

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง  
ด้วยการระดมพลังทางสังคมร่วมกับการจัดการรายกรณี อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

Development of Care Model for Serious Mental illness High Risk to Violence (SMIV) with  
Social Mobilization Together with Case Management in Mueang District, Maha Sarakham  
Province

นันทยา พิมพ์บุตร<sup>1\*</sup>, นิตยา ฤทธิศรี<sup>2</sup>

Nanpaya Pimboot<sup>1\*</sup>, Nittaya Ritsri<sup>2</sup>

<sup>1\*</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

<sup>1\*</sup> Professional Nurse, Community Nursing Work Group, Maha sarakham Hospital,  
Maha sarakham Province 44000

<sup>2</sup> Senior Professional Nurse, Community Nursing Work Group, Maha sarakham Hospital,  
Maha sarakham Province 44000

Corresponding Author : \*E-mail : pimboot2016@gmail.com

(Received: 26 May 2025 Revised: 6 August 2025 Accepted: 10 August 2025)

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

**รูปแบบและวิธีวิจัย :** วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระยะเวลาวิจัย มกราคม 2565– เมษายน 2567 กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย 151 คน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ญาติหรือผู้ดูแล แกนนำชุมชน ตำรวจเรือนจำ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พระภิกษุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการศึกษา :** 1) ปี 2564-2565 ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงอำเภอเมืองมหาสารคามมีจำนวนเพิ่มขึ้น และขาดรูปแบบเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอเมืองมหาสารคาม ดังนี้ ศึกษาสถานการณ์ ประสานแผนงานคณะกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอ ประชุม และดำเนินกิจกรรมตามแผน นำผลที่ได้ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคไปแก้ไข และปรับปรุงในวงรอบต่อไป จนวงรอบที่ 3 ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการระดมพลังทางสังคมร่วมกับการจัดการรายกรณี ดังนี้ การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลร่วมกับบูรณาการ 3 หมอ การดูแลในโรงพยาบาลรับบริการในหน่วยบริการ และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย 3) ปี 2567 ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดรับการดูแลไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ร้อยละ 98.97

**สรุปผลการศึกษา :** รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการระดมพลังทางสังคมร่วมกับการจัดการรายกรณี เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองส่งต่อ บำบัดรักษา และติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ :** การพัฒนารูปแบบการดูแล, การระดมพลังทางสังคม, นักจัดการรายกรณี, ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

---

## ABSTRACT

**Objectives :** 1) To assess the situation of care for Serious Mental illness High Risk to Violence (SMIV) in Mueang District, Maha Sarakham Province; 2) Develop a comprehensive care model for these patients; and 3) Evaluate its effectiveness.

Research Design and

**Methods :** This study employed a participatory action research (PAR) approach from January 2022 to April 2024. The study involved 151 participants, including serious mental illness high risk to violence, their relatives or caregivers, community leaders, law enforcement officers, prison staff, local administrative representatives, monks, healthcare professionals, and multidisciplinary teams from Maha Sarakham Hospital and its network. Data were collected using mixed methods: quantitative data were analyzed using descriptive statistics (frequencies and percentages), while qualitative data were analyzed using thematic content analysis.

**Results :** 1) The number of serious mental illness high risk to violence in Mueang District, Maha Sarakham, increased during 2021-2022. There was a lack of an integrated care model connecting initial care to continuous community care. 2) The developed care model was created through situation analysis, coordination with the District Narcotics Control Committee, stakeholder meetings, planned activities, and iterative problem-solving across three cycles. The final model combined social mobilization with case management, including pre-hospital care ("Three Doctors" approach - collaboration between doctors in hospitals, community, and traditional healers), in-hospital care, and post-hospital care. 3) By 2024, 98.97% of these patients were effectively managed without recurrent violent incidents.

**Conclusion :** A care model for serious mental illness high risk to violence, using social mobilization and case management, is an effective tool to ensure appropriate screening, referral, treatment, and follow-up care.

**Keywords :** Development of care model, Social mobilization, Case management, Serious mental illness high risk to violence (SMIV)

## ความเป็นมาหรือปัญหา

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบในหลายด้านทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม และอาชญากรรม องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2017<sup>(1)</sup> มีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดทั่วโลก 585,000 คน จากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence; SMI-V) คือ ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวสดังกล่าว ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคเดียวกัน ความรุนแรงของอาการป่วยทางจิตในผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย และทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ได้กลายเป็นประเด็นสำคัญ ที่สังคมต้องตระหนัก และให้การดูแลร่วมกัน ไม่เพียงแต่การรักษาในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการทางสุขภาพเท่านั้น ในประเทศไทย ปี 2559 คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติดได้ทำการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดการณ์จำนวนผู้ใช้ยาเสพติดในประเทศไทย พบว่า มีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 1.4 ล้านคน และอนุมานว่าผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 3 แสนคน เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิตในปี 2564 พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการด้านจิตเวชเป็นผู้ติดสารเสพติด จำนวน 360,615 ราย โดยจำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากการเสพยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษา ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นผู้ก่อความรุนแรง ซึ่งผู้เข้ารับการรักษาเป็นเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี มีสัดส่วนมากถึงร้อยละ 50<sup>(2)</sup> จังหวัดมหาสารคาม ในปี 2565 พบผู้ป่วยผู้ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 1,090 คน ลักษณะการก่อความรุนแรง ได้แก่ มีการทำร้ายตนเองและผู้อื่น มีการใช้อาวุธที่อันตราย และทำลายทรัพย์สิน<sup>(3)</sup> ในอำเภอเมืองมหาสารคาม ปี 2564-2565 พบผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 239 และ 447 คน ตามลำดับ โดยพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น<sup>(4)</sup>

การดูแลต่อเนื่องในชุมชนยังพบปัญหาผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ อีกทั้งในอำเภอเมืองมหาสารคาม ยังขาดผู้รับผิดชอบที่สามารถเชื่อมโยงประสานการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในระดับพื้นที่ ขาดเจ้าภาพหลักในการเชื่อมประสานงานในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในพื้นที่ ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในหน่วยบริการสาธารณสุขมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่แตกต่างกันออกไป การบำบัดร่วมกับการดูแลหลังจำหน่ายโดยบูรณาการกับทุกภาคส่วนจึงมีความจำเป็น

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในอำเภอเมืองมหาสารคาม ด้วยแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยเชื่อมโยงการระดมพลังทางสังคมร่วมกับระบบการจัดการรายกรณี ซึ่งการมีส่วนร่วมจะส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกับใช้ยาเสพติดสามารถดำเนินการได้ด้วยชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสามารถกลับมาอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ปกติสุข

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

## รูปแบบและวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988)<sup>(5)</sup> ประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน 2) การลงมือปฏิบัติตามแผน 3) การติดตามสังเกตการณ์ และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ระยะเวลาวิจัย 1 มกราคม 2565–30 เมษายน 2567 ในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด 20 คนญาติหรือผู้ดูแล 20 คน แกนนำชุมชน 42 คนเจ้าหน้าที่ตำรวจ 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเมือง/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และเรือนจำ 24 คน ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 16 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาสารคาม 15 คน เจ้าหน้าที่ปกครองอำเภอ 5 คน พระภิกษุ 3 รูป รวม 151 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale; OAS) ของกระทรวงสาธารณสุข 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2Q 9Q และ 8Q ของกระทรวงสาธารณสุข 4) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง/ยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ในชุมชน 10 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข 5) แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม 6) แนวคำถามการประชุมและการสนทนากลุ่ม 7) แบบคัดกรองโรคจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) ของกระทรวงสาธารณสุข 8) แบบบันทึกกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดรายกรณี ของกระทรวงสาธารณสุข

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ได้แก่ การประชุมและสนทนากลุ่ม นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง จัดหมวดหมู่โดยการวิเคราะห์โครงสร้าง และเนื้อหา (Content analysis)
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการติดตามต่อเนื่องระยะ 1 ปี และข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต จำแนกตามกลุ่มที่ได้รับการติดตามเยี่ยมประเมินผล วิเคราะห์โดยค่าจำนวนและร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ ได้ผ่านการรับรองการดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH\_REC 64-01-062

## ผลการศึกษา

1. สภาพปัญหา/บริบทของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

สถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จังหวัดมหาสารคาม ในปี 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 1,090 คน ลักษณะของการก่อความรุนแรง ได้แก่ มีการทำร้ายตนเองและผู้อื่น มีการใช้อาวุธที่อันตราย และทำลายทรัพย์สิน ส่วนสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เป็นพื้นที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลมหาสารคามซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัด มีความพร้อมด้านบุคลากรเฉพาะทาง และสถานที่ในการดูแลผู้ป่วย มีการให้บริการดูแลตรวจรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยเริ่มให้การดูแลและรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ตั้งแต่ปี 2564 พบจำนวน 239 คน ในปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 447 คน ลักษณะของการก่อความรุนแรง ได้แก่ มีการทำร้ายตนเองและผู้อื่น 47 คน มีการใช้อาวุธที่อันตราย และทำลายทรัพย์สิน 109 คน พุดคนเดียวและเดินไปมาตลอดวัน มีการลักขโมย และเข้าไปในบ้านเรือนผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต 138 คน นอกจากนั้นเป็นกลุ่มเสพยาเสพติด ร่วมกับลักเล็กขโมยน้อย เป็นประจำ 294 คน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สร้างความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และความวิตกกังวล แก่คนชุมชน กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้กระจายอยู่ในทุกหมู่บ้านทั้งหมด 185 หมู่บ้าน และ 30 ชุมชนเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม นอกจากนั้นยังพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำมาจากปัญหาการกลับไปเสพยาเสพติด การดูแลต่อเนื่องในชุมชนยังพบปัญหาผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ อีกทั้งในอำเภอเมืองมหาสารคาม ขาดผู้รับผิดชอบหลักที่สามารถเชื่อมโยงประสานการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในระดับพื้นที่ โดยแต่ละหน่วยงานทำตามภารกิจของตนเอง

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

วงรอบที่ 1 (มกราคม ถึง 30 เมษายน 2565)

1. การวางแผน (Plan: P1)

- ประชุมผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดจากโรงพยาบาลมหาสารคาม หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม และศูนย์ปฏิบัติการเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเมืองมหาสารคาม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธดำเนินงาน และขอความร่วมมือในการวิจัย

- ศึกษาข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ครอบครัวทุกหมู่บ้านและชุมชนในอำเภอเมืองมหาสารคาม

- ประชุมประสานแผนการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอและตำบล เพื่อวางแผนการปฏิบัติงาน

2. การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action: A1)

- จัดประชุมเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานยาเสพติดจากโรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายในอำเภอเมืองมหาสารคาม รวมทั้งหมด 21 แห่ง เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดปี 2564 และหารือแนวทางการลงพื้นที่

- ประสานงานกับคณะกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการยาเสพติดระดับตำบล 14 ตำบล ประกอบด้วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

- จัดสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อแลกเปลี่ยนแนวทางการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน

### 3. การติดตามสังเกตการณ์ (Observe: O1)

- รวบรวมรายชื่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในทุกหมู่บ้าน ร่วมกับตำรวจและฝ่ายปกครอง ก่อนลงพื้นที่ปฏิบัติงาน

- ผู้วิจัยสังเกตการณ์ และจดบันทึกขั้นตอนและรายละเอียดระหว่างลงพื้นที่ เพื่อวิเคราะห์และปรับปรุงการปฏิบัติงาน

- จัดประชุมกลุ่มย่อยติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

### 4. การสะท้อนผลและประเมินการปฏิบัติงาน (Reflect: R1)

- รวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และผลลัพธ์จากการสังเกตการณ์และการบันทึกวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

- นำเสนอผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคในการประชุมคณะกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอเพื่อรับข้อเสนอแนะและคำปรึกษาจากผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานในวงรอบถัดไป

ผลที่ได้จากการวิจัยในวงรอบที่ 1

- สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องโดยจำนวนผู้ป่วยในปี 2564 อยู่ที่ 239 คน และเพิ่มเป็น 447 คนในปี 2565 ในปี 2565 เกิดเหตุความรุนแรงในชุมชน 85 ครั้ง แม้จะมีทีมตำรวจและทีมไม่ก้าว (ทีมเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือฝ่ายความมั่นคง ที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางในการเข้าควบคุม ระวังเหตุฉุกเฉิน หรือควบคุมตัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้อุปกรณ์ “ไม้ก้ำม” ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยยึดร่างกายผู้ป่วยในระยะปลอดภัย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของทั้งผู้ป่วยและผู้ควบคุม) เข้าระงับเหตุ แต่ยังพบผู้ป่วยอาการกำเริบ ขาดยารักษา และกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีอาชีพ รายได้ต่ำ ครอบครัวขาดการดูแลและตระหนักถึงปัญหา ชุมชนมีทัศนคติตีตราผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนโดยรวม

- รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ ทีมแพทย์พยาบาลจากโรงพยาบาลมหาสารคาม ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และฝ่ายปกครอง ลงเยี่ยมบ้านติดตามให้การรักษาและระงับความรุนแรงฉุกเฉิน โดยมีการแจ้งเหตุผ่านสายด่วน 191 เพื่อส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมหาสารคาม แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำหลังจำหน่าย สร้างความเดือดร้อนและอันตรายต่อครอบครัวและชุมชน

- การดำเนินโครงการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community-Based Treatment; CBTx) มีการใช้เงินบำรุงจากโรงพยาบาลและงบประมาณท้องถิ่นเพื่อดำเนินการค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู และติดตามผู้ป่วยในชุมชนที่มีความพร้อมและยาเสพติดแพร่ระบาด

- ผลการคืนข้อมูลแก่คณะกรรมการชุมชน พบว่า คณะกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอและตำบลทุกแห่ง เห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญ แต่ไม่กล้ายุ่งเนื่องจากหวาดกลัวอันตราย และอิทธิพลผู้ค้ายาในพื้นที่ โดยมองว่าการดูแลผู้ป่วยควรเป็นหน้าที่ของตำรวจและแพทย์มากกว่า

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคที่พบแนวทางแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่ได้ดำเนินการ ผลลัพธ์ที่ได้มาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ และสังเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในวงรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 (1 พฤษภาคม 2565 ถึง 30 เมษายน 2566)

#### 1. การวางแผนการปฏิบัติงาน (Plan: P2)

- ประชุมทีมวิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะจากวงรอบที่ 1 เพื่อวางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม

- วางแผนจัดทำโครงการและขอสนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาลมหาสารคาม

- ประสานงานคณะกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอและตำบล เตรียมจัดประชุมกลุ่มในพื้นที่

- จัดทำแผนอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน

#### 2. การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action: A2)

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มคณะกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอ (ทีม 4 ประสาน: จิตแพทย์ ตำรวจ ฝ่ายปกครอง และแกนนำชุมชน)

- ประชุมคณะกรรมการยาเสพติดอำเภอเพื่อความร่วมมือในทุกตำบล

- ส่งเจ้าหน้าที่อบรมนักจัดการรายกรณียาเสพติดระดับอำเภอ จำนวน 5 คน

- แบ่งบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องและสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับชุมชน

- อบรมแกนนำ อสม. บัดดี้เพื่อนซี้ ดูแลผู้ป่วย 1 คน ต่อ อสม. 2-3 คน

- จัดประชุมสร้างกฎกติกาชุมชนและมาตรการงดจำหน่ายแอลกอฮอล์แก่ผู้ป่วย

- สร้างความเข้าใจและบูรณาการงานดูแลร่วมกับบริการ 3 หมอในพื้นที่

- อบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการใช้แบบประเมินยาเสพติดและอาการก้าวร้าวรุนแรง รวมทั้ง อสม./ แกนนำชุมชนในแนวทางคัดกรอง

#### 3. การติดตามสังเกตการณ์ (Observe: O2)

- กำหนดบทบาทวิชาชีพต่าง ๆ และติดตามเยี่ยมแบบสหวิชาชีพ พร้อมประชุมกลุ่มย่อยเพื่อ ติดตามผล

- ผู้วิจัยลงพื้นที่สังเกตการณ์การปฏิบัติงานและร่วมกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร/แกนนำ ชุมชน/ตำรวจ พร้อมบันทึกสถานการณ์

#### 4. การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflect: R2)

- รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลลัพธ์ ปัญหาอุปสรรค ความเสี่ยง และแนวทางแก้ไขจากการปฏิบัติจริง

- ประชุมคณะกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอ เพื่อเสนอผลลัพธ์และขอข้อเสนอแนะในการพัฒนา งาน

- ประเมินประสิทธิผลทั้งเชิงปริมาณ (ลดระดับอาการรุนแรง และเยี่ยมติดตามตามเกณฑ์) และเชิง คุณภาพ (การช่วยเหลือจากชุมชน การสร้างอาชีพและจ้างงาน)

- รับข้อเสนอแนะสำหรับวงรอบที่ 3

ผลที่ได้จากการวิจัยในวงรอบที่ 2

- บูรณาการงานดูแลผู้ป่วยร่วมกับบริการ 3 หมอในพื้นที่ คือ หมอ 1 คือ อสม. สาขายาเสพติด หมอ 2 คือ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหมอ 3 คือ แพทย์สุขภาพจิตชุมชน/จิตแพทย์ จากโรงพยาบาลมหาสารคาม

- อบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ 14 ตำบล ครอบคลุมการใช้แบบประเมินยาเสพติดและอาการก้าวร้าวรุนแรง พร้อมอบรม อสม./แกนนำชุมชนเรื่องการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง
- กำหนดบทบาทนักจัดการรายกรณีระดับอำเภอ 2 คน (พยาบาลชุมชน 1 คน และพยาบาลสุขภาพจิต 1 คน) เชื่อมโยงการดูแลรายกรณีตั้งแต่ก่อนเข้าโรงพยาบาลจนถึงการติดตามในชุมชน
- แบ่งบทบาททีม 4 ประสาน ร่วมกับนักจัดการรายกรณีระดับอำเภอ มี อสม. บัณฑิตยาเสพติดในทุกหมู่บ้าน (อสม. 2-3 คนดูแลผู้ป่วย 1 คน) พร้อมแนวปฏิบัติคัดกรองและส่งต่อร่วมกันทุกฝ่าย
- ทุกตำบลจัดประชาคมสร้างกฎกติกาชุมชน ควบคุมการจำหน่ายแอลกอฮอล์แก่ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

- ประชุมติดตามประเมินผลประจำทุกเดือน มีนายอำเภอเมืองมหาสารคามเป็นประธาน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคที่พบแนวทางแก้ไขปัญหาที่พื้นที่ได้ดำเนินการ ผลลัพธ์ที่ได้มาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ และสังเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในรอบที่ 3

วงรอบที่ 3 (1 พฤษภาคม 2566 ถึง 30 เมษายน 2567)

#### 1. การวางแผนและการเตรียมการ (Plan: P3)

ทีมวิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลและข้อเสนอแนะจากการปฏิบัติงานในวงรอบที่ 2 โดยศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ตลอดจนความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ พร้อมทั้งวางแผนงานเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างเป็นระบบ รวมถึงขอรับสนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาลมหาสารคามอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จำนวน 151 คน เพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกผ่านการประชุมกลุ่ม

#### 2. การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action: A3)

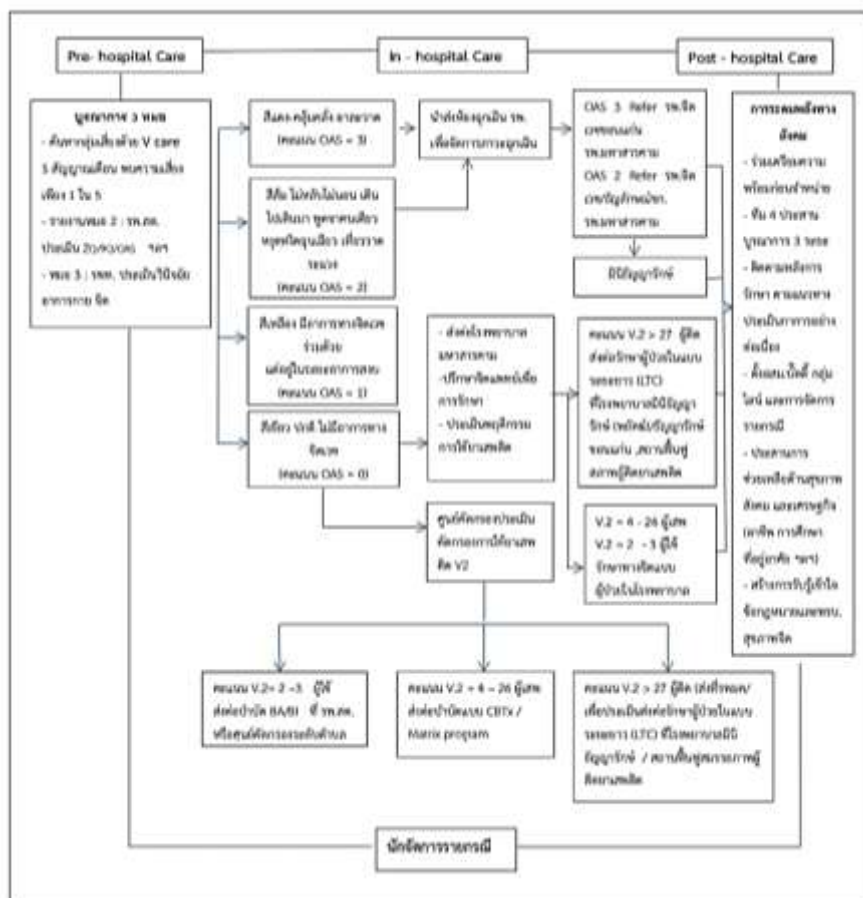
มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วย ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อระดมข้อมูลปัญหาและแนวทางการดูแลในชุมชน โดยเน้นบทบาทของแต่ละกลุ่มและความร่วมมือในการติดตามและดูแลผู้ป่วย ภายใต้รูปแบบการระดมพลังทางสังคม ร่วมกับการจัดการรายกรณี ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และนำเสนอเพื่อรับข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอและผู้บริหารที่เกี่ยวข้องก่อนปรับปรุงให้สมบูรณ์

#### 3. การติดตามสังเกตการณ์ (Observe: O3)

ผู้วิจัยลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงานและการใช้รูปแบบการติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดในทุกตำบล พร้อมเป็นพี่เลี้ยงในการใช้ทักษะทางการพยาบาล ประสานงานแก้ไขปัญหาลุกลาม และเชื่อมโยงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งติดตามบันทึกข้อมูลในระบบของกระทรวงสาธารณสุขและจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อติดตามผลเป็นระยะ

#### 4. การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflect: R3)

ผู้วิจัยและทีมงานรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ของรูปแบบการติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดอย่างครบถ้วน โดยเน้นอัตราการคงอยู่ในระบบติดตามการรักษา (Retention rate) และอัตราการได้รับการช่วยเหลือที่เพิ่มขึ้นในทุกปี นำเสนอผลสรุปในการประชุมเวทีระดับอำเภอ โดยมีผู้บริหารและตัวแทน ภาคส่วนต่าง ๆ เข้าร่วม เพื่อเสนอให้นโยบายและรูปแบบนี้ไปปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกพื้นที่ในอำเภอเมืองมหาสารคาม ผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง ดังรูปที่ 1



จากรูปที่ 1 ผลการพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง  
แบบแผนการดูแลแบ่งออกเป็น 3 ระยะสำคัญ ได้แก่

- การบูรณาการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยทีม 3 หมอ (อสม./แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่รพ.สต./ศูนย์แพทย์ชุมชน แพทย์ และทีมความมั่นคง)

- ใช้เกณฑ์ 5 สัญญาณเตือนและคะแนน OAS เพื่อคัดแยกระดับความรุนแรง และส่งต่อรักษาตามระดับความรุนแรง พร้อมค้นหาผู้นำในพื้นที่ช่วยสนับสนุนดูแลกลุ่มเสี่ยง

- เตรียมความพร้อมทีมแพทย์และระบบความปลอดภัยในโรงพยาบาล
- ใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบไปยังโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นหรือโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น

- มีบริการผู้ป่วยในและดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระยะ Acute Phase อย่างต่อเนื่อง

### 3) ระยะหลังออกจากโรงพยาบาล Post-hospital Care

- การระดมพลังทางสังคมและการติดตามแบบบูรณาการโดยทีม 4 ประสาน
  - จัดอบรม บัณฑิตดูแลในชุมชนตามแบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคจิต (2ย+1ส)
  - การสร้างความรู้ความเข้าใจในชุมชนเกี่ยวกับกฎหมายยาเสพติดและ พรบ. สุขภาพจิต
  - การจัดการรายกรณีร่วมกับเครือข่ายและใช้ช่องทางสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม เพื่อการสื่อสารและแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว

ในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ จะมีนักจัดการรายกรณีระดับอำเภอซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลชุมชนในการบำบัดรักษายาเสพติดและพยาบาลจากกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช ดำเนินงานประสาน เชื่อมต่อกับนักจัดการรายกรณีระดับตำบล ซึ่งมาจากพยาบาล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีทักษะเฉพาะด้านในการจัดการรายกรณี ผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เป็นกระบวนการทำงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการ การประสานงาน การติดตามกำกับงาน และการประเมินทางเลือกของบริการที่สอดคล้อง จากการพัฒนาการดำเนินงานสามารถสรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยการระดมพลังทางสังคม ร่วมกับการจัดการรายกรณี อำเภอเมืองมหาสารคาม

3. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรงด้วยการระดมพลังทางสังคม ร่วมกับการจัดการรายกรณี อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละ ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะ 1 ปี (Retention rate) อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2565-2567

| ปี   | ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง |                         |        | หมายเหตุ                                                                |
|------|------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------|
|      | ทั้งหมด<br>(คน)                                            | ได้รับการติดตาม<br>(คน) | ร้อยละ |                                                                         |
| 2565 | 447                                                        | 401                     | 89.70  | ครอบครัวยกปิดข้อมูล ชุมชนไม่กล้าเข้าไปดูแลก่อเหตุซ้ำ 46 ราย             |
| 2566 | 325                                                        | 301                     | 92.61  | ก่อเหตุซ้ำนอกพื้นที่ 14 ราย และออกจากพื้นที่ 7 ราย จำคุก 3 ราย          |
| 2567 | 195                                                        | 193                     | 98.97  | ก่อเหตุซ้ำ 2 ราย เป็นผู้ป่วยนิติจิตเวช 2 รายถูกดำเนินคดีและต้องโทษจำคุก |

จากตารางที่ 1 สามารถคาดการณ์หาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และให้การดูแลได้เพิ่มมากขึ้น จากปี 2565 จำนวน 447 คน ได้รับการดูแล และติดตามช่วยเหลือ 401 คน ปี 2566 จำนวน 325 คน ได้รับการดูแลและติดตามช่วยเหลือเพิ่มขึ้น 321 คน และภายหลังได้มีการนำใช้รูปแบบในระหว่างปี 2567 เกิดการบูรณาการ การดำเนินงานตั้งแต่ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาลโดยบูรณาการร่วมกับ 3 หมอ มีระบบการประเมินคัดกรอง แยกประเภท เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายในการรับส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการรักษาตามสภาพปัญหาอย่างปลอดภัย และรับบริการวินิจัยรักษา อย่างเหมาะสม พบว่าในปี 2567 ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 195 คน ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในระยะ 1 ปี

และเฝ้าระวังเพื่อไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ 193 คน คิดเป็นร้อยละ 98.97 (ผู้ป่วยนิติจิตเวช 2 คนถูกดำเนินคดีและต้องโทษจำคุก)

นอกจากนั้น ในปี 2567 มีการระดมพลังทางสังคม จากทุกภาคส่วนรวมถึงเครือข่ายในชุมชนร่วมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและเตรียมความพร้อมของครอบครัว ชุมชนเตรียมรับผู้ป่วย โดยทีม 4 ประสาน ร่วมติดตามหลังการรักษาตามแนวทาง โดยมีนักจัดการรายกรณีร่วมติดตามดูแลต่อเนื่อง ช่วยประสานการช่วยเหลือด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ (อาชีพ การศึกษาที่อยู่อาศัย ฯลฯ) ทำให้อัตราการผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือ ด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา การจ้างงานและรายได้ พบว่ามีผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือด้านอาชีพ จำนวน 39 ราย ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งหมด จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 และพบการก่อความรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวชจำนวน 2 รายและถูกดำเนินคดีและต้องโทษจำคุก ซึ่งนักจัดการรายกรณีได้ประสานการรักษาให้ได้รับยา และได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องในเรือนจำจังหวัดมหาสารคาม

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต จำแนกตามกลุ่มสีของกระทรวงสาธารณสุข<sup>(6)</sup> ที่ได้รับการติดตามเยี่ยมประเมินผล อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2567

| จำแนกตามกลุ่มสี | จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต |                            |        |
|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|--------|
|                 | ทั้งหมด (คน)                         | ติดตามเยี่ยมประเมินผล (คน) | ร้อยละ |
| แดง             | 27                                   | 27                         | 100    |
| ส้ม             | 49                                   | 49                         | 100    |
| เหลือง          | 53                                   | 53                         | 100    |
| เขียว           | 64                                   | 64                         | 100    |
| อยู่ในเรือนจำ   | 2                                    | 2                          | 100    |
| รวม             | 195                                  | 195                        | 100    |

จากตารางที่ 2 ในปี 2567 มีการนำเกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามระดับความรุนแรง กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและผู้ใช้ยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข<sup>(6)</sup> โดยผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ทั้งหมด 195 คน จำแนกตามกลุ่มสีเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มรุนแรงน้อย (สีเขียว) 64 คน 2) กลุ่มรุนแรงปานกลาง (สีเหลือง) 53 คน 3) กลุ่มรุนแรง 49 คน (สีส้ม) และ 4) กลุ่มรุนแรงมาก (สีแดง) 27 คน อยู่ในเรือนจำ 2 คน พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการ ทางจิตได้รับการติดตามเยี่ยมประเมินผลทุกราย

### อภิปรายผล

จากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับการใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าตั้งแต่ปี 2565 มีการดำเนินงานโดยเน้นการระงับเหตุจากการแจ้งเหตุผ่านสายด่วน 191 โดยตำรวจชุดไม่ถ่วง การบำบัดรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคามหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และการติดตามหลังการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับทีมปกครองอำเภอและแกนนำชุมชน ผ่านการลงเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้สามารถติดตามผู้ป่วยได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาการก่อเหตุรุนแรงซ้ำ และอุปสรรคจากการที่ครอบครัวปกปิดข้อมูลหรือชุมชนไม่กล้าเข้าไปดูแลผู้ป่วย ในปี 2566 จึงมีการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยประยุกต์ใช้แนวทางบริการ "3 หมอ" ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับตำบลและอำเภอให้เป็นนักจัดการรายกรณี และอบรมแกนนำชุมชนเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉิน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.61 แต่ยังคงมีผู้ป่วยก่อเหตุรุนแรงซ้ำจำนวน 14 ราย

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) พ.ศ. 2568

MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Vol. 22 No. 2 (May – August) 2025

ในปี 2567 ได้นำแนวคิดการระดมพลังทางสังคม (Social Mobilization) มาใช้ร่วมกับการให้ความรู้แก่ประชาชนและการสร้างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2562<sup>(7)</sup> และประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564<sup>(8)</sup> เมื่อบูรณาการร่วมกับบริการ "3 หมอ" และนักจัดการรายกรณี สามารถครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยในทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล ระยะรักษาในโรงพยาบาล และระยะจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่าอัตราการติดตามดูแลหลังการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.97 และจำนวนผู้ก่อเหตุรุนแรงชำน้อยลงจาก 46 รายในปี 2565 เหลือเพียง 2 รายในปี 2567 สะท้อนถึงประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกระดับ การระดมพลังทางสังคมถือเป็นกลไกสำคัญที่สามารถเพิ่มทุนทางสังคม (Social Capital) และความไว้วางใจในชุมชน อันนำไปสู่การขับเคลื่อนชุมชนในการร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประครอง ประภีระนระ และคณะ (2566) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดความรุนแรงซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>(9)</sup> นอกจากนี้ การจัดบริการแบบ Case Management โดยนักจัดการรายกรณียังช่วยให้เกิดการวางแผนดูแลแบบเฉพาะบุคคล การติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ ซึ่งส่งผลดีต่อกลไกระบบบริการและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกศรี จาดเงิน และคณะ (2565)<sup>(10)</sup> ที่พัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้กิจกรรมเตรียมชุมชน และการเสริมสร้างบทบาทหน้าที่ของเครือข่าย อสม. ขวากาญจน์ ชาลีรัตน์ และยอดชาย สุวรรณวงษ์ (2565)<sup>(11)</sup> ยังได้เน้นบทบาทของการเรียนรู้จากประสบการณ์และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีทั้งในระดับบุคคลและเครือข่าย รวมถึงงานของรัศมี ชุตินิมา (2565)<sup>(12)</sup> ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยสร้างระบบเฝ้าระวัง การอบรมทักษะผู้ดูแล และสร้างนวัตกรรมจากพื้นที่ต้นแบบ สอดคล้องกับแนวทางของธงชัย เสรีรัตน์ (2566)<sup>(13)</sup> ที่เสนอการบูรณาการเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในจังหวัดร้อยเอ็ด การระดมพลังทางสังคมเป็นกลไกสำคัญที่เพิ่มทุนทางสังคม (Social capital) และความไว้วางใจ (Trust) ของประชาชนในพื้นที่ ส่งผลให้ชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดการทำงานร่วมกันแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยการสร้างความเข้าใจและการระดมทรัพยากรทั้งเงินและทรัพยากรอื่น ๆ ข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย ทองสุข และคณะ ที่ชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่สามารถลดอัตราการกลับมาใช้บริการฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>(14)</sup> อีกทั้งการใช้ระบบการจัดการรายกรณีเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้เกิดการดูแลติดตามอย่างใกล้ชิด ร่วมวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ ส่งผลดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตามประเมินผล ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความแม่นยำในการดูแล รวมทั้งเพิ่มความรวดเร็วในการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิไลวรรณ ศรีสุขและคณะ<sup>(15)</sup> ที่พบว่าการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยลดอัตราการกลับมาใช้บริการซ้ำและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

### ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ด้านบริบทพื้นที่ การศึกษานี้ดำเนินการเฉพาะในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมือง มีโรงพยาบาลศูนย์และบุคลากรสหวิชาชีพพร้อม จึงอาจไม่สามารถนำผลลัพธ์ไปใช้ในพื้นที่ชนบทหรือเขตเมืองใหญ่ที่มีความแตกต่างทั้งด้านทรัพยากรและโครงสร้างบริการได้โดยตรง
2. ด้านกลไกความร่วมมือภาคีเครือข่าย ความสำเร็จของรูปแบบขึ้นอยู่กับความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละตำบล บางพื้นที่ยังมีความเกรงกลัวการเข้าไปดูแลผู้ป่วยหรือยังไม่มีเจ้าภาพหลักที่ชัดเจนในการประสานงาน ส่งผลให้รูปแบบอาจมีประสิทธิผลต่างกันในแต่ละบริบท

3. ด้านระยะเวลาในการติดตามผล การประเมินประสิทธิผลดำเนินการในช่วงระยะเวลา 1 ปี อาจยังไม่เพียงพอต่อการวัดความยั่งยืนของผลลัพธ์ เช่น การลดพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะยาว หรือการกลับเข้าสู่การใช้ยาเสพติดซ้ำ

4. ข้อจำกัดด้านการประเมินผลที่อาศัยข้อมูลรายงาน ข้อมูลบางส่วนพึ่งพาการรายงานจากญาติ ผู้ดูแล หรือทีมในพื้นที่ ซึ่งอาจมีอคติหรือข้อจำกัดในการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยโดยตรง

### สรุปผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ด้วยการระดมพลังทางสังคมร่วมกับการจัดการรายกรณี อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ส่งผลให้อัตราการคงอยู่ในระบบติดตามการรักษา (Retention rate) และอัตราการได้รับการช่วยเหลือเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยรูปแบบที่ได้มีความครอบคลุมการดำเนินงาน ทั้ง Pre-hospital In-hospital และ Post – hospital ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง และประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่ดูแลครอบคลุมทุกด้าน ส่งผลให้เป็นรูปแบบการแก้ไขปัญหาสังคมในมุม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีความเหมาะสมกับบริบทสังคมกึ่งเมืองในลักษณะอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุข ควรรับรองและขยายผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงนี้สู่ระดับนโยบาย โดยบรรจุในแนวทางของกรมสุขภาพจิต และพัฒนาคู่มือการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ควรจัดให้มีหน่วยงานประสานงานหลักในระดับอำเภอและตำบล เช่น ศูนย์จัดการรายกรณีจิตเวช ร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) เพื่อรองรับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
3. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ควรสนับสนุนงบประมาณสำหรับกิจกรรมเฝ้าระวัง คัดกรอง เยี่ยมบ้านและบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน รวมถึงการสร้างอาชีพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ
4. ตำรวจและฝ่ายปกครอง ควรร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพในการระงับเหตุฉุกเฉิน และร่วมในทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ โดยจัดทำ MOU ร่วมระหว่างหน่วยงาน เพื่อความต่อเนื่องของระบบบริการ
5. โรงพยาบาลมหาสารคาม ควรขยายบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในฐานะนักจัดการรายกรณีระดับอำเภอ และประสานการฝึกอบรมบุคลากรใน รพ.สต. ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในระยะยาว

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้วิจัยควรศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะต่างจากอำเภอเมือง เช่น พื้นที่ชนบทหรือเมืองใหญ่ เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบในบริบทที่หลากหลาย
2. ผู้วิจัยควรวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีการนำรูปแบบไปใช้กับพื้นที่ที่ยังไม่มี เพื่อประเมินผลกระทบเชิงระบบ เช่น อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ อัตราการก่อเหตุรุนแรง และภาระงานของหน่วยบริการ

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Drugs (psychoactive) [Internet]. [cited 2023 Jul 18]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive>
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/ebook/files/รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต%20ปีงบประมาณ202564.pdf>
3. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดมหาสารคาม. สรุปผลการดำเนินงานยาเสพติด. มหาสารคาม: เอกสารอัดสำเนา; 2565.
4. กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลมหาสารคาม. สรุปผลการดำเนินงานยาเสพติดอำเภอเมืองมหาสารคาม. มหาสารคาม: เอกสารอัดสำเนา; 2565.
5. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University; 1988.
6. สำนักงานเลขาธิการ คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์ของผู้ป่วยที่ต้องแยกเป็น 4 กลุ่ม ตามเกณฑ์ OAS Score [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; ไม่ระบุปี. [เข้าถึงเมื่อ 4 ม.ค. 2567]. Available from: [https://ncmc.moph.go.th/home/index/detail/30565?utm\\_source](https://ncmc.moph.go.th/home/index/detail/30565?utm_source)
7. กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 [Internet]. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2567]. Available from: <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/705>
8. สำนักงานอัยการสูงสุด. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 [Internet]. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนที่ 73; 8 พ.ย. 2564. [เข้าถึง 6 ม.ค 2567]. Available from: [https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/073/T\\_0001.PDF](https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/073/T_0001.PDF)
9. ประครอง ประภีระนะ และคณะ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):912-25.
10. กนกศรี จาดเงิน และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2565;7(4): 123-135.
11. ชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์, ยอดชาย สุวรรณวงษ์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดด้วยพลังภาคีเครือข่าย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2565;2(1):49-68.
12. รัศมี ชุตินิมา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2565;16(3):851-867.
13. ธงชัย เสรีรัตน์. การพัฒนารูปแบบการบูรณาการเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2567;32(3):127-140.

14. สมชาย ทองสุข และคณะ. การบูรณาการภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง. วารสารสุขภาพจิตชุมชน. 2566;10(2):45-56.
15. วิไลวรรณ ศรีสุข และคณะ. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตามและประเมินผล การดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารเทคโนโลยีสาธารณสุข. 2567;12(1):23-34.