

**การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อนแบบเชิงรุก  
ในชุมชน ผ่านกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม**

**ผู้วิจัย :** ชรินทร์ ประกายสิทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ,รัตนา ดวงพรหม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**ผู้นำเสนอผลงาน :** ชรินทร์ ประกายสิทธิ์

**สถานที่ติดต่อ :** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลแกด้า อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

043-787-026-117,0874250930 Email:Chanin2903@gmail.com

**บทคัดย่อ**

การวิจัยและการพัฒนางานนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่ผู้ป่วยจิตเวช ในพื้นที่อำเภอแกด้าที่มีปัญหาซับซ้อน และไม่เข้าถึงระบบการบำบัดรักษาและเพื่อพัฒนาแนวทางระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนแบบเชิงรุกในชุมชน ผ่านกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ เดือน ต.ค. 2566-เม.ย.2567 เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1.ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2.ระยะพัฒนา 3.ระยะการประเมินผลการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) แบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้ที่เข้ายาและสารเสพติด (V.๒) แบบประเมินระยะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) แบบประเมินภาวะเครียด/ซึมเศร้า  $\alpha Q$   $\omega Q$  และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด จำนวน 118 คน (ศป.ปส.อ.แกด้า 2566) แบ่งเป็นสีแดง 8 ราย ร้อยละ 6.78 สีเหลือง 11 ราย ร้อยละ 9.32 สีเขียว 43 ราย ร้อยละ 36.44 และสีขาว 56 ราย ร้อยละ 47.46 เป็นเพศชาย 98 คน ร้อยละ83.05 เพศหญิง 22 คน ร้อยละ16.95 อายุระหว่าง 19-63 ปี เดือน ก.ค.-ก.ย. 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชมีอาการอาละวาด ก้าวร้าว รับการรักษาที่โรงพยาบาลแกด้า จำนวน 3 ราย ,3 ราย และ 7 ราย รวม 13 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป 3 ราย และจิตเวชจากสารเสพติด 10 ราย ได้รับการส่งต่อ 11 ราย และจำหน่ายกลับบ้าน 2 ราย มี 3 ราย ที่มีอาการกำเริบซ้ำจากหลายๆสาเหตุ คือ รักษาหายแล้วกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ รักษาได้ยากกลับไปแต่ไม่รับประทานยา ไม่มาพบแพทย์รับการรักษาต่อเนื่อง ปัจจัยบกพร่องด้านผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวไม่มีศักยภาพในการดูแล สมาชิกในครอบครัวเกิดภาวะเหน็ดเหนื่อย ท้อแท้สิ้นหวังกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ไม่มีพาหนะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแกด้า **ผลการพัฒนา** ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนแบบเชิงรุกในที่ใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งอำเภอ ก่อนการพัฒนา มีผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดกลุ่มสีแดงจำนวน 8 ราย เป็นเพศชายทั้ง 8 ราย อายุระหว่าง 21-51 ปี เป็นผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป 4 ราย และจิตเวชจากสารเสพติด 4 ราย สารเสพติดที่ใช้ กัญชา 2ราย และยาบ้า 2 ราย ประเมิน V.2= 8,13,21 และ 22 คะแนน แผลผล เป็นผู้เสพทั้ง 4 ราย หลังการดำเนินการ 6 เดือน(เม.ย. 2567) ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มสีแดงทั้ง 8 ราย ไม่มีอาการกำเริบซ้ำปรับลดความรุนแรงเป็นสีเขียวทั้ง 8 ราย ผู้ป่วยทั้ง 8 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดฉีดตามแผนการรักษาของแพทย์ที่ชุมชน ทุก 2 สัปดาห์ และทุก 1 เดือน มีผังการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน ที่ใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งอำเภอ ตาม Patient Journey การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดที่มีอาการอาละวาดก้าวร้าว ของจังหวัดมหาสารคาม

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด,ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มสีแดง

## สรุปสาระสำคัญ

**บทนำ :** ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดมีแผนแม่บทรองรับ 8 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด 2) การแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติด 3) การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม 4) การควบคุมยาและผู้ค้ายาเสพติด 5)ความร่วมมือระหว่างประเทศ 6) การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันปัญหาเสพติด 7) การมีส่วนร่วมภาคประชาชนและ 8) การบริหารจัดการอย่างบูรณาการเพื่อให้เกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน จุดเน้นที่สำคัญ คือ ความเชื่อมโยงและการบูรณาการขับเคลื่อนผ่านกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความมั่นคงของชาติ ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ จนถึงระดับตำบล โดยมีเครือข่ายที่สำคัญได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัคร จิตอาสา ประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2563)

สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุข ปี 2567-2568 โดยท่านสมศักดิ์ เทพสุทิน รมต.สาธารณสุข นโยบายสำคัญเร่งรัดดำเนินการ 5 ด้าน ในด้านที่ 2 คือ การแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างบูรณาการ พัฒนามิณิธยธรรมาภิบาล บูรณาการการบำบัด รักษาฟื้นฟูให้เป็นรูปธรรม ทบทวนกฎหมายให้เหมาะสม เพื่อสร้างความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยให้ และนโยบายสานต่ออีก 5 ด้าน ในด้านที่ 3 คือ การส่งเสริมสุขภาพกายและจิตให้มีความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิต เพิ่มการเข้าถึงการปรึกษาจิตแพทย์และนักจิตวิทยาผ่านระบบแพทย์ทางไกล พร้อมจัดตั้งหน่วยงานและกองทุนเฉพาะเพื่อการบริหารจัดการ รัฐบาลได้ให้ความสำคัญในการดำเนินงานด้านการป้องกันแก้ไขปัญหาเสพติดและการดูแลด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตของประชาชนอย่างครอบคลุมทุกมิติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2567-2568

อำเภอแกดำ ในปีงบประมาณ 2566 อำเภอแกดำมีผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดจำนวน 118 คน (ศป.ปส.อ.แกดำปี 2566) แบ่งเป็นสีแดง 8 ราย สีเหลือง 11 ราย สีเขียว 43 ราย และสีขาว 56 ราย มีคดียาเสพติดอุกฉกรรจ์ ตั้งแต่ปี 2564 -2566 ดังนี้ 30 คดี 36 คดี และ 86 คดี (ศป.ปส.อ.แกดำปี 2566) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่รูปแบบการดำเนินงานของแต่ละภาคส่วน ยังขาดความเชื่อมโยง ขาดการบริหารจัดการแบบบูรณาการอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง ขาดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและชุมชน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจร่วมแก้ไขปัญหา โดยการมีส่วนร่วมผ่านกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) อ.แกดำ จ.มหาสารคาม

จากข้อมูลกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลแกดำเดือน ก.ค.-ก.ย. 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชมีอาการอาละวาด ก้าวร้าว รับการรักษาที่โรงพยาบาลแกดำ จำนวน 3 ราย ,3 ราย และ 7 ราย รวม 13 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป 3 รายและจิตเวชจากสารเสพติด10 ราย ได้รับการส่งต่อ 11 ราย และจำหน่ายกลับบ้าน 2 ราย มี 3 รายที่มีอาการกำเริบซ้ำจากสาเหตุ คือ รักษาหายแล้วกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ รักษาได้ยากกลับไปแต่ไม่รับประทานยา ไม่มาพบแพทย์รับการรักษาต่อเนื่อง ปัจจัยบกพร่องด้านผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวไม่มีศักยภาพในการดูแล สมาชิกในครอบครัวเกิดภาวะเหนื่อยหน่าย ท้อแท้สิ้นหวังกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ไม่มีพาหนะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้มีอาการกำเริบซ้ำจากที่กล่าวมา ส่งผลกระทบและผลเสียทั้งด้านครอบครัว และชุมชน และงบประมาณในการใช้ดูแลนำส่งผู้ป่วยมากมาย จึงได้นำสู่การวิจัยและพัฒนางานครั้งนี้

### วัตถุประสงค์

:เพื่อศึกษาวิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มสีแดงในพื้นที่อำเภอแกดำ ที่มีปัญหาซับซ้อนที่อาการกำเริบบ่อยครั้งและไม่เข้าถึงระบบการบำบัดรักษา

:เพื่อพัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดกลุ่มสีแดงที่มีปัญหา

ซับซ้อนแบบเชิงรุกในชุมชนอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม โดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

**วิธีการศึกษา/การดำเนินการ :** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วยผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มสีแดง(OAS=3คะแนน) 8 ราย ญาติผู้ป่วย 8 ราย จนท.สาธารณสุข 5 ราย จนท.ปกครอง 5 ราย จนท.ตำรวจ 4 ราย ภาคชุมชน 14 ราย เป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1.ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ สาเหตุและปัจจัยของปัญหา ร่วมกับทีมดูแล สหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน อสม.และภาคีเครือข่าย 2.ระยะพัฒนา ประกอบด้วยขั้นวางแผน (Planning), ขั้นปฏิบัติ(Acting), ขั้นสังเกตการณ์ (Observing), ขั้นสะท้อนผล(Reflecting) และ3. ระยะการประเมินผล การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) แบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้ที่เข้ายาและสารเสพติด (V๒) แบบประเมินระยะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) แบบประเมินภาวะเครียด/ซึมเศร้า ๙Q ๘Q และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดย จำนวน ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

**ผลการศึกษา :1.ระยะวิเคราะห์สถานการณ์** ก่อนการวิจัย อำเภอแกดำมีผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดกลุ่มสีแดงจำนวน 8 ราย(คะแนน OAS= 3คะแนน)เป็นเพศชายทั้ง 8 ราย อายุระหว่าง 21-51 ปี เป็นผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป 4 ราย และจิตเวชจากสารเสพติด 4 ราย สารเสพติดที่ใช้คือ กัญชา 2ราย คิดเป็น ยาบ้า 2 ราย ประเมิน V.2= 8,13,21 และ 22 คะแนน แปลผล เป็นผู้เสพทั้ง 4 ราย พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยครั้งและมีปัญหาการเข้าถึงการรักษาจากสาเหตุ คือ รักษาหายแล้วกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ได้ยากกลับไปแต่ไม่รับประทานยา ไม่มาพบแพทย์รับการรักษาต่อเนื่อง ปัจจัยบกร่องด้านผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวไม่มีศักยภาพในการดูแล สมาชิกในครอบครัวเกิดภาวะเหนื่อยหน่าย ท้อแท้สิ้นหวังกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ไม่มีพาหนะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแกดำ **ผลการพัฒนา 2.ระยะพัฒนา** โดยใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Kemmis and McTaggart(1992) ได้แนวทางและผังในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อนแบบเชิงรุก ในชุมชน โดยภาคีเครือข่ายและชุมชนมีส่วนร่วมที่ใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งอำเภอ ซึ่งปรับใช้ให้ตรงกับบริบทของพื้นที่ ตาม Patient Journey การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดที่มีอาการอาละวาดก้าวร้าว ของจังหวัดมหาสารคาม **3. ระยะการประเมินผล** หลังการดำเนินการ 6 เดือน(เมษายน2567) ผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดกลุ่มสีแดงทั้ง 8 รายไม่มีอาการกำเริบซ้ำ สามารถปรับความรุนแรงลดลงเป็นสีเขียวทั้ง 8 ราย คิดเป็น ร้อยละ100 ผู้ป่วยทั้ง 8 รายได้รับการรักษาด้วยยาชนิดฉีดยาตามแผนการรักษาของแพทย์ที่ชุมชนโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมกันดูแล ตามแนวทางของอำเภอ โดยฉีดยาทุก 2 สัปดาห์ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 และทุก 1 เดือน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ50 โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยในเขตบริการของโรงพยาบาล 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5 และผู้ป่วยนอกเขตโรงพยาบาล 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5

**อภิปราย สรุปและ ข้อเสนอแนะ :** สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดทั้งยาบ้าและการเข้าถึงการเสพกัญชาได้ง่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยที่รักษาหายแล้วกลับไปเสพซ้ำและมีอาการกำเริบ และเกิดผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดรายใหม่ และมีช่วงอายุเริ่มต้นการเริ่มใช้สารเสพติดที่น้อยลง ซึ่งเกิดจากการควบคุมและบังคับใช้กฎหมายยังไม่เข้มงวดมากพอ ประชาชนยังมีความรู้ความเข้าใจยังไม่ถูกต้องเกี่ยวกับกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ส่งผลให้ผู้ป่วยทางจิตที่กำลังรักษาอยู่และผู้ที่ยังไม่ป่วย มีการใช้สารเสพติดมากขึ้นทั้งยาบ้าและกัญชา ผู้ป่วยเก่าเกิดอาการทางจิตกำเริบ

และเกิดผู้ป่วยทางจิตรายใหม่ การทำความเข้าใจ การให้องค์ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการ การเฝ้าระวังและการรักษาอาการทางจิตเมื่อเริ่มพบอาการผิดปกติแก่บุคคลทุกช่วงวัยจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ การเข้าถึงปัญหาเชิงลึก สาเหตุของปัญหา วิธีการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจะทำให้สามารถวางแผนการดูแลช่วยเหลือในการจัดการแก้ไขปัญหารายกรณีได้ง่ายขึ้น และการยอมรับในตัวตนผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของผู้นำชุมชน อสม.และชุมชนจะส่งผลให้เกิดการดูแล เฝ้าระวังและแก้ปัญหาร่วมกันโดยคนในชุมชน เกิดความสามัคคี ความภาคภูมิใจและหวงแหนในความเป็นชุมชนที่เป็นเจ้าของร่วม กระบวนการทำงานเป็นทีม การประสานงานการทำงานร่วมกันทั้งฝ่ายสาธารณสุข ปกครอง ตำรวจ และภาคชุมชนส่งผลให้การดำเนินงานสำเร็จ ลุล่วง ปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน เกิดความสามัคคีและความภาคภูมิใจในความสำเร็จในการดำเนินงานร่วมกัน เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการทำงาน มีการทบทวนและวางแผน แก้ไขการทำงาน ปรับให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยและชุมชน มีความยืดหยุ่นและยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และการให้ความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วย ทั้งแก่ครอบครัวและชุมชน เช่น การสังเกตอาการและเฝ้าระวัง 5 สัญญาณเตือนอันตรายผู้ป่วยจิตเวช เป็นสิ่งสำคัญเพื่อที่จะสามารถแจ้งเหตุการณ์ แก่ผู้เกี่ยวข้องและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาได้รวดเร็วที่สุด

#### เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข.(2562). ระบบข้อมูลการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ. สืบค้นจาก

<https://bit.ly/35a4Tz1>

ธงชัย สิงอุตม, และพระมหาสมศักดิ์ สติสมปนโน. (2564). การป้องกันและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดตามแนว

ชายแดน ของชุมชนในจังหวัดเลย. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์.

วีระยุทธ ชาตะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ.วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี.

ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม. (2566).

เอกรัตน์ หามนตรี. (2561).ยุทธศาสตร์ชาติ (2561–2580).กรุงเทพมหานคร.

สำเนา นิลบรรพ์และคณะ. (2563).ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสพยาของผู้เสพยา  
แอมเฟตามีน.มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์.

สำนักงานศูนย์อำนวยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดกรุงเทพมหานคร(ศอ.ปส.กทม.) .แผนยุทธศาสตร์  
ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ.2561-2564.

จักรชัย ลือประเสริฐสิทธิ์ และคณะ.(2564).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหลังผ่านการบำบัดของ  
ผู้ผ่านการบำบัดในระบบสมัครใจค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน:กรณีศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก