

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนา รูปแบบการติดตามหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง
ต่อการก่อความรุนแรงแบบบูรณาการเครือข่ายในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
Development of an Integrated Post-Treatment Follow-up Model for High-Risk
Psychiatric Patients with Substance Abuse and Violence Risk:
A Case Study
in Mueang Maha Sarakham District, Maha Sarakham Province.

ปราณี ถีอาสนา*
Pranee Theeasna*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนารูปแบบการติดตามต่อเนื่องแบบบูรณาการเครือข่าย สำหรับผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดำเนินการ 2 วนรอบ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยตัวแทนภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรือนจำ และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 82 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบคัดกรอง แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้น้ำยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) แบบติดตามผู้ป่วย 10 ด้าน แบบสังเกตสัญญาณเตือน 5 สัญญาณ และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาในระยะแรกพบว่าสถานการณ์ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในพื้นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบจำนวน 239 ราย 348 ราย และ 447 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วย ร้อยละ 67 มีประวัติกลับเข้ารับการรักษาซ้ำมากกว่า 3 ครั้ง เนื่องจากการติดตามหลังจำหน่ายยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการติดตามภายใต้กลไกหลัก 3C คือ Client (ยาถึง พึ่งตนเองได้) Caregiver (เข้าใจ เข้าถึง สอดส่อง) และ Community (ยอมรับ ช่วยกัน ปันโอกาส) ขับเคลื่อนโดย “ทีม 4 ประสาน” (สาธารณสุข ปกครอง ตำรวจ และท้องถิ่น) กำหนดให้มีการติดตามเยี่ยมครั้งแรกภายใน 3 – 7 วันหลังจำหน่าย และติดตามต่อเนื่องในเดือนที่ 1, 3, 6 และ 12 พร้อมระบบประเมินพฤติกรรมและสารเสพติดเชิงรุก ผลการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า อัตราการติดตามดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 98.97 และสามารถลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำลงเหลือเพียง ร้อยละ 1.03 นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางได้รับการช่วยเหลือด้านสังคม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

และพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านอาชีพครบทุกราย สรุปได้ว่ารูปแบบการติดตามแบบบูรณาการเครือข่ายสามารถปิดช่องว่างการสื่อสารและลดเหตุความรุนแรงได้อย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยและความยั่งยืนในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในชุมชน

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด, ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง, การติดตามหลังการบำบัดรักษา, การบูรณาการเครือข่าย

Abstract

This action research aimed to study the current situation, develop an integrated network follow-up model for high-risk psychiatric patients with substance abuse and violence risk, and evaluate the model's effectiveness in Mueang Maha Sarakham District, Maha Sarakham Province. The study followed the action research framework consisting of three phases and two cycles. The participants included 82 stakeholders selected through purposive sampling from public health, local administration, police, local government, the prison, and the Provincial Office of Social Development and Human Security. Research instruments comprised the Ministry of Public Health's screening forms (V.2), Overt Aggression Scale (OAS), 10-dimension follow-up assessment, 5 red flags warning signs checklist, and focus group discussion guides. Quantitative data were analyzed using frequency and percentage, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The results in the initial phase revealed a continuous increase in high-risk cases from 239 in 2021 to 447 in 2023. Approximately 67% of these patients had more than three readmissions due to the lack of clear follow-up protocols and fragmented communication among agencies. In response, an "Integrated Follow-up Model" was developed based on the 3C framework—Client (accessible medication and self-reliance), Caregiver (understanding, access, and monitoring), and Community (acceptance, mutual aid, and opportunity). The model was implemented by a "4-Party Coordination Team" (public health, local administration, police, and local government), ensuring the first visit within 3–7 days post-discharge and subsequent follow-ups at 1, 3, 6, and 12 months. Following implementation, the continuous follow-up rate increased to 98.97%, and violent recidivism significantly decreased to 1.03%. Furthermore, 100% of the vulnerable patients received comprehensive social support and vocational rehabilitation. In conclusion, the integrated network model effectively bridged communication gaps and reduced violent incidents, fostering safety and sustainability in community-based psychiatric care.

Keywords : Psychiatric patients with substance abuse, High risk of violence, Post-treatment follow-up, Integrated network

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับความเจ็บป่วยทางจิต (Dual Diagnosis) เป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายงานจากสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC, 2023) ระบุว่าทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติดสูงถึง 296 ล้านคนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 23 ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา และพบว่า 1 ใน 5 ของผู้ใช้ยาเสพติดเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชรุนแรง⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย สถานการณ์นี้มีความเชื่อมโยงกับความรุนแรงในสังคมอย่างชัดเจน ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ปี 2566 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรง (SMI-V) ซึ่งมีจำนวนสะสมมากกว่า 30,000 รายทั่วประเทศ⁽²⁾ สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยปี 2565 - 2566 ที่พบว่าเหตุการณ์ความรุนแรงในชุมชน ร้อยละ 22 เกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเขตสุขภาพที่ 7 ที่พบรายงานอุบัติการณ์การก่อเหตุฆ่าและการสูญเสียในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทางจิตร่วมกับฤทธิ์ของสารเสพติดส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์และกระบวนการคิด งานวิจัยล่าสุดระบุว่าสารเสพติดโดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีนจะกระตุ้นให้อาการระแวงหลงผิดรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเพิ่มสูงกว่าผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปถึง 3 - 4 เท่า⁽⁴⁾ ลักษณะความรุนแรงมักเริ่มจากการข่มขู่ทางวาจาไปจนถึงการใช้อาวุธอันตรายทำลายทรัพย์สินและร่างกายผู้อื่น โดยมี "สัญญาณเตือน" (Red Flags) 5 ประการที่สำคัญ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านทัศนคติของชุมชนและการตีตรา ส่งผลให้

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกทอดทิ้ง ขาดความต่อเนื่องทางการรักษา และนำไปสู่เหตุวิกฤตซ้ำซาก⁽⁵⁾

ในปัจจุบัน ประเทศไทยขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดภายใต้นโยบาย "การใช้ชุมชนเป็นฐาน" (Community Based Treatment and Rehabilitation : CBTx) ตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งเน้นมิติด้านสุขภาพมากกว่าการลงโทษ⁽⁶⁾ รูปแบบการติดตามผลในปัจจุบันมีการใช้ทีมสหวิชาชีพและระบบจัดการรายกรณี (Case Management) เพื่อติดตามผู้ป่วยหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลหรือศูนย์บำบัด อย่างไรก็ตาม รูปแบบส่วนใหญ่มักเน้นหนักไปที่ด้านการรับประทานยา (Compliance) และการนัดหมายตามกำหนด (Appointment) เท่านั้น แต่ยังคงขาดกระบวนการบูรณาการเชิงลึกร่วมกับหน่วยงานความมั่นคง และหน่วยงานท้องถิ่นในการเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างเป็นระบบในทุกขั้นตอนหลังการส่งกลับคืนสู่สังคม⁽⁷⁾

จากการศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม พบว่าจำนวนผู้ป่วย SMI-V เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 239 รายในปี 2564 เป็น 447 ราย ในปี 2566 แต่ระบบการติดตามหลังจำหน่ายยังเผชิญกับช่องว่างสำคัญ (Knowledge Gap) ได้แก่ การขาดระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกันแบบ Real-time ระหว่างโรงพยาบาล ตำรวจ และชุมชน รวมถึงความไม่มั่นใจของเครือข่ายภาคประชาชนในการเผชิญเหตุ⁽⁸⁾ ข้อจำกัดเหล่านี้ส่งผลให้อัตราการกลับไปเสพซ้ำและก่อความรุนแรงในพื้นที่ที่มีแนวโน้มสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการติดตามหลังการบำบัดรักษาแบบบูรณาการเครือข่าย โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis และ McTaggart มาเป็นเครื่องมือในการสร้างความร่วมมือที่ยั่งยืน เพื่อมุ่งหวังให้เกิดรูปแบบการดูแลที่สามารถปิดช่องว่างการสื่อสารลดเหตุความรุนแรงซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยและคนในชุมชนอำเภอเมืองมหาสารคาม
อย่างเป็นทางการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการติดตามหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการติดตามหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบบูรณาการเครือข่าย
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการติดตามหลังการบำบัดรักษาแบบบูรณาการเครือข่ายที่พัฒนาขึ้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988)⁽⁹⁾ โดยแบ่งกระบวนการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้:

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ : ศึกษาสภาพปัญหาและบริบทการติดตามหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2564 – 2566)

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบ : ดำเนินการพัฒนารูปแบบการติดตามแบบบูรณาการเครือข่าย ผ่านวงรอบกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกตการณ์ (Observe) และ 4) การสะท้อนผล (Reflect) โดยดำเนินการรวมทั้งสิ้น 2 วงรอบ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล : ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในด้านอัตราการติดตามต่อเนื่องและการลดอุบัติการณ์การก่อความรุนแรงซ้ำ

ระยะเวลาและพื้นที่ดำเนินการ

ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2568 ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย

คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย ที่มีความสมัครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการศึกษารวมจำนวน 82 คน ได้แก่:

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดและจิตเวช (รพ.มหาสารคาม, สสอ.เมือง, รพ.สต. ทุกแห่ง) จำนวน 30 คน
2. ฝ่ายปกครอง (ปลัดอำเภอ 1 คน และกำนัน 14 ตำบล) รวม 15 คน
3. ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 17 คน
4. ตัวแทนเจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 3 คน
5. เจ้าหน้าที่ อปท. (อบต./เทศบาล) จำนวน 15 คน
6. เจ้าหน้าที่เรือนจำจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1 คน
7. เจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พมจ.) จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

พัฒนาโดย กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์มาตรฐานเพื่อคัดกรองระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติด แบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการใช้สารเสพติด และการประเมินภาวะถอนพิษยา มาตราวัด เป็นการเลือกตอบตามพฤติกรรมจริงและการใช้เกณฑ์คะแนน (Scoring) เพื่อจำแนกผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม

(สีเขียว : ผู้เสพ, สีเหลือง : ผู้ใช้, สีแดง : ผู้ติด) เครื่องมือ
มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดย
ผู้เชี่ยวชาญ และเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (Standardized
Tool) ที่ผ่านการประชาพิจารณ์และประกาศใช้
ในระดับนโยบายทั่วประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2566

2. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS)

พัฒนาโดย Yudofsky และคณะ
(1986) เป็นแบบประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรม
เพื่อจำแนกประเภทและระดับความรุนแรงของ
การแสดงออกทางความก้าวร้าว แบ่งขอบเขตการ
ประเมินออกเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ พฤติกรรม
รุนแรงทางวาจา การทำร้ายทรัพย์สิน การทำร้าย
ตนเอง และการทำร้ายผู้อื่น มาตรฐานวัด เป็นเกณฑ์
การให้คะแนนตามระดับพฤติกรรมที่ปรากฏจริง
(Rating Scale 0 - 4) โดยแต่ละข้อจะระบุลำดับ
ความรุนแรงจากน้อยไปมากอย่างชัดเจน เครื่องมือ
เป็นเครื่องมือมาตรฐานระดับสากลเชิงคลินิก มีค่า
ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability)
อยู่ในเกณฑ์สูง (มากกว่า 0.80) และเป็นที่ยอมรับใช้
อย่างแพร่หลายในโรงพยาบาล จิตเวชทั่วโลก

3. แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง/ ยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน

พัฒนาโดย กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบประเมินครอบคลุม
มิติภาวะสุขภาพและการใช้ชีวิตในชุมชนรวม
10 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอาการทางจิต การกินยา
ผู้ดูแล กิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพ
ในครอบครัว สิ่งแวดล้อม การสื่อสารความสามารถ
ในการเรียนรู้ และการใช้สารเสพติด มาตรฐานวัด เป็น
การกำกับติดตามผ่านการ Check list และการให้
ระดับคะแนนตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยใน
บริบทชุมชน เครื่องมือ ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบ
ความตรง เชิงเนื้อหา (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิระดับ
กรมสุขภาพจิต โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่

ระหว่าง 0.80 – 1.00 และได้รับการยอมรับให้
เป็นมาตรฐานการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชน

4. แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการ ทางจิตกำเริบ (5 Red flags)

พัฒนาโดย กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข ลักษณะ เป็นแบบสังเกต
สัญญาณเตือนเบื้องต้นก่อนเกิดภาวะวิกฤตทาง
จิตเวชหรือการก่อความรุนแรง จำนวน 5 สัญญาณ
สำคัญ ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ เดินวนเวียน
พูดจาคนเดียว หวาดระแวง และมีพฤติกรรม
ก้าวร้าว มาตรฐานวัด เป็นมาตรฐานวัดแบบเลือกตอบว่า
มีหรือไม่มี (Nominal Scale : Checklist) เพื่อ
เป็นเครื่องมือเฝ้าระวังอย่างง่ายสำหรับอาสาสมัคร
สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่
เครื่องมือ ผ่านการทดสอบภาคสนามและได้รับ
การยืนยันคุณภาพด้านความตรงเชิงพยากรณ์
(Predictive Validity) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบ
เฝ้าระวังและส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานระดับ
ประเทศของกระทรวงสาธารณสุข

5. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide)

พัฒนาโดย ผู้วิจัยจากการทบทวน
วรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
ของ Kemmis และ McTaggart เป็นข้อคำถาม
แบบปลายเปิด (Open-ended Questions) ที่มุ่งเน้น
การกระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายแลกเปลี่ยนประสบการณ์
ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการจัดการผู้ป่วย
จิตเวชยาเสพติด โดยแบ่งประเด็น คำถามเป็น
3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) สถานการณ์และปัญหา
อุปสรรคในการติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ 2) แนวคิด
และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการทำงาน
ร่วมกัน และ 3) ความเป็นไปได้และแนวทางการ
ประเมินความสำเร็จของรูปแบบการบูรณาการเครือข่าย
มาตรฐานวัด ใช้วิธีการจดบันทึกเนื้อหา (Field Note)
และการบันทึกเสียงเพื่อนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา
(Content Analysis) เครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อประเมินความครอบคลุมและความเหมาะสมของประเด็นคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.80 ทุกข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การประชุมปฏิบัติการ และการลงบันทึกข้อมูลภาคสนาม วิเคราะห์โดยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเริ่มจากการรวบรวมข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูลเป็นหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์ (Coding) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อยืนยันความเที่ยงตรงของข้อมูลจากหลายแหล่งและหลากหลายวิธีการ จากนั้นจึงทำการสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลเพื่อสรุปรูปแบบการติดตามที่พัฒนาขึ้น และผลการสะท้อนข้อมูลในแต่ละวงรอบของการปฏิบัติงาน

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยยาเสพติด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) เพื่อใช้อธิบายลักษณะทางประชากรของกลุ่มเป้าหมาย ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต และเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของรูปแบบการดูแลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบูรณาการเครือข่าย โดยระบุประสิทธิผลในมิติของอัตราการเข้าถึงการติดตามต่อเนื่องและอัตราการการลดลงของการก่อความรุนแรงซ้ำในพื้นที่ศึกษาอย่างเป็นระบบ

การพิทักษ์สิทธิ์ทางจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่โครงการวิจัย MSKH_REC 67-02-114 เมื่อวันที่ 18 เมษายน 2567

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ของการติดตามหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในอำเภอเมืองมหาสารคาม

ผลการศึกษาสถานการณ์ในอำเภอเมืองมหาสารคาม พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 พบจำนวน 239, 348 และ 447 รายตามลำดับ พฤติกรรมความรุนแรงที่พบบ่อย ได้แก่ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น การใช้อาวุธ และการทำลายทรัพย์สิน ซึ่งร้อยละ 78 ของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบสัมพันธ์กับการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ (โดยเฉพะยาบ้า) ปัญหาสำคัญที่พบ คือ ระบบการติดตามหลังการบำบัดยังขาดรูปแบบที่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง และมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่ไม่เป็นเนื้อเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วย ร้อยละ 67 ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (Re-admission) มากกว่า 3 ครั้งต่อคน นอกจากนี้ยังพบปัญหาความหวาดกลัวและการตีตราจากครอบครัวและชุมชน ทำให้ขาดความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคม

2. การพัฒนารูปแบบการติดตามหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบบูรณาการเครือข่าย อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

การพัฒนาารูปแบบดำเนินการโดยใช้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตาม แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ดำเนินการ 2 วนรอบ ดังนี้

วนรอบที่ 1 (พฤษภาคม – ธันวาคม 2567)

Plan (P1) มีการจัดประชุม ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด ระดับอำเภอ เพื่อทบทวนสถานการณ์ปัญหา โครงสร้างการทำงาน คำสั่งคณะกรรมการยาเสพติด ระดับอำเภอ รวมถึงทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง กับการบำบัดรักษาและการติดตามหลังการบำบัด ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ ความรุนแรง

Action (A1) ดำเนินการศึกษา สถานการณ์การบำบัดรักษาและการติดตามผู้ป่วย จากข้อมูลย้อนหลังของโรงพยาบาลมหาสารคาม และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 21 แห่ง ในช่วงปี พ.ศ. 2564 – 2566 รวมถึงรายงานการ เยี่ยมบ้านจาก รพ.สต. อสม. และแกนนำชุมชน

Observe (O1) ลงพื้นที่ร่วม สังเกตการณ์การติดตามดูแลผู้ป่วยในทุก รพ.สต. ครอบคลุม 14 ตำบล เพื่อประเมินความครอบคลุม ความต่อเนื่อง และบทบาทของภาคีเครือข่ายใน การดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่าย

Reflect (R1) การสะท้อนผล พบว่า การติดตามผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมทุกคน ขาดผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจน การเชื่อมโยงข้อมูล ระหว่างหน่วยงานยังไม่เป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วย กลับไปเสพยาและก่อความรุนแรงซ้ำ ต้องกลับ เข้ารับการรักษาซ้ำในสถานพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 67

สรุปปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในวนรอบที่ 1 พบปัญหาอุปสรรค ขาดผู้รับผิดชอบหลัก ที่ชัดเจน การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานกับ แกนนำในท้องถิ่นยังไม่เป็นระบบ ผู้ป่วยขาดนัด

และการรักษาที่ต่อเนื่อง ครอบครัวกลัวไม่ยอมรับ ผู้ป่วย เมื่อบำบัดครบ ชุมชนมีความกลัวผู้ป่วย ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงในวนรอบนี้ ได้แก่ การพัฒนาระบบการติดตามที่มีการบูรณาการ ข้อมูล การเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชน ก่อนจำหน่าย และการเสริมศักยภาพ อสม. (อสม. บัณฑิต 3 คนต่อผู้ป่วย 1 คน) และแกนนำชุมชนให้มีความมั่นใจในการเฝ้าระวังและประสานการ ช่วยเหลือ

วนรอบที่ 2 (มกราคม – ธันวาคม 2568)

Plan (P2) วางแผนสร้างความ เข้าใจร่วมกันในแนวทางการติดตามผู้ป่วยกับ ภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วนในระดับตำบลและ อำเภอ พร้อมทั้งวางกลไกการเตรียมความพร้อม ของครอบครัวและชุมชนเพื่อรองรับผู้ป่วยหลัง การจำหน่าย

Action (A2) จัดสนทนากลุ่ม กับตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สาธารณสุข ปกครอง ตำรวจ ท้องถิ่น เรือนจำ และ พมจ. เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการติดตาม แบบบูรณาการเครือข่าย รวมถึงการเชื่อมโยง หน่วยบำบัด สถานฟื้นฟู และเรือนจำ ในการ เตรียมผู้ป่วยก่อนส่งกลับชุมชน

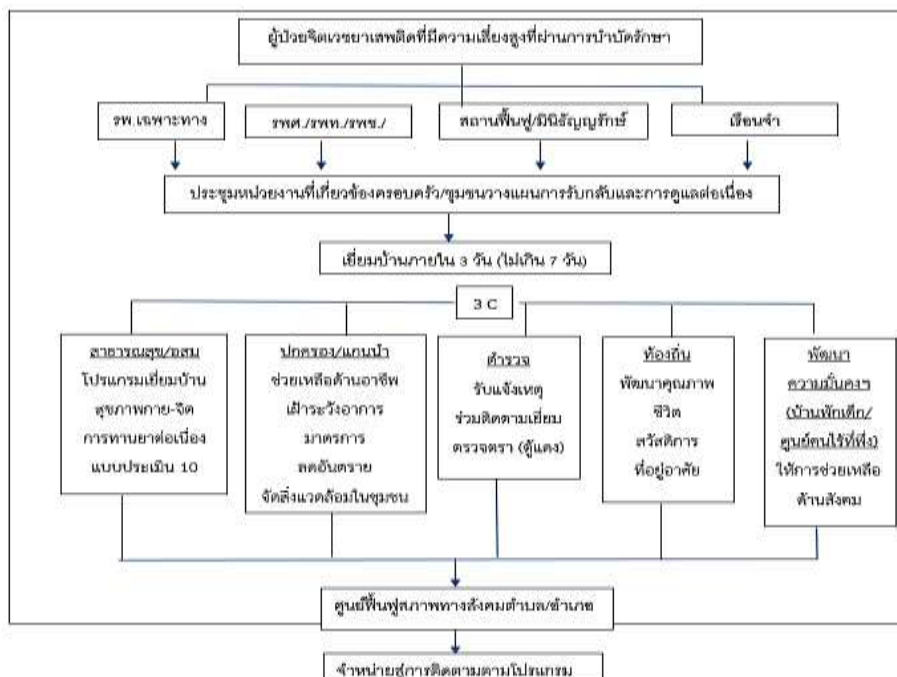
Observe (O2) ลงพื้นที่ร่วม ปฏิบัติการติดตามผู้ป่วยจริง มีการประชุมเตรียม ชุมชนก่อนรับผู้ป่วยกลับ และติดตามผลการดูแล เป็นรายตำบลอย่างต่อเนื่องตลอดปี

Reflect (R2) ผลการสะท้อน พบว่า การดำเนินงานแบบบูรณาการเครือข่าย ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ลดการ กำเริบซ้ำ และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ครอบครัว และชุมชน นำไปสู่การสรุปรูปแบบการติดตาม หลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มี ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบบูรณาการ เครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม

สรุปรูปแบบการติดตามหลังการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง ดังนี้ผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนจำหน่ายจากหอผู้ป่วย สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เรือนจำจังหวัดมหาสารคามแล้วแจ้งผู้รับผิดชอบระดับอำเภอก่อนจำหน่ายหรือนำส่งส่วนครอบครัว/ชุมชนจะได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ตั้งแต่การเตรียมรถ เตรียมคนไปรับ เตรียมความเรียบร้อยของบริเวณบ้านสิ่งแวดล้อมในบ้าน แบ่งบทบาทหน้าที่ของ อสม. ผู้รับผิดชอบ 3 คนต่อผู้ป่วย 1 คน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการติดตามเยี่ยมครั้งแรก ภายใน 3 วันหลังจำหน่าย และไม่เกิน 7 วัน โดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (พยาบาลวิชาชีพ/นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข) ทีมปกครอง ตำรวจ ท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่จาก พมจ. และได้รับการประเมินพฤติกรรมในช่วงเดือนแรกหลังจำหน่ายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคจิต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย การกินยา ญาติ/ผู้ดูแล การใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/สารเสพติด/อื่นๆ) และ

ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามและประเมินพฤติกรรมเดือนละหนึ่งครั้งจนครบ 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 (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด) และครอบครัวชุมชนจะได้รับความรู้เรื่องการสังเกตทางจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง 5 สัญญาณเตือน ซึ่งระหว่างการติดตามและประเมินพฤติกรรม หากผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตกำเริบ คณะทำงานในพื้นที่จะดำเนินการประสานพยาบาลจิตเวชลงพื้นที่ ร่วมกับการให้คำปรึกษาจากแพทย์ และจัดประชุมทีมแกนนำอีกครั้ง หากผู้ป่วยอาการดีขึ้น อาการทางจิตสงบไม่กลับไปเสพยาซ้ำในระยะ 1 ปี ชุมชนจะมีการพัฒนาคุณภาพชีวิต เช่น การสร้างอาชีพ จ้างงานหารายได้ เป็นต้น

สรุปรูปแบบการติดตามหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่ออาการก่อความรุนแรงแบบบูรณาการเครือข่าย ในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม



การติดตามหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบบูรณาการเครือข่าย (สาธารณสุข/ปกครอง/ ตำรวจ/ ท้องถิ่น/ เรือนจำ/ พมจ.) ภายใต้หลัก 3 C ดังนี้

1) Client (เข้าถึง ฟังตนเอง เข้าใจ) ได้แก่ ส่งเสริมการกินยาอย่างต่อเนื่อง ฟันฟูทักษะการดูแลตนเอง มีความหวัง มีพลังชีวิต เผื่อระวังการกำเริบ การจัดการเบื้องต้น ดูแลเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน

2) Care Give (เข้าใจ เข้าถึง สอดส่อง) ได้แก่ ปรับทัศนคติ เพื่อให้เข้าใจและยอมรับผู้ป่วยดูแลสภาพจิตใจ ตนเองไม่ให้เครียด สังเกต/ ประเมิน เผื่อระวังอาการทางจิตกำเริบ ดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธีและมีแหล่งช่วยเหลือ

3) Community (ยอมรับ ช่วยกันปันโอกาส) ได้แก่ ยอมรับ เข้าใจ และเห็นใจผู้ป่วยผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน มองการเจ็บป่วยเป็นปัญหาของทุกข์ของสังคม สนับสนุนกิจกรรมร่วมกับชุมชนสร้างอาชีพ สามารถพึ่งตนเองได้

ระยะเวลาการติดตามเยี่ยม 4 - 7 ครั้ง
ใน 1 ปีแรกหลังจำหน่ายจากสถานพยาบาล

- ครั้งที่ 1 ภายใน 7 วันหลังจำหน่าย

- ครั้งที่ 2: 1 เดือน/ 3 เดือน/ 6 เดือน/

12 เดือน ร่วมกับการฟื้นฟูทางสังคมหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านอาชีพ รายได้ ฯลฯ

- ปีที่ 2 ติดตามเยี่ยมทุก 6 เดือน

ร่วมกับการฟื้นฟูทางสังคมหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านอาชีพ รายได้ ฯลฯ

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการติดตามหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบบูรณาการเครือข่ายอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

ผลการประเมินประสิทธิภาพ พบว่าหลังการนำรูปแบบไปใช้ อัตราการติดตามดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และการก่อความรุนแรงซ้าลดลงอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในปี 2568 ที่มีการบูรณาการเครือข่ายอย่างเป็นระบบ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงที่ได้รับการติดตามต่อเนื่อง อำเภอเมืองมหาสารคาม ปี 2566 – 2568

ปี	ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง			หมายเหตุ
	ทั้งหมด (คน)	ได้รับการติดตาม	ร้อยละ	
2566	447	401	89.70	ครอบครัวปกปิดข้อมูล ชุมชนไม่กล้าเข้าไปดูแลก่อเหตุซ้ำ 46 คน
2567	325	301	92.61	ก่อเหตุซ้ำนอกพื้นที่ 14 ราย และออกจากพื้นที่ 7 คน จำคุก 3 คน
2568	195	193	98.97	ก่อเหตุซ้ำ 2 ราย เป็นผู้ป่วยนิติจิตเวช 2 คน ถูกดำเนินคดีและต้องโทษ จำคุก (รับยาจิตเวชต่อในเรือนจำ)

โดยเฉพาะปี 2568 มีการบูรณาการเครือข่ายอย่างเป็นระบบจากทุกภาคส่วนร่วมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเตรียมความพร้อมของครอบครัว ชุมชนเตรียมรับผู้ป่วย โดยทีม 4 ประสาน ร่วมติดตามหลังการรักษาตามแนวทาง มีหน่วยงานจาก พมจ. ให้การช่วยเหลือด้านสังคม อาทิสุนย์คนไร้ที่พึ่งและบ้านพักเด็ก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามต่อเนื่องครบ 1 ปี จำนวน 193 คน จาก 195 คน พบการก่อความรุนแรงซ้ำเพียง 2 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยนิติจิตเวชและถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย คิดเป็นความสำเร็จของการเฝ้าระวังและป้องกันการก่อความรุนแรง ร้อยละ 98.97 นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือด้านสังคม เศรษฐกิจ และอาชีพ จำนวน 39 ราย ได้รับการช่วยเหลือครบถ้วนทุกราย

วิจารณ์

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการติดตามหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอเมืองมหาสารคาม มีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ผลการศึกษาพบว่าจำนวนผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในพื้นที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และปัญหาสำคัญ คือ การกลับไปเสพยาซ้ำ (Relapse) ซึ่งร้อยละ 78 สัมพันธ์กับการกำเริบของอาการทางจิตจนนำไปสู่ความรุนแรง ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาไม่ได้อยู่ที่การบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่อยู่ที่ "ช่องว่าง" ของการดูแลต่อเนื่องในชุมชนซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Fazel และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ระบุว่าสารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชขาดความยับยั้งคิดและเพิ่มโอกาส

พฤติกรรมรุนแรงขึ้นหลายเท่าตัว นอกจากนี้การที่ผู้ป่วย ร้อยละ 67 ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำยังชี้ให้เห็นถึงความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (Caregiver Burden) และทัศนคติเชิงลบของชุมชน ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลให้ระบบการดูแลต่อเนื่องแบบเดิมล้มเหลว

2. การพัฒนารูปแบบการติดตามแบบบูรณาการเครือข่ายด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

รูปแบบการติดตามหลังการบำบัดรักษาที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้ มีจุดแข็งสำคัญอยู่ที่กระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ หน่วยบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหน่วยงานด้านสังคมสงเคราะห์ (พมจ.) ความร่วมมือดังกล่าวส่งผลให้เกิดความชัดเจนในการกำหนดบทบาทหน้าที่ มีการสื่อสารข้อมูลเชื่อมโยงกันอย่างไร้รอยต่อ และนำไปสู่การจัดการรายกรณี (Case Management) ที่เป็นระบบครอบคลุมทุกมิติ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของกนกศรี จาดเงิน และคณะ⁽¹¹⁾ และ รัศมี ชูดพิมาย⁽¹²⁾ ที่ระบุว่า การกำหนดบทบาทหน้าที่ภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรมและการจัดการรายกรณีร่วมกันเป็นกลไกสำคัญในการลดอัตราการกลับมาเจ็บป่วยซ้ำและเพิ่มความต่อเนื่องในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน^(11,12)

นอกจากนี้ การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ตั้งแต่ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา ทดลองใช้รูปแบบ และสรุปบทเรียนเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง กระบวนการนี้ส่งผลให้เกิด "ความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน" (Self-ownership) และสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในระดับอำเภอที่มี

ความยั่งยืนมากกว่าการสั่งการเชิงนโยบายเพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นไปตามหลักการที่ว่า การเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติจริงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับงานวิจัยของนิภาวรรณ ตติยันทพร⁽¹³⁾ รวมถึง ชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ต่างสนับสนุนว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ คือหัวใจหลักของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในบริบทชุมชน⁽¹³⁻¹⁴⁾

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการพัฒนาระบบการติดตามดูแลที่มีประสิทธิภาพแล้ว แต่ผลการศึกษายังคงพบอุบัติการณ์การก่อความรุนแรงซ้ำในพื้นที่บางส่วน ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้หมดสิ้น โดยเฉพาะบริบทของพื้นที่เขตเมืองในอำเภอเมืองมหาสารคามที่มีความเสี่ยงต่อการเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย ภาวะความเหนื่อยล้าสะสมของผู้ดูแล (Caregiver Burnout) และทัศนคติเชิงลบของชุมชนต่อผู้ป่วยที่มีประวัติพฤติกรรมรุนแรงซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ ชาลิสา ศิริธรรมเกตุ⁽¹⁵⁾ และ รณกฤต จิตต์ธรรม⁽¹⁶⁾ ที่ระบุถึงข้อจำกัดในสังคมเมืองที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบำบัด⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ และยังคงสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ ศรีนรินทร์ จันทพิมพ์ และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลมิติด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหาในระยะยาว หากขาดการเชื่อมโยงกับมาตรการสนับสนุนทางสังคม เศรษฐกิจ และนโยบายสาธารณะที่เข้มแข็งควบคู่กันไป⁽¹⁷⁾

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการติดตามแบบบูรณาการเครือข่าย

ผลการประเมินพบประสิทธิผลที่ชัดเจน คือ อัตราการติดตามต่อเนื่องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.97 และเหตุความรุนแรงซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (เหลือเพียง 2 รายในปี 2568) ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อชุมชนและเครือข่ายเปลี่ยนบทบาทจาก "ผู้เฝ้าระวังด้วยความกลัว" มาเป็น "ภาคีผู้ร่วมดูแล" ตามหลักชุมชนเป็นฐาน (CBTx)

จะช่วยลดระดับการตีตราและเพิ่มการยอมรับผู้ป่วยคืนสู่สังคม การช่วยเหลือด้านคุณภาพชีวิตและอาชีพ จำนวน 39 ราย จาก พมจ. ยังเป็นปัจจัยเสริมที่ช่วยลดแรงกดดันทางสังคมแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีนรินทร์ จันทพิมพ์ และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ชี้ว่าการสนับสนุนทางสังคมและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นปัจจัยป้องกันสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดไม่กลับไปก่อความรุนแรงซ้ำ

โดยสรุป รูปแบบการติดตามที่พัฒนาขึ้นนี้ไม่เพียงแต่ช่วยลดอุบัติการณ์ความรุนแรงในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคามเท่านั้น แต่ยังเป็นต้นแบบ (Model) ของการบูรณาการการบริหารจัดการทรัพยากรในระดับพื้นที่ (Local Management) ที่เปลี่ยนจากภาระของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งให้เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของเครือข่ายอย่างไร้รอยต่อ

ข้อเสนอแนะ

1) ด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การพัฒนารูปแบบการติดตามหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบบูรณาการเครือข่าย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของหน่วยงานในระดับอำเภออย่างเป็นรูปธรรม หน่วยงานควรนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานประจำ โดยเฉพาะการจัดตั้งระบบฐานข้อมูลร่วม การกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการรายกรณี และการประชุมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้การติดตามดูแลมีความต่อเนื่องครบคลุม และลดการทำงานซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงาน

2) ด้านผู้ป่วย รูปแบบการติดตามที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการรักษาการฟื้นฟู และการช่วยเหลือด้านสังคมได้อย่างเหมาะสม ลดโอกาสการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ และลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ผู้ป่วย

มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความสามารถในการดำรงชีวิตในชุมชน และสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ภายใต้ การสนับสนุนจากครอบครัวและเครือข่าย

3) ด้านชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน และแกนนำท้องถิ่นในการติดตามดูแลผู้ป่วย ช่วยลดความหวาดกลัวและการตีตราผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ชุมชนมีความเข้าใจบทบาทของตนเองในการเฝ้าระวังและป้องกันความรุนแรงมากขึ้น เกิดความร่วมมือในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟู ส่งเสริมการยอมรับผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคม และสร้างความปลอดภัยต่อประชาชนในพื้นที่

4) ด้านงานทางการแพทย์และสาธารณสุข การวิจัยชี้ให้เห็นบทบาทสำคัญของพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในการเป็นแกนกลางของการจัดการรายกรณี การติดตามเยี่ยมบ้าน และการประสานเครือข่าย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานการพยาบาล สุขภาพจิต/ยาเสพติดและงานสาธารณสุขชุมชน โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติด้านสุขภาพกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตยาเสพติด ระดับอำเภออย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นางนิตยา ฤทธิ์ศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานการพยาบาลชุมชนในการบำบัดรักษา ยาเสพติด โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นที่ปรึกษาโครงการและงานวิจัยที่ให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องในการดำเนินงานต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณ นายประเสริฐ ไหลหาโคตร สาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด และจิตเวชโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงาน

สาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคามและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองมหาสารคาม ทุกแห่ง ผู้สนับสนุนการขับเคลื่อนงานโครงการและงานวิจัย ขอขอบคุณโรงพยาบาล มหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม ในการสนับสนุนงบประมาณการขับเคลื่อนงานโครงการอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณ ครอบครัวในการสนับสนุนเป็นกำลังใจ ตลอดมา และทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวชื่อนามที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2023. Vienna: UNODC; 2023.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC): รายงานผู้ป่วยจิตเวชร่วมใช้สารเสพติดสะสม ประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (SMI-V) ประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. World Health Organization. WHO guidelines on mental health at work. Geneva: World Health Organization; 2022.
5. Smith K, Thompson A, Williams J, Brown L. Substance use disorders and violence: a systematic review and meta-analysis of psychiatric populations. Aggress Violent Behav. 2022; 64: 101732.
6. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2566-2570. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.; 2566.

7. กรมการแพทย์. คู่มือการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด (Case Management for Substance use Disorders). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
8. โรงพยาบาลมหาสารคาม. สรุปผลการดำเนินงานกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ปี 2566. มหาสารคาม: กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2566.
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
10. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2009; 6(8): e1000120.
11. กนกศรี จาดเงิน และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2561; 7(4): 123–135.
12. รัชมี ชูดพิมาย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 16(3): 851–867.
13. นิภาวรรณ ตติยนันท์พร. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 16(2): 581–596.
14. ชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์ และ ยอดชาย สุวรรณวงษ์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2565; 2(1): 49–68.
15. ชาลีสา ศิริธรรมเกตุ. การบูรณาการความร่วมมือในการป้องกันปัญหาเสพติดในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารพัฒนาทักษะทางวิชาการอย่างยั่งยืน. 2563; 2(3): 43–54.
16. ว่าที่ ร.ต.รณกฤต จิตต์ธรรม. การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนปู้เย็น ย่าคำ ยังอยู่ แขวงหลักสอง เขตบางแค กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสยาม; 2563.
17. ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์, และคณะ. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561; 36(2): 83–89.