากรรม องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2017 มีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดทั่วโลก 585,000 คน และประเมินว่าประชากรในช่วงอายุ 15 - 64 ปี ใช้ยาเสพติด ประมาณ 271 ล้านคน⁽²⁾ โดยแนวโน้มของความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾ จากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากถึง ร้อยละ 27.6 ซึ่งผู้ป่วยจิตเวหายาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) คือ ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมความเจ็บป่วยทางจิตเวดดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคเดียวกัน⁽⁴⁾ ความรุนแรงของอาการป่วยทางจิตในผู้ป่วยจิตเวหายาเสพติดที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย และทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ได้กลายเป็นประเด็นสำคัญที่สังคมต้องตระหนักและให้การดูแลร่วมกัน⁽⁵⁾ ไม่เพียงแต่การรักษาในโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการทางสุขภาพเท่านั้น

ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในสังคมไทยเพิ่มมากขึ้นทั้งในครัวเรือนและในชุมชน เมื่อติดตามสถานการณ์ความรุนแรงในสังคม 5 เดือน (พ.ค. - ก.ย. 2565) จำนวน 2,300 ข่าว พบว่า ร้อยละ 18 ของความรุนแรงมาจากปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ร้อยละ 22 ของความรุนแรงเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ร้อยละ 38 ของความรุนแรงมาจากการดื่มสุรา และพบว่าสถานที่เกิดเหตุพบในชุมชนมากกว่าในบ้าน

ซึ่งทำให้มีประชาชนที่เสี่ยงหรือสัมผัสความรุนแรงเพิ่มขึ้นด้วย ในปีงบประมาณ 2565 มีรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากความรุนแรงสูงสุด ในเขตสุขภาพที่ 1, 5, 7, 8 และ 11 ตามลำดับ⁽⁶⁾ ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติ เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2565 กำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง จัดตั้งชุดปฏิบัติการประจำตำบล ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน จัดเจ้าหน้าที่ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัด รักษาที่เหมาะสม รวมทั้งค้นหาและเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)⁽⁷⁾

จากสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในจังหวัดมหาสารคามในปี 2565 พบผู้ป่วย จำนวน 361 คน⁽⁸⁾ มีการก่อความรุนแรง 439 ครั้ง ลักษณะของการก่อความรุนแรง ได้แก่ ก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ฉ้อโกง) จำนวน 145 ครั้ง ทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงทำให้หวาดกลัวสะเทือนขวัญในชุมชน จำนวน 135 ครั้ง มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงกับชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 127 ครั้ง และทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต จำนวน 32 ครั้ง พบปัญหาขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และการประสานความช่วยเหลือในพื้นที่ที่มีความยากลำบาก ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงสนใจที่จะดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ด้วยการบูรณาการการทำงานทั้งด้านคน งบประมาณ แนวคิด รูปแบบดำเนินงาน และการประสานเชื่อมโยงข้อมูลทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการ

ดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยหน่วยงานสาธารณสุข มีหน้าที่เป็นแกนหลักในการประสานงาน ประสานความร่วมมือ ออกแบบกิจกรรม แกนนำในการกระตุ้นให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามการแก้ไขปัญหา ฝ่ายปกครอง มีหน้าที่เป็นแกนนำในการดูแล ติดตามผู้ป่วยแต่ละราย การประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ตำรวจ มีหน้าที่ เป็นที่มวิทยากร การป้องกันและป้องปรามด้านยาเสพติด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่ สนับสนุนการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติด ปรับปรุงสถานที่และจุดเสี่ยง โดยนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้มีและใช้รูปแบบที่พัฒนาร่วมกันตามบริบทของพื้นที่ และให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่กลับมามีอาการหรือก่อเหตุรุนแรงซ้ำ สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต 2) เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต และ 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต แบบบูรณาการ จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis และ McTaggart (1988)⁽⁹⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (P- Plan) 2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (A-Action) 3) การติดตามสังเกตการณ์ (O-Observe) และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (R-Reflect) ระยะเวลาวิจัย ตุลาคม 2565 – มกราคม 2567 จำนวน 2 วงรอบ กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่

ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ 26 คน ปลัดอำเภอทุกอำเภอ 13 คน กำนันทุกตำบล 133 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่ตำรวจจากสถานีตำรวจภูธรอำเภอทุกอำเภอ 13 คน รวม 185 คน

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

1) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสช.) V.2 เป็นแบบการคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข โดยการซักประวัติ และประเมินความเจ็บป่วย รวมถึงการซักประวัติยาเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ ประเมินปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด ร่วมกับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ แบบสอบถามมี 6 ข้อคำถาม ถามโดยบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนที่ผ่านการอบรม ใช้คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติด เพื่อเข้ารับการรักษา แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- ผู้ใช้ยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการคัดกรองตามแบบคัดกรองฯ 2 – 3 คะแนน

- ผู้เสพยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการคัดกรองตามแบบคัดกรองฯ ดังนี้

กลุ่มเสพน้อย คะแนน คัดกรอง 4 – 15

กลุ่มเสพมาก คะแนน คัดกรอง 16 – 26

- ผู้ติดยาเสพติด หมายถึง คะแนนคัดกรองตั้งแต่ 27 ขึ้นไป

2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) เป็นแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง โดยแบ่งเป็น 3 พฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่น ทั้งทางคำพูดและ

การแสดงออก พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อ
ทรัพย์สิน การตอบจะมีค่าคะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

ฉุกเฉิน (Emergency) OAS =
3 คะแนน

เร่งด่วน (Urgency) OAS =
2 คะแนน

กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency)
OAS = 1 คะแนน

การตัดสินระดับความรุนแรงจะ
พิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ ตาม
ลักษณะพฤติกรรม เพียงข้อเดียวเท่านั้น และ
คะแนนระดับความรุนแรงที่ ประเมินได้มี
ความหมาย ดังนี้

- กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency)
OAS = 1 คะแนน

- เร่งด่วน (Urgency) OAS =
2 คะแนน

- ฉุกเฉิน (Emergency) OAS
= 3 คะแนน

3) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง/
ยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
กระทรวงสาธารณสุข ใช้ในการติดตามเยี่ยมและ
ประเมินผู้ป่วยโรคจิตเวช/ยาเสพติด กลุ่มเสี่ยง
ก่อความรุนแรงในชุมชน ให้ครอบคลุมประเด็น
ความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ด้าน
เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย
ได้แก่ ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา
ด้านผู้ดูแล/ญาติ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน
ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธภาพใน
ครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร
ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และ
ด้านการใช้สารเสพติด โดยคำตอบมีคะแนน
1 - 3 คะแนน

4) แนวคำถามการประชุมและ
สนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากประสบการณ์
ทางวิชาชีพและการทบทวนวรรณกรรมเป็น
แนวคำถามเกี่ยวกับ

- สถานการณ์/ปัญหาเสพติด
ในพื้นที่

- บทบาทในการดูแลและติดตาม
ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต

- แนวทางการประสานงานและ
การดำเนินงานของแต่ละบุคคลหรือหน่วยงาน

- ปัญหาอุปสรรค (สาเหตุ)
ความเสี่ยงในการทำงาน (กระทบใครบ้างในเรื่อง
อะไร) แนวทางการปรับปรุง

- รูปแบบการดูแลผู้ป่วย
ยาเสพติด ที่มีอาการทางจิตที่เหมาะสมของพื้นที่
ควรเป็นอย่างไร และแนวทางการนำรูปแบบที่
พัฒนาไปใช้ปฏิบัติจริง

- ข้อเสนอแนะ การปรับปรุง
อื่นๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative
data) ได้แก่ การประชุมและสนทนากลุ่ม
นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์
ความถูกต้อง จัดหมวดหมู่โดยการวิเคราะห์
โครงสร้างและเนื้อหา (Content analysis)
ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ได้แก่
ข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต
วิเคราะห์เป็นค่าจำนวน และค่าร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับ
อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการ
วิจัยในมนุษย์ของเครือข่ายบริการยาสูบ
เลขที่ EC 20/2565 ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2565

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วย
ยาเสพติดที่มีอาการทางจิต จังหวัดมหาสารคาม
จังหวัดมหาสารคาม แบ่งการ
ปกครองเป็น 13 อำเภอ มีโรงพยาบาลทั่วไป

1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 13 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด จำนวน 47 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ย้ายสังกัดไปกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 128 แห่ง ได้จัดตั้งศูนย์คัดกรอง จำนวน 144 แห่ง ครอบคลุมทั้ง 13 ตำบล สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง เป็นเมืองศูนย์กลางการศึกษาของภูมิภาคโดยมีสถานศึกษาจำนวนมาก ส่งผลให้มีนักเรียน นักศึกษา ที่มีภูมิลำเนาในเขตและนอกเขตจำนวนมาก แต่จากการตรวจสอบในพื้นที่ ไม่มีแหล่งผลิตยาเสพติดเป็นเพียงเส้นทางลำเลียงผ่านพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาด พบว่า ยาเสพติดมีการแพร่กระจายไปทั่วพื้นที่ ทั้ง 13 อำเภอ จำแนกระดับความรุนแรงในแต่ละอำเภอที่มีความรุนแรงมาก ได้แก่ เมืองมหาสารคาม กันทรวิชัย และพยัคฆภูมิพิสัย ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดในจังหวัดมหาสารคาม คือ ยาบ้า

สถานการณ์การดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ของจังหวัดในปี 2565 มีเป้าหมาย จำนวน 1,531 คน ซึ่งได้คัดกรองตามแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V2 เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัด ผลการบำบัด จำนวน 1,543 คน คิดเป็นร้อยละ 100.78 และพบจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในจังหวัดมหาสารคาม ในปี 2565 พบจำนวน 361 คน ลักษณะของการก่อความรุนแรง ได้แก่ มีการทำร้ายตนเองและผู้อื่น มีการใช้อาวุธที่อันตราย และทำลายทรัพย์สิน เกิดเหตุการณ์รุนแรงขึ้นในหลายพื้นที่ทุกอำเภอเพิ่มขึ้น แต่ข้อมูลตัวเลขของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความคลาดเคลื่อนไม่ตรงกันจึงทำให้ข้อมูลดังกล่าวอาจจะไม่ใช่ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง

มีการสะท้อนข้อมูลระดับจังหวัด พบว่า ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และการประสานความช่วยเหลือ ในพื้นที่ที่มีความยากลำบาก ผู้ที่เกี่ยวข้องในบางพื้นที่ยังไม่รับทราบบทบาทของตน หรือรับทราบแต่ขาดความมั่นใจ มีความกลัวการถูกทำร้ายจากผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่มีอาการทางจิต เจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรอง ยังขาดความรู้ ทักษะในการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดอย่างเหมาะสม

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการจังหวัดมหาสารคาม

วงรอบที่ 1 เดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2565

1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (P1 : Plan) ประชุมคณะกรรมการยาเสพติดของจังหวัด เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์ผลกระทบความรุนแรงและการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในพื้นที่

2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (A1 : Action) จัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตระดับจังหวัด ระดับอำเภอทุกแห่ง ให้สามารถเชื่อมโยงการทำงานกับคณะกรรมการศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล ประกอบไปด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน สาขาจิตเวชและยาเสพติด ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้นำทางธรรมชาติในชุมชน และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ตำรวจ

3) การติดตามสังเกตการณ์ (O1 : Observe) คณะกรรมการและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ลงพื้นที่ในการปฏิบัติงานและให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ดูแลให้คำแนะนำด้านต่างๆระหว่างการเยี่ยมบ้าน เชื่อมประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอุบัติเหตุกรณีความเสียหายหรือแก้ไขปัญหาอุปสรรคระหว่างการทำงาน ประสานแหล่ง

ช่วยเหลือหรือส่งต่อในชุมชนหรือระหว่างหน่วยงาน และลงบันทึกผลการเยี่ยมบ้าน จัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ

4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (R1 : Reflect) รวบรวมข้อมูล แนวทาง ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค มาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ สังเคราะห์ สะท้อนผลการดำเนินงานแก่

กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เพื่อวางแผนการพัฒนาในรอบต่อไป

ผลลัพธ์และปัญหา พบผู้ป่วย ยาเสพติดที่มีการทางจิตก่อความรุนแรงในจังหวัดทั้งหมด จำนวน 361 คน มีการก่อความรุนแรง 439 ครั้ง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ก่อพฤติกรรมความรุนแรง ปี 2565

พฤติกรรมก่อความรุนแรง	จำนวน (ครั้ง)
1. ทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต	32
2. ทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงทำให้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตในชุมชน	135
3. มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงกับชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง	127
4. ก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)	145
รวม	439

*ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข

พบผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ เกิดเหตุการณ์รุนแรงในหลายพื้นที่ทุกอำเภอเพิ่มขึ้น ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ทำให้ข้อมูลของหน่วยงานไม่ตรงกัน และการประสานความช่วยเหลือในพื้นที่ยากลำบาก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ไม่เข้าใจบทบาทของตนมองว่าเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติไม่พอใจกรณีนำส่งผู้ป่วยแล้วไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ตนต้องการ มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรับ-ส่งผู้ป่วย (เจ้าหน้าที่และรถตำรวจต้องเติมน้ำมันเอง) ในกรณีฉุกเฉินเกิดเหตุทำร้ายตนเองและผู้อื่นหรือข้าวของผู้พบเห็นจะแจ้ง 191 เพื่อนำส่งโรงพยาบาลแต่ตำรวจไม่รับแจ้ง เนื่องจากยังไม่ก่อเหตุต่อผู้อื่น และภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยมักกลับไปเสพยาและกลับมามีอาการกำเริบซ้ำอีก สร้างความเดือดร้อน

และอันตรายแก่คนในครอบครัวชุมชนคณะกรรมการยาเสพติดของอำเภอทั้งหมดเห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญควรหาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาและมีรูปแบบการทำงานที่ชัดเจนร่วมกัน ผู้วิจัยสรุปรวบรวมและสะท้อนผลการดำเนินงานแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เพื่อวางแผนการพัฒนาในรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 เดือน มกราคม – ธันวาคม 2566

1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (P2 : Plan) รวบรวมประเด็นงานที่ต้องปรับปรุง ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหามาป้องกันความเสี่ยงต่างๆ จากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน นำมาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำใช้ในพื้นที่ วางแผนจัดทำ

โครงการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตของจังหวัด และแผนขอสนับสนุนงบประมาณเพื่อบูรณาการดำเนินงานในพื้นที่แต่ละอำเภอ และงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล ในการร่วมปฏิบัติงานในพื้นที่ทุกตำบล

2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (A2 : Action)

- จัดประชุมกลุ่มคณะกรรมการยาเสพติด ระดับจังหวัด เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์ ข้อเสนอแนะที่ได้จากวงรอบที่ 1 และเสนอแนวทางการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ที่ปรับปรุงไปปฏิบัติจริงในพื้นที่

- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ละ 5 คน เป็นนักจัดการรายกรณีระดับอำเภอ (CM ระดับอำเภอ) อำเภอละ 5 คน และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ระดับตำบลทุกอำเภอ ละ 60 คน เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตก่อนเข้าโรงพยาบาล ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลและการติดตามดูแลในชุมชนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

- ติดตามการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลทุกตำบล อบรมให้ความรู้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วย แบ่งบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานคืนข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อหาปัญหาอุปสรรคและแนวทางการดำเนินงาน

- เชื่อมประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ฝ่ายปกครอง ตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมอาสาสมัครสาธารณสุข แบ่งบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต และสร้างแนวทางการช่วยเหลือในชุมชน ในการดำเนินงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

ความเสี่ยง หรือแก้ไขปัญหาอุปสรรคระหว่างการปฏิบัติงาน ประสานแหล่งช่วยเหลือหรือส่งต่อในชุมชนหรือระหว่างหน่วยงาน และให้ลงบันทึกข้อมูลในแบบการติดตาม 10 ด้าน

3) การติดตามสังเกตการณ์ (O2 : Observe) ใช้วิธีการนิเทศกำกับติดตาม และร่วมกิจกรรมประชุมติดตามงานในระดับจังหวัดของศูนย์อำนวยการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดจังหวัดมหาสารคาม (ศอ.ปส.จ.ม.ค.) ทุกเดือน จัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ

4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (R2 : Reflect) รวบรวมข้อมูลสถานการณ์จากการดำเนินงานและการติดตามผู้ป่วยยาเสพติด หลังการบำบัดรักษาทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์ ศึกษาผลลัพธ์ของการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตที่ได้ปฏิบัติจริง ปัญหาอุปสรรค ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น รวมถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาและความเสี่ยง ระหว่างการปฏิบัติในพื้นที่ จัดประชุมถอดบทเรียนผลการดำเนินงานของแต่ละอำเภอ ในระดับจังหวัด จำนวน 1 ครั้ง โดยมีวิทยากรจากโรงพยาบาล ธรรมนูญรักษ่อนแก่น ร่วมให้ข้อเสนอแนะ มีการแลกเปลี่ยนนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ แนวทางหรือรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในรอบที่ 2 เสนอผลลัพธ์ที่ได้ ปัญหาอุปสรรค ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น รวมถึงบทเรียนที่พื้นที่ดำเนินการได้ดี สามารถเป็นตัวอย่างแก่พื้นที่อื่นๆ ได้ (Best Practice) แก่คณะกรรมการ และข้อเสนอแนะ การแก้ไขปัญหาอุปสรรค การป้องกันความเสี่ยง รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตที่ได้พัฒนาขึ้น รวมถึงประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยมีการกำกับติดตามในเชิงปริมาณในการลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิต และอัตราผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือด้านได้รับโอกาส

จากชุมชน เช่น การร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ของชุมชน การสร้างอาชีพเสริมรายได้หรือมีการจ้างงาน

ผลที่ได้จากการนำข้อเสนอแนะมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในวงรอบที่ 2 ได้แก่

1) ในระดับจังหวัดและอำเภอมีการประสานข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ทำการยืนยันข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ/ฝ่ายปกครองทุกอำเภอ/และข้อมูลจากตำรวจที่เข้าระงับเหตุทุกเดือน เพื่อให้การติดตามดูแลเฝ้าระวังความเสี่ยง รวมถึงการรายงานข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นทุกเดือน

2) มีการบูรณาการความร่วมมือเพื่อดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ร่วมกันจากหน่วยงานหลัก 4 ฝ่าย ได้แก่ 1) สาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) ตำรวจ 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) และ 4) ตัวแทนฝ่ายปกครอง ได้แก่ กำนัน ผู้นำชุมชน ในการร่วมมือกันดำเนินงาน 3 ระดับ ประกอบด้วย

2.1) รูปแบบการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) โดยบูรณาการความร่วมมือกันของชุมชนในการค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวัง และช่วยเหลือบุคคลที่มีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต มีความเสี่ยงสูงและก่อความรุนแรง สามารถอธิบายรูปแบบกระบวนการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลได้ ประกอบด้วย

- การบูรณาการการทำงานร่วมระหว่าง 1) แกนนำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา 2) ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมกู้ชีพกู้ภัยในพื้นที่

และ 3) ทีมความมั่นคง คือ ตำรวจในพื้นที่ร่วมดำเนินการตามกระบวนการ ทั้งนี้จำเป็นต้องค้นหาผู้นำสำคัญ หรือผู้นำทางพิธีศาสนา เพื่อร่วมให้ความช่วยเหลือเกลี้ยกล่อม พูดคุยกับกลุ่มเสี่ยง และร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วย และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา อปท.สนับสนุนงบประมาณ รถรับส่งแล้วแต่กรณี

- การจัดให้มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุ ซึ่งการดำเนินการซ้อมแผนขึ้นกับความเชี่ยวชาญ และทักษะของทีมคณะทำงานและบทบาทในการดำเนินการ เช่น ทีมความมั่นคงจัดให้มีการซ้อมแผนการใช้ไม้จ้ำมในการเข้าควบคุมบุคคลที่เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตคลุ้มคลั่ง หรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความรุนแรง รวมถึงองค์ความรู้การใช้ปืนไฟฟ้า และทีมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องทั้งผู้นำชุมชน และทีมความมั่นคง จัดให้มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุบนโต๊ะขึ้น

- การคัดกรอง และประเมินความก้าวร้าว โดยใช้เครื่องมือในการประเมินและคัดกรอง ประกอบด้วย 1) แบบประเมิน 5 สัญญาณเตือน (5 Red Flag) คือ (1) ไม่หลับ ไม่นอน (2) เดินไปเดินมา (3) พูดจาคนเดียว (4) หงุดหงิดฉุนเฉียว และ (5) เทียวหวาดระแวง 2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) และ 3) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ไ้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

- การทำทะเบียนรายบุคคล มีการนำเกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามระดับความรุนแรง กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดมหาสารคาม แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มรุนแรงมาก (สีแดง) เป็นบุคคลที่ซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง และมีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือหาวิธีฆ่าตัวตาย/

ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน หรือก้าวร้าวรุนแรง/หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล โดยกลุ่มรุนแรงมาก (สีแดง) จะถูกแยกเข้าสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม 2) กลุ่มรุนแรงปานกลาง (สีเหลือง) เป็นบุคคลที่เสี่ยงเป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้างและมีอาการคือ หูแว่ว พูดคนเดียวเหมือนโต้ตอบกับคนอื่น หรือเห็นภาพหลอนที่คนอื่นไม่เห็น 3) กลุ่มรุนแรงน้อย (สีเขียว) เป็นบุคคลที่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง และมีอาการคือ รู้สึกไม่สบายใจ เช่น เศร้า ทุกข์ใจ หรือเบื่อหน่าย ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร ทำอะไรก็ไม่สนุก และ 4) สีขาว อาการสงบ ไม่ใช้สารเสพติดนานติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี หลังการบำบัดแต่ยังคงอยู่ในระบบติดตามของจิตเวชตามแผนต่างๆ ที่มีในระบบ

- การติดตามเยี่ยมบ้านของบุคคลที่มีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยในกลุ่มรุนแรงมาก (สีแดง) เพื่อประเมินการดูแลและการช่วยเหลือร่วมกันระหว่างชุมชน

- การกำหนดให้มีช่องทางในการแจ้งเหตุ กรณีฉุกเฉิน รายงานผ่านไลน์ เป็นต้น

2.2) รูปแบบการดูแลในโรงพยาบาล (In-Hospital Care) คือ กระบวนการในการดูแล รักษา ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หลังการคัดกรองและวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเข้าสู่กระบวนการรักษาตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาลจนถึงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชน ซึ่งรูปแบบการดูแล รักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

- การเตรียมบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร อาทิ สนับสนุนการอบรมพยาบาล

เฉพาะทางยาเสพติด (หลักสูตร 4 เดือน) ของพยาบาลวิชาชีพ การอบรมหลักสูตรจิตเวชฉุกเฉิน ระยะสั้น 3 - 5 วัน ของพยาบาลวิชาชีพ ในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน และการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การคัดกรองพฤติกรรม/ความเสี่ยงรุนแรง ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

- การจัดให้มีการซ้อมแผนภายในโรงพยาบาล ระหว่าง พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานเวรเปล พนักงานขับรถ และพนักงานรักษาความปลอดภัย แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต

- การดำเนินการตามแนวทางการส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้แพทย์วินิจฉัย และประเมิน เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการ รักษาในโรงพยาบาล หรือส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ไปโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น หรือกรณีผู้ป่วยเสพยาเสพติดรุนแรงเรื้อรัง อาการทางจิตสงบ ส่งต่อไปโรงพยาบาล ัญญารักษ์ขอนแก่น

- การเตรียมครอบครัว ชุมชน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช โดยดำเนินการจัดเตรียมครอบครัว ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง รวมถึงการจัดเตรียมชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การจัดเตรียมพื้นที่ที่เหมาะสมต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วย และการจัดเตรียมภาคีเครือข่าย และผู้นำในการร่วมดูแลและติดตาม

2.3) รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย (Post-Hospital Care) คือ กระบวนการในการดูแล ประเมิน วางแผน และติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลทุกระดับสู่ชุมชน ประกอบด้วย

- การจัดให้มีคณะทำงานในพื้นที่ร่วมดูแลต่อเนื่องประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ญาติของผู้ป่วย แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งคณะทำงานชุดนี้อาจเป็นชุดเดียวกับคณะทำงานที่อยู่ในระยะของการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลได้

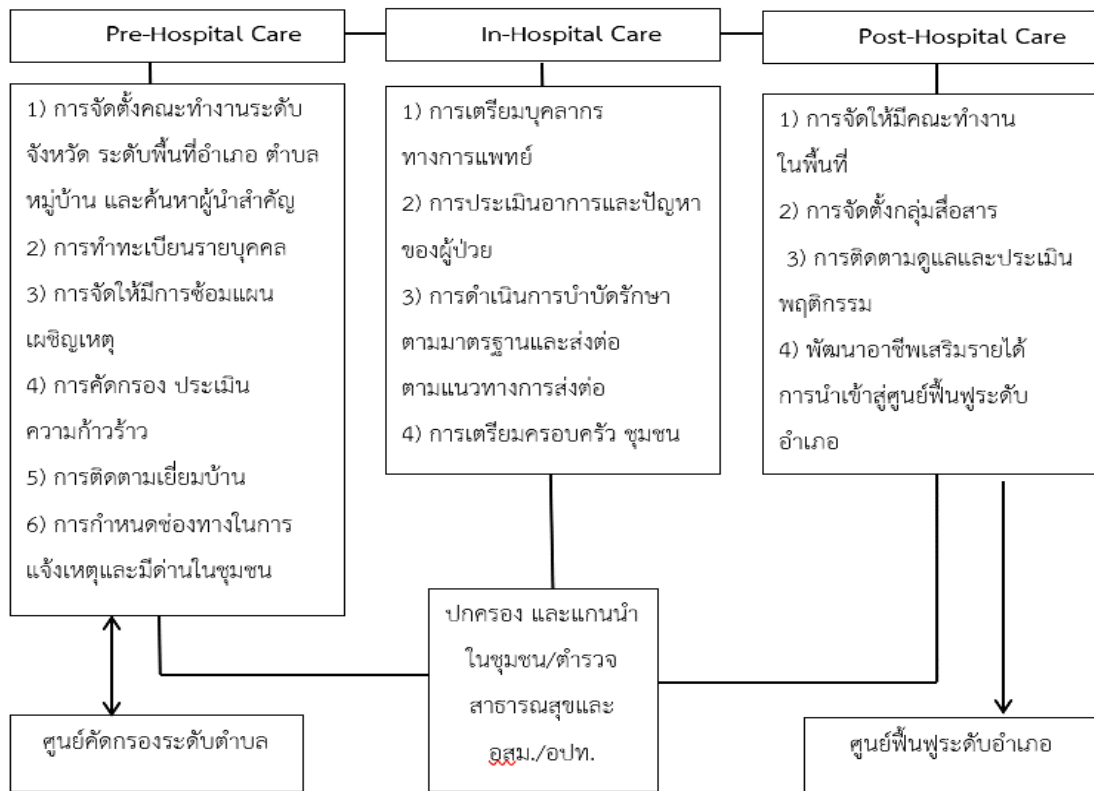
- การจัดตั้งกลุ่มสื่อสารทางไลน์ (Line Group) ของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข แพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลจิตเวชประจำโรงพยาบาลชุมชน ตำรวจ กู้ชีพกู้ภัย ปลัดอำเภอฝ่ายปราบปราม ซึ่งช่องทางสื่อสารนี้จะใช้ตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลและหลังถูกจำหน่ายและส่งต่อไปยังชุมชน เพื่อการติดตามต่อเนื่อง

- การติดตามและประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวชจะถูกติดตามและประเมินพฤติกรรมในช่วงเดือนแรกหลังจำหน่ายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประกอบด้วย การกินยา ญาติ/ผู้ดูแล การใช้สารเสพติด (บุหรี่ยา/สุรา/สารเสพติด/อื่นๆ) และผู้ป่วยจะได้รับการติดตามและประเมินพฤติกรรม

เดือนละหนึ่งครั้งจนครบ 1 ปี โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) และแบบติดตาม 10 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านอาการทางจิต 2) ด้านการกินยา 3) ด้านผู้ดูแล/ญาติ 4) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 5) ด้านการประกอบอาชีพ 6) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว 7) ด้านสิ่งแวดล้อม 8) ด้านการสื่อสาร 9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และ 10) ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่ยา/สุรา/ยาเสพติด) ซึ่งระหว่างการติดตามและประเมินพฤติกรรม หากผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตกำเริบคณะทำงาน ในพื้นที่จะดำเนินการประสานพยาบาลจิตเวชลงพื้นที่ ร่วมกับการให้คำปรึกษาจากแพทย์ ประชุมชุมชนวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกันอีกครั้ง

- การสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านอาชีพเสริมรายได้แก่ ผู้ป่วย รวมถึงการส่งผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูของศูนย์ฟื้นฟูระดับอำเภอ ทุกอำเภอ โดยการดูแลทั้ง 3 ระดับ จะมีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกัน ระหว่าง 4 หน่วยงานหลัก ปกครอง สาธารณสุข รวมอาสาสมัครสาธารณสุข ตำรวจ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดกระบวนการ

สรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการ จังหวัดมหาสารคาม สามารถอธิบายรูปแบบได้ ดังนี้



3. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต แบบบูรณาการ จังหวัดมหาสารคาม

ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต แบบบูรณาการ จังหวัดมหาสารคาม สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้น จากปี 2565 จำนวน 361 คน เป็น

1,190 คน ในปี 2566 มีการจัดเก็บข้อมูลร่วมกันของหน่วยงานภาคีเครือข่ายทำให้การคัดกรองทำได้ครอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตได้รับการดูแล และติดตามเยี่ยมต่อเนื่องเพื่อไม่ก่อความรุนแรงซ้ำครบทุกรายรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการคัดกรองว่ามีอาการทางจิต ปี 2565-2566 จังหวัดมหาสารคาม

ปี	ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต		ร้อยละ
	ทั้งหมด (คน)	ได้รับการติดตาม (คน)	
2565	361	361	100
2566	1,190	1,182*	99.32

*ปี 2566 ผู้ป่วยเสียชีวิต 8 คน

ในปี 2566 มีการนำเกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามระดับความรุนแรง กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและผู้ใช้ยาเสพติด จังหวัดมหาสารคาม ทั้งหมด 1,190 คน จำแนกตามกลุ่มสีเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอาการสงบ (สีเขียว) จำนวน 766 คน 2) กลุ่มรุนแรงน้อย (สีเขียวย)

จำนวน 130 คน 3) กลุ่มรุนแรงปานกลาง (สีเหลือง) จำนวน 197 คน และ 4) กลุ่มรุนแรงมาก (สีแดง) จำนวน 89 คน อยู่ในเรือนจำ 4 คน และเสียชีวิต 8 คน พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตได้รับการติดตามเยี่ยมประเมินผลทุกราย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต จำแนกตามกลุ่มสี จังหวัดมหาสารคาม และได้รับการติดตามเยี่ยมประเมินผล ปี 2566

จำแนกตามกลุ่มสี	จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต		
	ทั้งหมด (คน)	ติดตามเยี่ยมประเมินผล (คน)	ร้อยละ
แดง	89	89	100
เหลือง	197	197	100
เขียว	130	130	100
ขาว	766	766	100
เสียชีวิต	8	0	0.00
อยู่ในเรือนจำ	4	4	100
รวม	1,190	1,182	99.32

วิจารณ์

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตของจังหวัดมหาสารคาม มีปัญหาขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานทำให้ข้อมูลที่ได้อาจจะไม่ใช่ข้อมูลที่แท้จริง ผู้ที่เกี่ยวข้องในบางพื้นที่ยังไม่รับทราบบทบาทของตน เจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรองยังขาดความรู้ ทักษะในการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดอย่างเหมาะสม จึงได้มีการสะท้อนข้อมูลระดับจังหวัดให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้รับทราบปัญหาเพื่อร่วมกันแก้ไข มีการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ทุกแห่ง ให้สามารถเชื่อมโยงการทำงานกับคณะกรรมการศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล ประกอบไปด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน สาขาจิตเวชและยาเสพติด ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้นำทางธรรมชาติในชุมชน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่ตำรวจ มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ เพื่อเป็นนักจัดการรายกรณีระดับอำเภอ และจัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ระดับตำบล เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ติดตามการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลทุกตำบล อบรมให้ความรู้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเสริมศักยภาพและสร้างความมั่นใจในการทำงาน การแบ่งบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน และเชื่อมประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ฝ่ายปกครอง ตำรวจ องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมอาสาสมัครสาธารณสุข ใช้วิธีการนิเทศกำกับติดตาม สอดคล้องกับการศึกษาของราศรี อาบาจิตร และสุจิตตา ฤทธิมนตรี⁽¹⁰⁾ พบว่า การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชนมีการดำเนินการสร้างรูปแบบการดำเนินงาน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย อบรมให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง คัดกรอง บำบัด พิ้นฟูและการเยี่ยมติดตามผู้ติดยาเสพติด มีการนิเทศ ประเมินผล และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ควรมีการพัฒนา ศักยภาพของชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดให้สามารถหยุดใช้ยาได้อย่างถาวร และสุกัญญา ละอองศรี, บัวรุณ ศรีชัยกุล, และ นพดล พิมพ์จันทร์⁽¹¹⁾ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยมีส่วนร่วมมี 4 ด้าน คือ ด้านประชาชนด้านภาคีเครือข่าย ด้านกระบวนการ และด้านการพัฒนาและเรียนรู้ ซึ่งการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัด พิ้นฟูผู้ติดยาเสพติด ถือเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญเพื่อให้ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัดพิ้นฟูผู้ติดยาเสพติดได้รับการดูแลและช่วยเหลือให้สามารถดำรงชีวิตของตนเองได้อย่างปกติสุขโดยไม่หวนกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก โดยการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพนั้น ต้องดำเนินการภายใต้การบูรณาการและการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ในลักษณะของเครือข่าย หรือคณะทำงานภายใต้กลไกของศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดพิ้นฟูระดับจังหวัด การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ที่ได้รับการบำบัดรักษาครบตามมาตรการทางการแพทย์แล้ว และมีอาการดีขึ้น โรงพยาบาลจำหน่ายกลับบ้าน/ชุมชน ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง เผื่อระวังป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ สอดคล้องกับกรณีศึกษา ช่อรักษ์⁽¹²⁾ พบว่า รูปแบบการดูแล

ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ด้วยกระบวนการ chronic care model 6 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายครอบคลุมระดับข้อมูลข่าวสาร ระดับให้ความคิดเห็น ระดับเข้ามามีบทบาท ระดับสร้างความร่วมมือ และระดับเสริมอำนาจเกิดผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีอาการทางจิตดีขึ้น การศึกษาของนิตยา ฤทธิศรี และศุภลักษณ์ จันทาญ⁽¹³⁾ พบว่า กระบวนการติดตามแต่ละครั้ง จะต้องมีการสร้างความเข้าใจของทั้งผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดี คงความต่อเนื่องและคุณภาพของกระบวนการติดตามช่วยป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำรวมถึงโอกาสในการได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ อย่างเหมาะสมต่อไป การทำงานแบบบูรณาการร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้การดำเนินนโยบายนั้นประสบความสำเร็จได้อย่างชัดเจน⁽¹⁴⁾ รูปแบบที่ได้จากการพัฒนานำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ครอบครัว และชุมชน ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยดังกล่าวได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ทำให้ลดความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยยาเสพติด รูปแบบที่ได้ไปสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

สรุป ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตได้รับการดูแลและติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำทุกรายซึ่งการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ในครั้งนี้ได้ใช้การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วน ทำให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิผลเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

การบูรณาการการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการ

ทางจิตโดยมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และการประสานความช่วยเหลือในพื้นที่ที่มีความยากลำบาก รวมถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน จะส่งผลดีต่อการดูแลและรักษาผู้ป่วย การบูรณาการ ความร่วมมือทุกภาคส่วนจะก่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร. นายแพทย์พิทักษ์พงษ์ พายุทธ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่เอื้อและสนับสนุนในการดำเนินงานขอขอบพระคุณนางสรารุณจิต อินทร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่สนับสนุนและผลักดันให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง และขอขอบพระคุณนางนิตยา ฤทธิ์ศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานการพยาบาลชุมชนในการบำบัดรักษายาเสพติด โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นที่ปรึกษาการดำเนินงานและงานวิจัย ที่ให้คำแนะนำการดำเนินงานตลอดจนปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยจนสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลและการดำเนินงาน รวมถึงการช่วยเหลือด้านการจัดกิจกรรมต่างๆ ขอขอบพระคุณภาคีเครือข่ายทุกแห่งนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ที่ให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานทุกกิจกรรมจนสำเร็จลุล่วง สุดท้ายขอขอบคุณบิดา มารดา และครอบครัว ในการสนับสนุน คอยเป็นกำลังใจตลอดจนให้ความรัก ความห่วงใยตลอดมา

และทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวชื่อนามที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Drugs (psychoactive) [Internet]. Available from: <https://www.who.int/healthtopics/drugs-psychoactive>. [cited 2023 Jul 18].
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2566 : คำสัญญาของไทยใน “คอป” (COP : Conference of Parties) กับการรับมือ “โลกรวน.” 1st ed. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2566.
3. วรพงษ์ สำราญทิวารัลย์ และคณะ. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และแนวปฏิบัติที่ดี. นนทบุรี: บริษัทเดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2562.
4. กรมสุขภาพจิต. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส; 2563.
5. Swartz MS. et al. Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication. *Am J Psychiatry*. 1998 Feb; 155(2): 31-226.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและผู้ใช้ยาเสพติด. กรุงเทพฯ: 2565.

7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง; 2566.
8. กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูล HDC. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_bst.php [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2565].
9. 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. 3rd ed. London: SAGE Publications; 1988.
10. ราศรี อาบาจิตร และสุจิตตา ฤทธิมนตรี. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ 2566; 16: 244-257.
11. สุกัญญา ละอองศรี, บั้วรุณ ศรีชัยกุล, และนพดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2560; 23: 68-79.
12. กรรณิกา ช่อรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8: 503-513.
13. นิตยา ฤทธิศรี และศุภลักษณ์ จันทาญ. รูปแบบการติดตามผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดแบบบูรณาการ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาล มหาสารคาม 2561; 15: 61-65.
14. วลีรัตน์ แสงไชย. กระบวนการบำบัดผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการคืนคน (เคย) ดีสู่การเป็นคนดีอย่างยั่งยืน : กรณีศึกษาภาคเหนือ. วารสารบัณฑิตศึกษา : มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2561; 11(2): 164-174.