

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of care processes for psychiatric drug abuse patients and their relatives

Namon District, Kalasin Province.

(Received: April 28,2023 ; Revised: April 29,2023 ; Accepted: April 30,2023)

วชิราภรณ์ สอระสัน¹

Wachiraporn Sorrasun¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล และผลของการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน มีนาคม 2565 – มิถุนายน 2565 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และ กลุ่มญาติผู้ดูแล กลุ่มละ 47 คน รวม 94 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง เก็บข้อมูลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระบวนการกลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test และ Independent t – test

ผลการศึกษา พบว่า 1) ความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าก่อนพัฒนารูปแบบ (มีนาคม 2565) และภายหลังการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง (มิถุนายน 2565) หลังพัฒนารูปแบบการดูแล ภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย ลดลง เป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 8.9 คะแนน เป็น 4.1 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 4.0$) 2) ความแตกต่างของระดับภาวะฆ่าตัวตายก่อนพัฒนารูปแบบ (มีนาคม 2565) และภายหลังการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง (มิถุนายน 2565) หลังดำเนินการมาตรการภาวะฆ่าตัวตายลดลง จากระดับน้อยเป็นไม่มีภาวะฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 1.8 คะแนน เป็น 0.04 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย มีความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 4.2$) 3) ความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายภายหลังการพัฒนารูปแบบ (มิถุนายน 2565) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระดับภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 2.9$) ในขณะที่ ระดับภาวะฆ่าตัวตายไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ญาติผู้ดูแล

ABSTRACT

This research was Research and Development The objective is to study the situation. Psychiatric patients use drugs. and relatives who take care of Namon District, Kalasin Province and the results of the development of the care process for psychiatric patients who use drugs and their relatives in Namon District, Kalasin Province. It is a research and development (Research and Development) period of study between March 2022 - June 2022, totaling 4 months. Sample size were Psychiatric drug

¹ โรงพยาบาลนามน

abusers and their relatives were 47 people in each group, totaling 94 people by purposive random sampling. Data were collected from the exchange of knowledge, Group process and questionnaire. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean and standard deviation, Dependent t – test and Independent t – test.

The results of the study found that 1) Differences in depression levels before model development (March 2022) and after continuous model development (June 2022) after care model development. Mild depression decreased to no depression. The mean score decreased from 8.9 points to 4.1 points, respectively, when testing the difference in mean scores. It was found that there was a statistically significant difference before and after the measures ($p < 0.05$, $t = 4.0$). 2) The difference in suicidality levels before the model development (March 2022) and after the continuous model development (June 2022) after the suicidality measures were reduced. From low to no suicidality The mean score decreased from 1.8 points to 0.04 points, respectively, when testing the difference in mean scores. There was a statistically significant difference before and after the measures ($p < 0.05$, $t = 4.2$). 3) Differences in degree of depression and suicide after model development (June 2022) between psychiatric substance abusers and their caregivers. depression level There was a statistically significant difference ($p < 0.05$, $t = 2.9$), while the level of suicidality was not different.

Keywords: process of caring for psychiatric drug abuse patients, relatives, caregivers

บทนำ

ปัญหาจิตเวชใช้สารเสพติดนั้นเป็นปัญหาสำคัญทั้งในเรื่องของสุขภาพ อาชญากรรม สิทธิมนุษยชน ความยากจน ในปัจจุบันไม่ได้มีเพียงการป้องกัน การปราบปราม และการบำบัดรักษาแต่ยังมีการลดทอนความเป็นอาชญากรรม ยังมีการใช้ประโยชน์จากยาเสพติดอย่างถูกต้อง จากรายงาน World Drug Report พบว่า ในปี 2560 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก ประมาณ 271 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก ยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุด คือ กัญชา 188 ล้านคน รองลงมาคือ ฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น 53 ล้านคน กลุ่มแอมเฟตามีน 29 ล้านคน ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ในกลุ่มแอมเฟตามีน มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบมากที่สุด ในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และทวีปอเมริกาเหนือ ตามลำดับ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นตลาดเมทแอมเฟตามีนที่ใหญ่ที่สุดในโลก มีการจับกุมและตรวจยึดเมทแอมเฟตามีนได้สูงถึง 120 ตัน¹

การใช้สารเสพติดมักจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต มีภาวะหวาดระแวง ได้แก่ อาการ

หลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิดในระดับประเทศพบว่า ผู้ใช้สารเสพติดภายใน ปี 2564 ปีเดียว มีจำนวน 1.4 ล้านคน แบ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติดจำนวน 1.1 ล้านคน และเป็นผู้ติดสารเสพติด จำนวน 3.2 แสนคน ในจำนวนนี้เข้าสู่ระบบการบำบัดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 24,196 คน เป็นผู้ป่วยจิตเวชติดสารเสพติดรุนแรง จำนวน 5,757 คน และเป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 577 คน นอกจากนี้ ยังพบสถิติผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชก่อเหตุรุนแรงในสังคมเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น 3.92 เท่า ในปี 2561 โดยผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชก่อเหตุรุนแรง จำนวน 267 ราย แบ่งเป็นชายจำนวน 259 ราย และเป็นหญิงจำนวน 7 ราย สำหรับลักษณะของการก่อความรุนแรงในสังคมพบมีการทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่นมากที่สุด จำนวน 90 คน รองลงมาเป็นการทำร้ายผู้อื่นจนถึงแก่ความตาย จำนวน 58 คน ลักทรัพย์ จำนวน 47 คน และทำลายข้าวของ จำนวน 44 คน ตามลำดับ ทั้งนี้จากรายงานพบว่า ผู้ที่ก่อเหตุรุนแรงในข่าวเป็นผู้ป่วย

จิตเวชที่เคยเข้ารับการบำบัด จำนวน 104 คน จากรายงานของระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด รายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ที่มีอาการทางจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2563-2564 มีผู้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลรัฐ ประมาณ 4 พันรายต่อปี พบผู้ป่วยปี 2562-2564 จำนวน 3,956 ราย 3984 ราย และ 4,100 ราย ตามลำดับ โรคจิตเวชใช้สารเสพติดนั้น เกิดจากผู้เสพยา การใช้สารเสพติดมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง รวมถึงชนิดและความถี่ของการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แอมเฟตามีน และสารระเหย ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง ทำให้เกิดอาการจิตประสาทหลอนได้ง่าย โดยผู้เสพยาจะมีอาการ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอน ซึ่งจะเป็นอยู่ครั้งคราวเมื่อมีการใช้สารเสพติดนั้น และหากมีการใช้เป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดอาการทางจิตอย่างถาวรได้ ซึ่งอาการจะคล้ายกับผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีอาการ หวาดระแวง มีหูแว่ว หลงผิด แล้วยังไม่สามารถรับรู้โลกความเป็นจริง มีความบกพร่อง ขาดการดูแลตนเอง การดำรงชีวิตประจำวันอีกด้วย²

ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นปัญหาในระดับประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี ส่งผลกระทบทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ในทุกๆ ด้าน ในปี 2564 จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในระดับโลก พบว่า มีการฆ่าตัวตายอัตรา 10.5 ต่อประชากรแสนคน ประเทศไทยมีการฆ่าตัวตายในอัตรา 14.4 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าในระดับโลก เมื่อพิจารณาจากอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี 2561-2563 พบว่ามีอัตรา 6.3, 6.6 และ 7.3 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ จากการสำรวจระดับชาติ สุขภาพจิตระดับชาติ พบว่า ในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป พบความทุกข์ชีวิตและความทุกข์ 12 เดือนของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุรา และสารเสพติดสูงถึงร้อยละ 30.8 (15.9 ล้านคน) และร้อยละ 13.4 (6.9 ล้านคน) ตามลำดับ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด ที่มักจะเห็นในข่าวปัจจุบันอยู่เป็นประจำซึ่งเกิดจากขาดการรักษาและขาดการ

รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยหรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เสพยาเสพติดซ้ำ และส่งผลต่อการกลับมาป่วยซ้ำ และบางรายอาจจะก่ออันตรายรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ส่งผลกระทบให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ³

อำเภอนามน พบปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ส่วนมากใช้สารเสพติดและอยู่ในกลุ่มวัยทำงานที่เป็นกำลังหลักของครอบครัว ในปี 2564 อำเภอนามน มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 10 ราย คิดเป็นอัตราตายที่ 27.28 ต่อประชากรแสนคน ร้อยละ 90 มาจากจิตเวชยาเสพติด รองลงมาร้อยละ 6 คือภาวะทางเศรษฐกิจ และ ร้อยละ 4 มาจากปัญหาผู้พิการ ตามลำดับ ร้อยละ 90 ฆ่าตัวตายโดยใช้เชือกและสำเร็จร้อยละ 90 ในช่วงเวลากลางวัน การใช้สารเสพติดก็เป็นปัญหาสำคัญเช่นกันโดยมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ร้อยละ 41 มีอาการทางจิตและมีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย⁴

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล ในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อค้นหาปัจจัยและแก้ไขปัญหา และ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล เป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ โดยใช้ภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมในสังคมอย่างมีความสุข มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Develop)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด จำนวน 416 คน และญาติผู้ดูแล 626 คน รวม 1,042 คน ในปีงบประมาณ 2561-2565 ในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน และติดตามพัฒนารูปแบบ มาตรการ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลนามนที่เกี่ยวข้องกับงานจิตเวช จำนวน 12 คน ผู้รับผิดชอบในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 14 คน ผู้นำชุมชน 67 คน ตัวแทน อสม. ในพื้นที่ 67 คน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ท้องถิ่น จำนวน 6 คน ตำรวจที่รับผิดชอบงาน 2 คน รวม 168 คน ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน มีนาคม 2565 – มิถุนายน 2563 ดำเนินงานจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 4 เดือน ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด 416 คน 2) กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วย 626 คน 3) บุคลากรภาครัฐและภาคีเครือข่าย 168 คน

กลุ่มตัวอย่างเชิงวิจัยและพัฒนา ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรบุคลากรภาครัฐและภาคีเครือข่าย 168 คน และกลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และ กลุ่มญาติผู้ดูแล กลุ่มละ 47 คน รวม 94 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ กระบวนการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1.1 การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม และการจัดกระบวนการกลุ่มในการ รวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล ร่วมกับในภาครัฐภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน

1.2 กระบวนการกลุ่มในการ กำหนดมาตรการกิจกรรมในการแก้ไขการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล ร่วมกับภาครัฐภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน

1.3 การประชุมและกระบวนการกลุ่มในการ กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไขการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล ร่วมกับภาครัฐ ภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน

1.4 กระบวนการกลุ่มในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล ร่วมกับภาครัฐ ภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน และสรุปถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข

1.5 การประชุม และกระบวนการกลุ่มในการ ปรับปรุงมาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่าย ให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูล และ แบบสัมภาษณ์

2.1 แบบเก็บข้อมูลจากผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ความพึงพอใจผู้รับบริการคลินิกจิตเวช จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Hos-xp โรงพยาบาลนามน

2.2 แบบสัมภาษณ์ทางสุขภาพจิต ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) และ แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8 Q) ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็น การวิจัยและพัฒนา (Research and develops) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1. รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาในพื้นที่ จำนวนผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ภาวะทางจิต การใช้สารเสพติด จำนวนการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ ความพึงพอใจในการรักษา บริการ ภาวะสุขภาพจิต ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยบำบัดในปี 2561-2565 (เริ่มวิเคราะห์ข้อมูล มีนาคม 2565)

2. กำหนดมาตรการ กิจกรรมในการแก้ไข ปัญหา สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ (มีนาคม 2565)

3. กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไข ปัญหา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและ ญาติผู้ดูแลในพื้นที่ (มีนาคม 2565)

4. ดำเนินการตาม รูปแบบ มาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่าย (มีนาคม-มิถุนายน 2565)

5. สรุปถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข (พฤษภาคม 2565)

6. ปรับปรุงรูปแบบการดูแล มาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน (พฤษภาคม 2565)

7. ดำเนินการตาม รูปแบบการดูแล มาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายที่ปรับปรุง (พฤษภาคม - มิถุนายน 2565)

8. สรุปถอดบทเรียน (มิถุนายน 2565)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ และแบบเก็บข้อมูลมาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ระดับสุขภาพจิต ความพึงพอใจ โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยใช้ Independent T-Test เพื่อเปรียบเทียบประชากรสองกลุ่มก่อนพัฒนาแนวทางการแก้ไข ปัญหา และหลังพัฒนาแนวทางตามมาตรการอย่างต่อเนื่อง และเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิต ความพึงพอใจการรับ บริการเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาแนวทาง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด กับ ญาติผู้ดูแล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ REC.KLS.83/2564

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และญาติผู้ดูแล อำเภอ นามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยสะสม 5 ปี ย้อนหลัง 2561-2565 รวม 2,921 ราย พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2565 มีผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดมากที่สุด จำนวน 697 ราย คิดเป็น ร้อยละ 23.9 รองลงมาคือปี 2564 มีผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด จำนวน 658 ร้อยละ 22.5 และ ปี 2563 จำนวน 588 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.1 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดรายใหม่ ปี 2561-2565 มีผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดรายใหม่รวม 264 ราย พบว่า ในปี 2563 มีผู้ป่วยรายใหม่ มากที่สุดจำนวน 74 รายคิดเป็นร้อยละ 28.0 รองลงมา คือปี 2564 จำนวน 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.5 และ ปี 2562 จำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.9 ตามลำดับ

การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง จำนวน 35 คน คิดเป็น ร้อยละ 74.4 รองลงมา รู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 59.6 การแปลผลภาวะซึมเศร้า (2Q) ในภาพรวมพบว่า มีความ

เสียง จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 74.4 ในขณะที่กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด รู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 63.8 การแปลผลภาวะซึมเศร้า (2Q) ในภาพรวมพบว่า มีความเสี่ยง จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 74.4

สถานการณ์ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (9Q) ในผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดมีอาการเบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร เป็นบางวัน ใน 1-7 วัน จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา มีอาการ ไม่สนใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ เป็นบางวัน 1-7 วัน จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 70.2 และ หลับยาก หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไป เป็นบางวัน 1-7 วัน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 63.8 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมากมีอาการ เบื่อ ไม่สนใจทำอะไร เป็นบางวัน 1-7 วัน จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 83.0 รองลงมา มีอาการ พุดซำ ทำอะไรซำจน คนอื่น สังเกตเห็น ได้ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนเคย เป็นบางวัน 1-7 วัน จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 72.3 และ เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง เป็นบางวัน 1-7 วัน จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 68.1 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า ส่วนมากมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 68.1 รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 31.9 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมากมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.3 รองลงมา ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 21.3 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4

สถานการณ์ความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย (8Q) ในภาพรวมของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล ก่อนพัฒนารูปแบบ ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมาก ตลอดชีวิตที่ผ่านมาเคยพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.8 รองลงมา อยากทำร้ายตัวเอง ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และ ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้

เสียชีวิต จำนวน 3 รายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 6.4 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมาก ตลอดชีวิตที่ผ่านมาเคยพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 34.0 รองลงมา คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 12.8 และ คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย จำนวน 3 คิดเป็นร้อยละ 6.4 ตามลำดับ การวิเคราะห์ภาพรวมภาวะการฆ่าตัวตาย (8Q) พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมาก ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 80.9 รองลงมา มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 12.8 และมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมากไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 59.6 รองลงมา มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 34.1 และมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 ตามลำดับ

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และญาติผู้ดูแลในพื้นที่ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลของการพัฒนารูปแบบได้ปรับปรุงจากกิจกรรมเดิมจาก 6 มาตรการ เป็นกิจกรรมที่ดีขึ้นครอบคลุมขึ้น และอยู่ในรูปแบบใหม่ ที่เหมาะสมกับอำเภอนามน ขึ้นสุดท้ายในเดือน มิถุนายน 2565 มีรูปแบบ ดังนี้ 1) ประชุมทบทวนสถานการณ์ผลการดำเนินงาน 2) บูรณาการงบประมาณ แบ่งงานไม่ให้เกิดกิจกรรมซ้ำซ้อน ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดให้มากที่สุด 3) การค้นหา วินิจฉัย รักษาพยาบาล บำบัด ระบบส่งต่อ คืบคนใช้ชุมชน 4) การประเมินผู้ป่วย การพยาบาล ติดตามประเมินผล 5) การสอบสวนการฆ่าตัวตายการถอดบทเรียนเป็นกรณีศึกษาร่วมกันในภาพอำเภอนามน 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดร่วมกับชุมชน

3. ผลของการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแลภายหลังการพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่อง

1) ผลของการพัฒนาตามกิจกรรมและผลการดำเนินงานหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

1.1) ประชุมทบทวนสถานการณ์ผลการดำเนินงาน ค้นข้อมูลการดำเนินงานในแต่ละเดือน ร่วมกับภาคีเครือข่าย และชุมชน โดยมีการประชุมทีมระบบสุขภาพอำเภอในการแก้ไขปัญหาจิตเวชใช้สารเสพติดเดือนละ 1 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 100 (3 ครั้ง)

1.2) บูรณาการงบร่วมกัน แบ่งงานไม่ให้เกิดกิจกรรมซ้ำซ้อน ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดให้มากที่สุด มีการส่งต่อผู้ป่วยโดยกู้ภัยจากชุมชนโดยกู้ภัย ทุกครั้งคิดเป็น ร้อยละ 100 (8 ครั้ง) ดำรวจเข้าร่องรับเหตุและนำส่งผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับกู้ภัยมาที่โรงพยาบาลทุกครั้ง ร้อยละ 100 (4 ครั้ง) มีการส่งต่อจากโรงพยาบาลนามนไปยังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หรือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ทุกครั้งที่เกิดขีดความสามารถ ร้อยละ 100

1.3) การค้นหา วินิจฉัย รักษาพยาบาล บำบัดระบบส่งต่อ ค้นคนใช้สุ่มชุมชน มีการค้นหารายใหม่ผ่านชุมชนร่วมกับตำรวจทุกครั้ง ร้อยละ 100 มีการค้นคนใช้สุ่มชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้นำชุมชนและอสม.ทุกครั้ง ร้อยละ 100

1.4) การประเมินผู้ป่วย การพยาบาล ติดตามประเมินผล การประเมินญาติผู้ป่วย และการดูแลสุขภาพจิต มีการประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q, 8Q ทุกครั้ง ร้อยละ 100

1.5) การสอบสวนการฆ่าตัวตายการถอดบทเรียนเป็นกรณีศึกษาาร่วมกันในภาพอำเภอมีการสอบสวนการฆ่าตัวตายและเขียนรายงานสอบทุกครั้ง ร้อยละ 100 (2 ครั้ง)

1.6) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดร่วมกับชุมชนมีการอบรมวิชาชีพทางนอติเรกให้กับกลุ่มผู้ป่วย

จิตเวชใช้สารเสพติด โดยกลุ่มคนในชุมชนเอง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 100

3.2 ผลของการพัฒนาภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลภายหลังการพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่อง

1) ความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าก่อนพัฒนารูปแบบ (มีนาคม 2565) และภายหลังการพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่อง (มิถุนายน 2565)

ระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลในเดือนมีนาคม 2565 เทียบกับหลังพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องใน เดือน มิถุนายน 2565 พบว่า หลังดำเนินมาตรการภาวะซึมเศร้าลดลงจากระดับปานกลาง เป็น ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 13.4 คะแนน เป็น 9.9 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 14.2$) ในขณะที่ ระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มญาติผู้ดูแล เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลในเดือนมีนาคม 2565 เทียบกับหลังพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องใน เดือนมิถุนายน 2565 พบว่า หลังพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่า ภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยลดลง เป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 8.9 คะแนน เป็น 4.1 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินมาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 4.0$)

2) ความแตกต่างของระดับภาวะฆ่าตัวตายก่อนพัฒนารูปแบบ (มีนาคม 2565) และภายหลังการพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่อง (มิถุนายน 2565) ระดับภาวะฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลในเดือนมีนาคม 2565 เทียบกับหลังพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องใน เดือน มิถุนายน 2565 พบว่า หลังดำเนินมาตรการภาวะฆ่าตัวตายลดลง จากมีภาวะฆ่าตัวตายระดับน้อย เป็น ไม่มีภาวะฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 1.3 คะแนน เป็น 1.0 คะแนน ตามลำดับ

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 2.0$) ในขณะที่ ระดับภาวะฆ่าตัวตายในกลุ่มญาติผู้ดูแล เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบมาตรการในเดือนมีนาคม 2565 เทียบกับหลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่องในเดือนมิถุนายน 2565 พบว่า หลังดำเนินการมาตรการภาวะฆ่าตัวตายลดลง จากระดับน้อยเป็นไม่มีภาวะฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 1.8 คะแนน เป็น 0.04 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินการมาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 4.2$)

3) ความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายภายหลังการพัฒนารูปแบบ (มิถุนายน 2565) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดเทียบกับญาติผู้ดูแลหลังพัฒนารูปแบบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม คะแนนเฉลี่ยกลุ่มผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มญาติผู้ดูแลเป็น 3.1 คะแนน กับ 5.6 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 2.9$) ในขณะที่ ระดับภาวะฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดเทียบกับญาติผู้ดูแลหลังพัฒนารูปแบบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะฆ่าตัวตายอยู่ในระดับน้อยเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม คะแนนเฉลี่ยกลุ่มผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มญาติผู้ดูแล เป็น 0.2 คะแนน กับ 0.04 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่าไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

สถานการณ์ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด พบว่ามีผู้ป่วยสะสม 5 ปี ย้อนหลัง 2561-2565 มีผู้ป่วยสะสมรวมเกือบ 3,000 ราย ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2565 มีผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดมากที่สุดเมื่อพิจารณาผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดรายใหม่ พบว่า

มีผู้ป่วยรวม 264 ราย พบมากที่สุดในปี 2563 ในช่วงพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบ และ หลังพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง ในเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2565 พบผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดรายใหม่ มากที่สุดในเดือน เมษายน 2565 ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า มากที่สุดในเดือน เมษายน 2565 ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายพบมากที่สุดในเดือน พฤษภาคม 2565 จำ ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ พบในเดือน เมษายน 2565 จะเห็นว่าถ้ามีผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดรายใหม่ในช่วงปี หรือ ช่วงเดือนที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า หรือผู้ป่วยที่มีภาวะฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นตามมาด้วย อาจเนื่องมาจากกลุ่มที่มีการฆ่าตัวตายสูง หรือกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า โดยส่วนมากจะอยู่ในกลุ่มของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักมีอาการทางจิตร่วมด้วย สอดคล้องกับ ธีรรัตน์ ห้วยทราย และคณะ พบว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยเป็นโรคจิตและจิตเภท โรคจิตและจิตเภท และ โรคซึมเศร้า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง และระดับสูง ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางและสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.627$, $p < 0.01$)⁵

ลักษณะทางประชากร พบผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดส่วนมากจะเป็นเพศชาย และ อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น-ตอนปลาย ซึ่งเป็นเพศและ วัยที่อยากรู้ อยากรลอง และคึกคะนอง การศึกษาพบว่า ส่วนมากผู้ป่วยมีการศึกษาทุกรายในระดับประถมและมีมัธยมศึกษา อาจเพราะ ขาดโอกาสทางการศึกษา ไม่มีเงินศึกษาต่อ หรือ ไม่สนใจเรียนต่อในระดับปริญญาตรี สืบเนื่องทำให้ประกอบอาชีพได้จำกัด และมีรายได้น้อย อาชีพที่นิยมส่วนมากจะเป็นอาชีพรับจ้าง อาจเพราะ เป็นอาชีพที่ไม่ต้องรับผิดชอบเป็นประจำ เลือกรับได้ตามโอกาส จบเป็นเป็นคราวๆไป ส่วนมากผู้ดูแลโดยตรงจะเป็น แม่ หรือ ป้า น้า เป็นหลัก สถานะโดยส่วนมากที่พบคือ โสด ทำให้ไม่พบผู้ดูแลที่เป็นคู่สามีภรรยา ในขณะที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด โดยส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุ 41-45 ปี เนื่องจาก เพศหญิง เป็นเพศ

อ่อนโยน ใส่ใจ ดูแลได้ดี และอยู่ในวัยทำงาน และมีกำลังที่พอจะดูแลได้ สอดคล้องกับ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ พบว่า ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และการบูรณาการมโนทัศน์ เพศภาวะกับงานสุขภาพจิตทั้งในและต่างประเทศ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตควรมีความรู้รอบรู้ ในประเด็นเพศภาวะและได้รับการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ⁶ การศึกษาพบส่วนมากเป็นประถมศึกษา และปริญญาตรี มีงานที่สร้างรายได้ เช่น ทำนา หรือค้าขาย เป็นหลัก รายได้เฉลี่ยเกือบ 20,000 บาท/เดือน จึงพอมีทั้งกำลังและทุนทรัพย์ ที่จะดูแลผู้ป่วยได้ ส่วนมากคิดว่าไม่เพียงพอและมีภาระหนี้สินอยู่บ้าง ผู้ดูแลส่วนมากจะเป็น พ่อแม่ หรือ ลูกพี่ เป็นหลัก สอดคล้องกับ อิตารัตน์ ห้วยทราย และคณะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 37–65 ปี (S.D. = 7.94) สถานภาพ โสด ร้อยละ 53.3 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.3 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.0¹ และ สอดคล้องกับ ธัญญาพร สายโน และคณะ พบว่า ผลการรักษาใน 1 ปีหลังการบำบัด มีผู้ป่วยร้อยละ 44.2 กลับไปเสพยา ในกลุ่มที่มีการอยู่อาศัยกับภรรยา หรือญาติ ระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา และเสพยาน้อยกว่า 5 ปีมีแนวโน้มที่จะไม่กลับไปเสพยา ในการแก้ไขปัญหามหาภัยไประหว่างการบำบัด และการติดตามหลังการบำบัด ควรเพิ่มการติดตามเชิงรุก โดยให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด และเฝ้าระวังดูแลหลังการบำบัดด้วย⁵

การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง การแปลผลภาวะซึมเศร้า (2Q) ในภาพรวมพบว่า มีความเสี่ยง ประมาณร้อยละ 75 กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมาก รู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน การแปลผลภาวะซึมเศร้า (2Q) ในภาพรวมพบว่า มีความเสี่ยง ประมาณร้อยละ 65 จะเห็นว่า ทั้งสองกลุ่มมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

เหมือนกัน และเป็นปัญหาที่ควรแก้ไขไปพร้อมกัน เนื่องมาจากรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตยังดูแลแค่ผู้ป่วย การดูแลยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มญาติผู้ดูแล จึงทำให้มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มญาติได้ สอดคล้องกับ วิภาวี เผ่ากันทรากกร และ นภา จิรัฐจินตนา พบว่า กลุ่มบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t = 10.71, p < .01$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.80, p < .01$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.92, p < .01$) การติดตามในเดือนที่ 6 พบว่า ในกลุ่มบำบัดมี 2 คนที่มีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้า ในขณะที่ในกลุ่มควบคุมมี 10 คนที่มีอาการกำเริบ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสติบำบัดช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ดีขึ้น⁷

สถานการณ์ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (9Q) ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด มีอาการเบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวม ส่วนมากมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ในขณะที่ กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมากมีอาการ เบื่อ ไม่สนใจทำอะไร ส่วนมากมีภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย จะเห็นว่าเมื่อพิจารณาแยกเฉพาะความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มญาติมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วย แต่มีอาการมีอาการเบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร มากที่สุดเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม เนื่องจาก กลุ่มผู้ดูแลอาจต้องแบกรับภาระการดูแล และอยู่กับกลุ่มที่มีอาการทางจิตเวช จึงทำให้มีภาวะซึมเศร้า แต่ด้วยการบริหารจัดการตัวได้ อยู่ในวัยที่สูงกว่า มีการศึกษา และรายได้ ที่ดีกว่า จึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยกว่า สอดคล้องกับ สมจิตร มณีกันนท และ คณะ พบว่า การใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช พบร้อยละ 86.2 และ 47.9 เป็นการใช้แบบเสี่ยงปานกลางและสูง พบร้อยละ 32.7 และ 12.5 ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเวชทุกรายควรได้รับการคัดกรองการใช้สารเสพติด และให้รักษาควบคู่ กับโรคจิตเวชแบบบูรณาการ⁸

สถานการณ์ความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย (8Q) กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมาก คิดว่า ตลอด

ชีวิตที่ผ่านมาเคยพยายามฆ่าตัวตาย เมื่อมองในภาพรวม มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมากคิดว่า ตลอดชีวิตที่ผ่านมาเคยพยายามฆ่าตัวตาย เมื่อมองในภาพรวม มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย จะเห็นว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีอาการ แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และระดับความเสี่ยงเดียวกัน อาจเนื่องมาจากการอยู่ในครอบครัวเดียวกัน การอยู่ใกล้ชิดและช่วยเหลือกัน ชัดแย้งกับ อรรถพล ยิ้มรยง และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ พบว่า ผู้ป่วยใช้สารเสพติดในวัยรุ่นระยะฟื้นฟู ภายหลังได้รับการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้สารเสพติดในระยะฟื้นฟูที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแลในช่วงเริ่มพัฒนาโดยได้ทบทวนจากรูปแบบเดิมของงานประจำที่มีอยู่ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ได้ออกมาเป็นแนวทางการพัฒนา 6 มาตรการ ในเดือน มีนาคม 2565 ดังนี้ 1) ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ใน คปสอ.นวม 2) วิเคราะห์หน้าที่ของแต่ละงานที่เกี่ยวข้อง แบ่งงานไม่ให้เกิดกิจกรรมซ้ำซ้อน 3) การค้นหา วินิจฉัย รักษาพยาบาล บำบัด 4) การประเมินผู้ป่วย การพยาบาล ติดตามประเมินผล 5) การถอดบทเรียนทุกรายกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ 6) การดูแลผ่านชุมชน สอดคล้องกับ สยาภรณ์ เดชดี และ อรรวรรณ หนูแก้ว ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมลดตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด พบว่า 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มในโรงพยาบาล ระยะเวลา 3 สัปดาห์ และ 2) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับ การดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁰

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติด และญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์พบ ปัญหาและอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ในช่วงพัฒนา (31 มีนาคม 2565) ได้แก่ 1) ปัญหาการประชุม แลกเปลี่ยนข้อมูล 2) งานมีความซับซ้อน บางงานมีงบประมาณจำกัด 3) การใช้เครื่องมือ และการค้นหา ยังใช้ระบบในการค้นหาที่มาจากระบบสาธารณสุข ยังขาดความร่วมมือจากชุมชน 4) การประเมินผู้ป่วยยังมีการใช้เครื่องมือประเมินไม่สม่ำเสมอ การปรับปรุงแก้ไข การประเมินผู้ป่วย แกร็บให้ใช้ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q, 9Q), แบบคัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q), ทูกราย การพยาบาล ติดตามประเมินผล การประเมินญาติผู้ป่วย ใช้แพทย์ พยาบาล ภาควิชาเครือข่ายมากขึ้น และ การดูแลสุขภาพจิตปรับให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น ร่วมกับผู้นำชุมชน อสม. ญาติผู้ดูแล 5) ไม่มีกระบวนการเขียนรายงานสอบสวนการฆ่าตัวตาย 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยังขาดความร่วมมือกับชุมชน และยังไม่ดึงชุมชนมามีส่วนร่วมยังเต็มศักยภาพ สอดคล้องกับ ณัฐพร ผลงาม พบว่า ปัญหาในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัดระยอง ส่วนใหญ่ใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยให้หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ ควรใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานทุกขั้นตอน เป็นหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและหลังการบำบัด ตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ชุมชน และประชาชนทั่วไป²² การพัฒนารูปแบบได้มีการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่อง ทบทวนปัญหา แก้ไข ปัญหาโดยได้มีการปรับรูปแบบการพัฒนาในช่วงเดือน (เริ่มปรับปรุง เมษายน 2565) ทั้ง 6 มาตรการ ดังนี้ 1) เพิ่มเติม ให้มีการประชุมนำเสนอในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ โดยมีบทบาทให้ นายอำเภอนามนเป็น

ประธาน 2) เพิ่มเติม แบ่งงานไม่ให้เกิดกิจกรรมซ้ำซ้อน เช่น กู้ภัย อปท.จะดูแลส่งผู้ป่วย รพ.นามน ดูแลงานด้านการรักษา ดำรวจดูแลงานด้านการระงับเหตุ 3) เพิ่มระบบขอคำแนะนำจากแม่ข่าย ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพิ่มระบบการส่งต่อไปโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รพ.จิตเวชขอนแก่น รพ.ธัญญรัตน์ ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น 4) เพิ่มเติม ให้ใช้แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินภาวะการฆ่าตัวตายรายใหม่ทุกราย 5) เพิ่มการทำรายงานและสอบสวนการฆ่าตัวตายทุกราย 6) เพิ่มการอบรมสร้างอาชีพงานอดิเรก โดยมีบทบาทเพิ่มเติมดังนี้ กลุ่มต่างๆ ในชุมชน เช่น กระบองเพชร กัญชง สมุนไพร รพ.สต. ชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. ญาติผู้ดูแล มีหน้าที่ดูแล ติดตาม แจ้งข่าว ค้นหารายใหม่ ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในชุมชนได้

ผลของการพัฒนารูปแบบได้ปรับปรุงจากกิจกรรมเดิมจาก 6 มาตรการ เป็นกิจกรรมที่ดีขึ้น ครอบคลุมขึ้น และอยู่ในรูปแบบใหม่ ที่เหมาะสมกับอำเภอนามน ขึ้นสุดท้ายในเดือน มิถุนายน 2565 มีรูปแบบ ดังนี้ 1) ประชุมทบทวนสถานการณ์ผลการดำเนินงาน ค้นข้อมูลการดำเนินงานในแต่ละเดือน ร่วมกับภาคีเครือข่าย และชุมชน 2) บูรณาการงบร่วมกัน แบ่งงานไม่ให้เกิดกิจกรรมซ้ำซ้อน ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดให้มากที่สุด 3) การค้นหา วินิจฉัย รักษาพยาบาล บำบัด ระบบส่งต่อ ค้นคนใช้สุ่มชุมชน 4) การประเมินผู้ป่วย การพยาบาล ติดตามประเมินผล การประเมินญาติผู้ป่วย และการดูแลสุขภาพจิต มีการประเมินผู้ป่วยผ่านคลินิกจิตเวช และคลินิกบำบัดการใช้สารเสพติด โดยใช้แบบฟอร์มแบบคัดกรองตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต 5) การสอบสวนการฆ่าตัวตายการถอดบทเรียนเป็นกรณีศึกษาร่วมกันในภาพอำเภอ มีการสอบสวนการฆ่าตัวตายทุกรายเพื่อหาสาเหตุ 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดร่วมกับชุมชน อบรมสร้างอาชีพในกลุ่มที่มีภาวะความเครียด หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายในอนาคตโดยกลุ่มอาชีพในชุมชน โดย มีผลการดำเนินงาน ดังนี้ 1) ประชุมทบทวนสถานการณ์ผลการดำเนินงานร่วมกับทีมระบบสุขภาพอำเภอเดือนละ 1 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 100 2) บูรณาการงบร่วมกัน

แบ่งงานไม่ให้เกิดกิจกรรมซ้ำซ้อน ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดให้มากที่สุด มีการส่งต่อผู้ป่วยโดยกู้ภัยจากชุมชนโดยกู้ภัย ทุกครั้งคิดเป็น ร้อยละ 100 ดำรวจเข้าระงับเหตุและนำส่งผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับกู้ภัยมาที่โรงพยาบาลทุกครั้ง ร้อยละ 100 มีการส่งต่อจากโรงพยาบาลนามนไปยังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หรือ โรงพยาบาลธัญญรัตน์ทุกครั้งที่เกิดขีดความสามารถ ร้อยละ 100 3) การค้นหา วินิจฉัย รักษาพยาบาล บำบัด ระบบส่งต่อ ค้นคนใช้สุ่มชุมชน มีการค้นหารายใหม่ผ่านชุมชนร่วมกับตำรวจทุกครั้ง ร้อยละ 100 มีการค้นคนใช้สุ่มชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับผู้นำชุมชนและ อสม.ทุกครั้ง ร้อยละ 100 4) การประเมินผู้ป่วย การพยาบาล ติดตามประเมินผล การประเมินญาติผู้ป่วย และการดูแลสุขภาพจิต มีการประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q, 8Q ทุกครั้ง ร้อยละ 100, 5) การสอบสวนการฆ่าตัวตายการถอดบทเรียนเป็นกรณีศึกษาร่วมกันในภาพอำเภอมีการสอบสวนการฆ่าตัวตายและเขียนรายงานสอบทุกครั้ง ร้อยละ 100 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดร่วมกับชุมชนมีการอบรมวิชาชีพงานอดิเรกให้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด โดยกลุ่มคนในชุมชนเอง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 100 จะเห็นว่าทุกตัวชี้วัดในกิจกรรม จะอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและชุมชนเป็นหลักจึงสำเร็จได้ สอดคล้องกับ ธรรมนูญ ผลงาม พบว่า รูปแบบใหม่ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ควรใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานทุกขั้นตอน เป็นหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เปิดโอกาสให้คนในชุมชนคิดและออกแบบวิธีการโดยชุมชนเอง โดยเริ่มต้นจากการร่วมกันคิดตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเสียสละที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติ รวมทั้งติดตามประเมินผลที่การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ โดยแบ่งเป็น การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและหลังการบำบัด ตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ชุมชนและประชาชนทั่วไป ส่วนสถาน

บริการสาธารณสุข ควรดำเนินงาน 3 ส่วนคือ การจัดการดูแลผู้ป่วย (Case Management) การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Holistic Rehabilitation) และภาคีเครือข่าย (Network) เพื่อให้เกิดกระบวนการความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาเสพติด และลดปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ รวมทั้งทำให้การดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดระยองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹¹

ผลของการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องจากการทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1) ระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลในเดือนมีนาคม 2565 เทียบกับหลังพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องในเดือน มิถุนายน 2565 พบว่า หลังดำเนินการมาตรการภาวะซึมเศร้าลดลงจากระดับปานกลาง เป็น ไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ ระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มญาติผู้ดูแล เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลในเดือนมีนาคม 2565 เทียบกับหลังพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องในเดือนมิถุนายน 2565 พบว่า หลังพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่า ภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย ลดลง เป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลง เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลที่เข้มข้นและจริงจังในภาพอย่างต่อเนื่องระยะเวลา 4 เดือนที่ผ่านมา จึงทำให้เกิดความต่างของคะแนนเฉลี่ยลดลงเพียงเล็กน้อยของทั้ง 2 กลุ่ม และหากมีระยะเวลามากกว่านี้ จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้สอดคล้องกับ วิภาวี เผ่ากันทรกร และ นภา จิรัฐจินตนา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t = 10.71, p < .01$) และต่ำกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.80, p < .01$)⁷

2) ระดับภาวะฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลในเดือนมีนาคม 2565 เทียบกับหลังพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องในเดือน มิถุนายน 2565 พบว่า หลังดำเนินการมาตรการภาวะฆ่าตัวตายลดลง จากมีภาวะฆ่าตัวตายระดับน้อย เป็น ไม่มีภาวะฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลง เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ ระดับภาวะฆ่าตัวตายในกลุ่มญาติผู้ดูแล เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบมาตรการในเดือนมีนาคม 2565 เทียบกับหลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่องในเดือนมิถุนายน 2565 พบว่า หลังดำเนินการมาตรการภาวะฆ่าตัวตายลดลง จากระดับน้อยเป็นไม่มีภาวะฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลง เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลที่เข้มข้นและจริงจังในภาพอย่างต่อเนื่องระยะเวลา 4 เดือนที่ผ่านมา จึงทำให้ประเมินแล้วไม่มีภาวะการฆ่าตัวตายในทั้ง 2 กลุ่ม สอดคล้องกับ อติรัตน์ ห้วยทราย และคณะ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตและจิตเภท หรือ โรคซึมเศร้า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และระดับสูง ร้อยละ 66.7 ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางและสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.627, p < 0.01$)⁵

3) ความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายภายหลังการพัฒนารูปแบบ (มิถุนายน 2565) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดเทียบกับญาติผู้ดูแลหลังพัฒนารูปแบบพบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม คะแนนเฉลี่ยกลุ่มผู้ป่วยน้อยกว่า

กลุ่มญาติผู้ดูแล เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ ระดับภาวะฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดเทียบกับญาติผู้ดูแลหลังพัฒนารูปแบบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะฆ่าตัวตายอยู่ในระดับน้อยเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม คะแนนเฉลี่ยกลุ่มผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มญาติผู้ดูแล เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่าไม่แตกต่างกัน จะเห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ามีการลดลงในทางที่ดีในกลุ่มผู้ป่วย แต่หากปรับรูปแบบเพิ่มเติมให้ดูแลสุขภาพจิตญาติผู้ดูแลควบคู่กันไปด้วย อาจทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ อิดาร์ตัน ห้วยทราย และคณะ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตและจิตเภท หรือ โรคซึมเศร้า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง และระดับสูง ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางและสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.627, p < 0.01$) และสอดคล้องกับ ธัญญาพร สายโน และคณะ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ที่มีการอยู่อาศัยกับภรรยาหรือญาติ มีแนวโน้มในทางที่ดี ในการแก้ไขปัญหาการหายไประหว่างการบำบัด และการติดตามหลังการบำบัด ควรเพิ่มการติดตามเชิงรุก โดยให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด และเฝ้าระวังดูแลหลังการบำบัดด้วย⁵

ข้อจำกัดทางการศึกษา

- 1). การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาต้องศึกษาเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่องเพิ่มเติมอีก
- 2). ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด มีความอ่อนไหวต่อข้อคำถาม อาจมีปัญหาด้านเก็บข้อมูลที่คลาดเคลื่อน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การส่งเสริมและแก้ไขภาวะซึมเศร้านั้นทำได้ดี แต่ต้องใช้เวลาทั้งสองกลุ่มในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล ผ่านทีมเยี่ยมบ้านสหวิชาชีพ หัวหน้าส่วนราชการ และชุมชน ในรูปแบบระบบสุขภาพอำเภอเป็นกลไกขับเคลื่อน
2. การส่งเสริมสุขภาพจิตควรมีการดูแลในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดควบคู่กันไปด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบกับอำเภอข้างเคียง เพื่อให้ทราบความแตกต่างของการดำเนินงานที่ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรทำการทดลองรูปแบบและมาตรการในพื้นที่อื่นว่าได้ผลแตกต่างกันอย่างไร
3. ควรศึกษาและพัฒนา รูปแบบต่อไปในระยะเวลาเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พ.ศ.2561 เอกสารรายงานการใช้จ่ายยาเสพติดโลก (world drug report) ปี พ.ศ.2561 [อินเทอร์เน็ต].2561 [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก : <https://wdr.unodc.org/wdr2019>
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปราม ปี 2564. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เลขที่ 5 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ; 2564.
3. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเวชสุรา ยา สารเสพติด โรงพิมพ์บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด กรุงเทพมหานคร; 2563.
4. งานจิตเวชโรงพยาบาลนวม. เอกสารรายงานประจำเดือน เมษายน 2565 หัวข้อรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและการฆ่าตัวตาย. คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนวม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ; 2565.

5. ธิติรัตน์ ห้วยทราย และคณะ. ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช.วารสารโรงพยาบาลสกลนคร ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564 หน้า 49-58.
6. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ พันธัญญา กิตติรัตน์ไพบูลย์. ผลกระทบของเพศภาวะต่อสุขภาพจิตและแนวคิดเพศภาวะกำหนดนโยบายสุขภาพจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2564 หน้า 259-273.
7. วิภาวี เผ่ากันทรากกร และ นภา จิรัฐจินตนา. ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 29 ฉบับที่ 4 พ.ศ.2564 เดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2564 หน้า 286-297.
8. สมจิตร มณีกันนัท และ คณะ. ความสุขของการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 29 ฉบับที่ 6 กรกฎาคม-กันยายน 2561 หน้า 371-380.
9. อรรถพล ยิ้มยรรยง และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพติดแอมเฟตามีนของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟู.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564 หน้า 71-83.
10. สยาภรณ์ เดชดี และ อรรวรรณ หนูแก้ว. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 (2021): มกราคม - เมษายน 2564 หน้า 91-111.
11. ณัฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารศาสตรสาธาณสุขนวัตกรรม ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พ.ศ.2564 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2564 หน้า 49-72.