

**แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง
โดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม**
**Guidelines for the Care of Drug Addicts with Mental Illness and High Risk of Violence
with Community Participation in Yangsisurach District, Mahasarakham Province**
(Received: December 14,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 22,2024)

ประครอง ประภีระนะ¹, จันทร์เพ็ญ สว่างไสง¹, ดนัย บุญมี¹,กาญจนา จันทะนุย์¹, อรุณช ไชยสันต์¹
Prakrong Prakirana¹ Janphen Sawangthaisong¹ Danai Boonmee¹ Kanjana Chantanui¹ Oranuch Chaison¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอยางสีสุราช ระยะเวลาการศึกษาที่มีการพัฒนา 3 ระยะ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2566 คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการดูแล ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเวชเรื้อรัง (F20-F29) จำนวน 34 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) แบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้น้ำยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (V.2) แบบประเมินแรงจูงใจและระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า (2Q 9Q) และแบบประเมินฆ่าตัวตาย (8Q) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วยการดูแล 3 ระยะ คือ การดูแลระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (Pre-Hospital) การดูแลขณะในโรงพยาบาล (In-Hospital) และการดูแลต่อเนื่องหลังจากกลับสู่ชุมชน (Post-Hospital) เกิดการดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชนของ 3 หมอ และ 4 ทีม รวมทั้งมีการพัฒนาคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ประกอบด้วย 1) คู่มือแนวทางการค้นหา/คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่ออาการจิตเวชในชุมชน 2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดและญาติ 3) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและญาติที่บ้าน 4) คู่มือการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิตต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายในชุมชน ผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและก่อความรุนแรงได้รับการดูแลฉุกเฉินและการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 100 ไม่เกิดอุบัติเหตุรุนแรงจากพฤติกรรมของผู้ป่วย SMI-V ขึ้นในชุมชน ชุมชนสามารถประเมินและจัดการอุบัติเหตุรุนแรงเบื้องต้นได้ และสามารถดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: ยาเสพติด, เสี่ยงสูง, ความรุนแรง

Abstract

The action research aims to develop guidelines for the care of mentally disturbed and highly noisy drug patients in Yangsisurat District. The study period has been developed in 3 phases since October 2021 - March 2023; which is Phase 1, analysis of the situation, Phase 2 To development guidelines, Phase 3, evaluating the development results. The sample group is 34 people diagnosed with chronic psychiatric disorders (F20-F29). Collect data using the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), tool to assess aggressive behavior (Overt Aggression Scale : OAS). evaluates and forwards patients who use drugs and drugs for treatment, Ministry of Public Health (V. 2) Stage of change, screening/evaluation of depression (2Q,9Q) and suicide (8Q) and data analysis using descriptive statistics, number of percentage and content analysis.

¹ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

The study results found that the care guidelines for drug addicts with mental symptoms and a high risk of violence with community participation consisted of 3 stages of care: pre-hospital care, in-hospital care, and post-hospital care. The care was conducted with community participation by 3 doctors and 4 teams. In addition, a guideline manual for drug addicts and psychiatric patients with mental symptoms and a risk of violence in the community was developed, consisting of 1) a guideline for searching/screening patients at risk of psychiatric symptoms in the community, 2) a self-care manual for drug addicts and their relatives, 3) a self-care manual for psychiatric patients and their relatives at home, and 4) a guide for home visits for drug addicts and psychiatric patients with ongoing mental symptoms after discharge from the community. The results of the operation found that 100% of high-risk and violent patients received emergency care and continued care. There were no violent incidents from the behavior of SMI-V patients in the community again. The community was able to assess and manage initial violent incidents and was able to provide continuous care after the patient was discharged from the hospital.

Keywords : Drug Addicts, High Risk, Violence

บทนำ

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเวช โดยพฤติกรรมก้าวร้าวอาจแสดงออกในรูปแบบต่างๆ เช่น การพูดจาข่มขู่ การทำร้ายร่างกาย ผู้อื่นการทำลายทรัพย์สิน เป็นต้น สาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีหลายปัจจัย เช่น โรคทางจิตเวชการใช้สารเสพติด ปัญหาทางสังคมและครอบครัว ปัจจัยทางชีวภาพ พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชอาจส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยเอง บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนอื่นๆ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง¹ (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) หมายถึงผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุพพลภาพรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน 3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำ

ร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุ ชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) โดยแต่ละปีมีผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณ ร้อยละ 20 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมีโอกาสก่อความรุนแรง และจากการติดตามสถานการณ์ความรุนแรงในสังคมใน 5 เดือน (พ.ค.-ก.ย. 2563) จำนวน 2,300 ชั่ว พบว่าร้อยละ 18 ของความรุนแรงมาจากปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ร้อยละ 22 ของความรุนแรงเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ร้อยละ 38 ของความรุนแรงมาจากการดื่มสุราและพบว่าสถานที่เกิดเหตุพบในชุมชนมากกว่าในบ้าน² ซึ่งทำให้มีประชาชนที่เสี่ยงหรือสัมผัสความรุนแรงเพิ่มขึ้นด้วย และจากข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) บนระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การเข้ารับบริการสะสมตั้งแต่ปี 2559 -2564 จำนวน 27,518 คน โดยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ก่อความรุนแรง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งพบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรงจำนวน 1,463 คน 2,783 คนและ 3,527 ในปี 2562 - 2564 ตามลำดับ โรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วย SMI-V 4 อันดับโรค ได้แก่ 1. โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 2. โรคจิตเวชอื่นๆ 3. โรคจิตเภท และ 4. โรคจิตเวชยาเสพติด กลุ่มโรคดังกล่าวนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สินมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเองการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น เป็นภาระโรคและความสูญเสียของสังคมไทย³ จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าหากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมตั้งแต่ก่อนมาถึงโรงพยาบาล ขณะอยู่ในโรงพยาบาล จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานดูแลช่วยเหลือทั้งในชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความรุนแรงและความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากสถานการณ์วิกฤตต่างๆได้⁴

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญและการก่อความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับบุคคล ครอบครัวและสังคม และพบว่าบุคคลก่อเหตุมีประวัติการใช้สารเสพติดและมีอาการทางจิตร่วมด้วยเป็นส่วนใหญ่⁵ และผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าปัจจัยที่ทำให้มีอาการ ได้แก่ การขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง การไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และปัจจัยกระตุ้นสำคัญ คือการใช้สารเสพติด อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 255 ราย จากสถิติการออกรับเหตุในชุมชน พ.ศ. 2562 – 2564⁶ พบว่ามีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง (SMI-V) จำนวน 10 คน/13 ครั้ง , 15 คน/18 ครั้ง, 17 คน/21 ครั้ง และ 8 คน/12 ครั้ง และพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติดจำนวน 34 ราย คิดเป็น ร้อยละ 89.47 ของผู้ป่วยที่ออกรับเหตุทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติการใช้สารเสพติด จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง ส่งผลกระทบทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล กลัวหวาดระแวง และปัญหาความรุนแรงกับคนในครอบครัวและชุมชน จากการทบทวนผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้มีรูปแบบที่ชัดเจน

เนื่องจากการออกเหตุแต่ละครั้ง ผู้ป่วยมีอาการไม่เหมือนกันในแต่ละราย แต่ที่คล้ายกันคือเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัว และคนในชุมชน ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีรูปแบบที่ชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติจริงได้ ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ลดการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมถึงลดตราบาปในสังคม ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด จึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งด้านการกินยาการมีญาติผู้ดูแลที่มีศักยภาพ บุคคลในครอบครัวมองด้านบวกของผู้ป่วย ชุมชนให้การสนับสนุนช่วยเหลือดูแล ไม่ตีตรา ลดมลทิน และที่สำคัญผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ จะช่วยลดอุบัติการณ์ของอาการกำเริบและลดความเสี่ยงการก่อความรุนแรงได้ ซึ่งเป็นอีกช่องทางหนึ่ง ที่สามารถแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้โดยตรง และเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนเกิดการเสริมพลังชุมชนสามารถดูแลคนในชุมชนเองได้ จึงได้นำสู่การวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง โดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart^{7,8} ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือน ต.ค. 2564 - มี.ค. 2566 พื้นที่วิจัย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน ประเด็นผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยในชุมชน ปัญหาที่พบ ร่วมกับทีม 3 หมอ และ 4 ทีมประสานงานหลักในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดเหตุในชุมชน (6 เดือน : ต.ค.64 - มี.ค.65) มีรายละเอียดดังนี้

1. สถานการณ์ผู้ป่วยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเวชเรื้อรัง (F20-F29) และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จำนวน 12 คน, สมาชิกในครอบครัว จำนวน 10 คน, อสม. และผู้นำชุมชน จำนวน 14 คน , แกนนำจากทีมประสานงานหลัก 4 คน รวม 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์และประเมินผู้ป่วย ในประเด็นการประเมินความก้าวร้าว (OAS), ประเมินอาการทางจิต (BPRS), ประเมินการใช้ยาและสารเสพติด (V2), การประเมินแรงจูงใจและระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) และสมาชิกในครอบครัว ประเด็นการคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า (2Q 9Q) และแบบประเมินฆ่าตัวตาย (8Q) สนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ประเด็น ผลกระทบจากพฤติกรรมก่อความรุนแรงต่อชุมชน และปัญหาการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ และสิ่งที่ต้องการการสนับสนุน และการมีส่วนร่วมจากชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในพื้นที่

2. การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การทบทวน Case ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี รายงานผลการวิจัย บทความวิชาการ นโยบายต่างๆ พบประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อชุมชน

3. ศึกษาความต้องการการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตัวแทนอสม. บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำรวจและผู้นำชุมชน รวม 53 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ หลังจากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง ในวงรอบที่ 1 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่สรุปได้จากขั้นตอนที่ 1 คั้นข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดการอบรมบุคลากรผู้ปฏิบัติงานให้ผ่านการอบรมสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชหลักสูตรระยะสั้น โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนทั้งในระดับหมู่บ้านให้มีความรู้ ทักษะ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ การกำหนดบทบาททบทวนร่วมกันถึงหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านแบบทีมสหวิชาชีพ โดยใช้รูปแบบ 3 หมอ และ 4 ทีมการประสานงานในชุมชน พร้อมทั้งนำเครื่องมือไปใช้ในการประเมินเพื่อแบ่งระดับความรุนแรงและการดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์จิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบประเมินความก้าวร้าว (OAS) 2) แบบประเมินอาการทางจิต

(BPRS) 3) แบบประเมินคัดกรองการใช้ยาและสารเสพติด (V2) 4) แบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน 5) แบบประเมินแรงจูงใจและระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) 6) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด 7) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม หลังจากนั้น ดำเนินการตามแผน ติดตามสังเกตขณะนำไปใช้จริงเพื่อนำสู่การพัฒนา ในวงรอบที่ 2 โดยมีการพัฒนาการดูแลระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (Pre-Hospital) การดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล (In-Hospital) การดูแลในชุมชนเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Post-Hospital) และพัฒนาคู่มือแนวทางการค้นหา/คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่ออาการจิตเวชในชุมชน คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดและญาติ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและญาติที่บ้าน และคู่มือการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิตต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายในชุมชน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินผลระหว่างดำเนินการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขในแต่ละวงจรปฏิบัติการ 2) การประเมินผลโดยรวมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เป็นการสังเคราะห์การพัฒนาจากผลลัพธ์การดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง SMI-V ที่ได้รับการออกระงับเหตุเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเวชเรื้อรัง (F20-F29) ที่มีประวัติการใช้สารเสพติดรวมจำนวน 34 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ปัญหาสุขภาพ โรคประจำตัวและการรับการรักษาด้วยยา 2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 3) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)

4) แบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (V.2) 5) แบบประเมินแรงจูงใจและระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) 6) แบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน 7) แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า (2Q 9Q) และแบบประเมินฆ่าตัวตาย (8Q)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุ เป็นผลของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 13/2564 เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2564

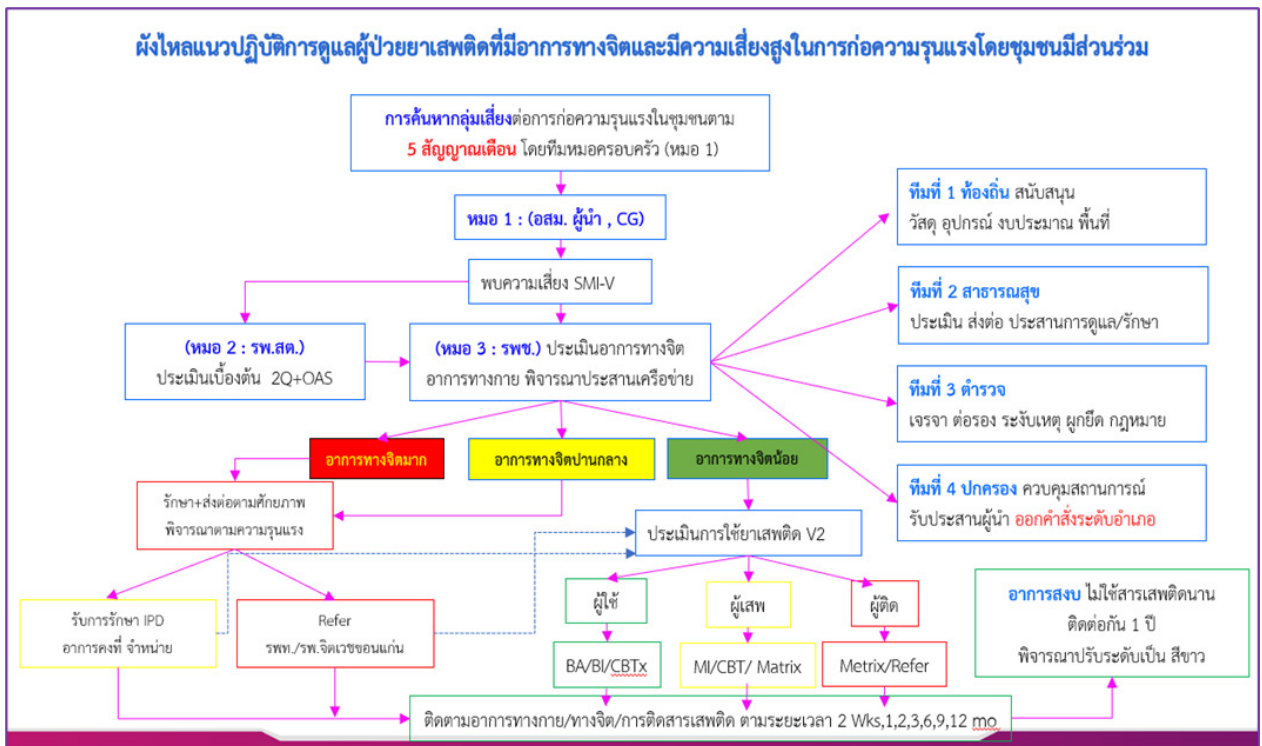
ผลการศึกษา

1. ด้านสถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง พบว่า 1.1) ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ทั้งหมด 255 ราย พบมีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและออกระงับเหตุ (SMI-V) 34 ราย โดยกระจายอยู่ในพื้นที่ ทั้ง 7 ตำบล ผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาซับซ้อน ไม่มีญาติดูแล มีประวัติติดสารเสพติด ผู้ป่วยทั้งรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่าส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการรับยาไม่ต่อเนื่อง การขาดยาและไม่กินยา รวมทั้งขาดผู้ดูแลหลัก 1.2) ด้านผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชน พบว่า คนในชุมชนไม่คิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นหน้าที่หรือความรับผิดชอบ

หรือเป็นปัญหาของตนเอง จนกว่าจะเกิดเหตุ อีกรั้งชุมชนยังไม่มีความรู้ในด้านการสังเกต การดูแลผู้ป่วย เมื่อมีผู้ป่วยอยู่ในชุมชน เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเวช ญาติหรือผู้ดูแลและชุมชนยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นหรือประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือและคิดว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพเท่านั้น 1.3) ด้านทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พบว่า การกำหนดบทบาทดูแลช่วยเหลือในแต่ละวิชาชีพ ยังไม่มีรูปแบบที่

ชัดเจน ทำให้การสื่อสาร การประสานคลาดเคลื่อน ไม่ชัดเจนระหว่างทีม ส่งผลให้เกิดความไม่พร้อมในการปฏิบัติงาน 1.4) ด้านแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน เป็นการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาเป็นครั้งคราวตามสถานการณ์เหตุการณ์ในแต่ละครั้ง

2. ด้านแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม



ภาพประกอบ 1 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

2.1 เกิดการพัฒนาทีมผู้ปฏิบัติงานและการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม โดยใช้กลไก รูปแบบ 3 หมอ และ 4 ทีม การประสานงานในชุมชน โดย 3 หมอ ประกอบด้วย หมอ 1 คือ ทีมในชุมชนที่สามารถสังเกตและประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน คือ อสม.,

ผู้นำชุมชน, (Care Giver : CG) ทำหน้าที่ เฝ้าระวังสังเกตอาการกำเริบและช่วยดูแลต่อเนื่องในชุมชน เชื่อมโยงกับครอบครัวและผู้ป่วย เพื่อลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่ออาการกำเริบ ประสานการส่งต่อรวมถึงสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูการใช้ชีวิต หมอ 2 คือ เจ้าหน้าที่บุคลากร รพ.สต. (พยาบาลวิชาชีพ, นักวิชาการสาธารณสุข) บทบาทหน้าที่ ทำการ

ประเมินอาการเบื้องต้นเกี่ยวกับการประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วย (OAS) การประเมิน 2Q เมื่อได้รับการแจ้งเหตุ จากทีม หมอ 1 ประสานการดูแลเชื่อมโยงการส่งต่อ และการปรึกษากับทีมหมอ 3 หมอ 3 คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด ทีมการดูแลฉุกเฉิน) **บทบาทหน้าที่** ประเมินอาการทางจิต และอาการทางกาย และประเมินการใช้สารเสพติด เมื่อรับผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา และพิจารณาการรักษา การประสานการดูแลและเชื่อมโยงการส่งต่อกรณีเกินศักยภาพ การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลจิตเวช หรือโรงพยาบาลอภัยภูธร และ **4 ทีม** ประกอบด้วย **ทีม 1** คือ ทีมท้องถิ่น บทบาทหน้าที่ ในการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ในแต่ละพื้นที่ ประกอบด้วย อบต. 7 แห่ง **ทีม 2** คือ ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บทบาทหน้าที่ ประเมินผู้ป่วย การบำบัดรักษา การส่งต่อผู้ป่วยหากเกินศักยภาพ และการประสานการดูแลรักษา **ทีม 3** คือ ทีมเจ้าหน้าที่ตำรวจ บทบาทหน้าที่ ในการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ เมื่อมีเหตุผู้ป่วยเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ในการ เจริญ ต่อรอง ระวังเหตุ ผูกมัดผู้ป่วย และการดูแลเรื่องกฎหมาย **ทีม 4** คือ ทีมฝ่ายปกครอง บทบาทหน้าที่ ในการออกคำสั่งระดับอำเภอ และการควบคุมสถานการณ์ รับประสานงานจากทุกภาคส่วนเมื่อมีเหตุ โดยเฉพาะจากทีมหมอ 1 โดยมีผังแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง ตามรายละเอียดดังภาพ

2.2 เกิดแนวทางการดูแลระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (Pre-Hospital) การดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล (In-Hospital) การดูแลในชุมชนเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Post-Hospital) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การดูแลระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (Pre-Hospital) โดยหมอ 1 (อสม.,ผู้นำชุมชน,CG) ทำการเฝ้าระวังและค้นหาโดยการจัดทำ SMI-V Scan 5 สัญญาณ

เตือน (ไม่หลับไม่นอน, เดินไปเดินมา,พูดจาคนเดียว, หงุดหงิดฉุนเฉียว, เทียวหวาดระแวง) เมื่อพบสัญญาณเตือน หรือมีเหตุตาม SMI-V Scan 5 สัญญาณเตือน ให้พูดคุย เกลี้ยกล่อม และประสานทีม หมอ 2 (เจ้าหน้าที่บุคลากร รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพ, นักวิชาการสาธารณสุข) ในการรับส่งต่อข้อมูลกลุ่มมีสัญญาณเตือนเพื่อประสาน ทีม 2 (ทีมรักษา) และหมอ 3 (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด ทีมการดูแลฉุกเฉิน) เพื่อให้การดูแลตามระดับความรุนแรง เขียว เหลือง แดง

การดูแลระยะในโรงพยาบาล (In-Hospital)

โดยหมอ 3 และทีม 2 คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด ทีมการดูแลฉุกเฉิน) ประเมินอาการทางจิต และอาการทางกาย และประเมินการใช้สารเสพติด พิจารณารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล ประสานการส่งต่อกรณีเกินศักยภาพ หากมีอาการฉุกเฉินทางจิตส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช หากมีการใช้สารเสพติดหากประเมิน V2 อยู่ในเกณฑ์ผู้ติด V2 > 27คะแนน หากรักษาอาการทางจิตแล้ว ส่งต่อโรงพยาบาลอภัยภูธร หากอาการดีขึ้นจำหน่ายส่งกลับไปยังชุมชน โดยทำการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม ร่วมกับ **ทีม 3** คือ ทีมเจ้าหน้าที่ตำรวจ ระวังเหตุ ผูกมัด ดูแลเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องจนผู้ป่วยสงบ ได้รับการรักษาหรือส่งต่อ

การดูแลระยะในโรงพยาบาล (Post-Hospital)

ติดตามดูแลหลังการรักษา การประสานการช่วยเหลือด้าน การกักขัง ญาติผู้ดูแล ด้านการส่งเสริมอาชีพ ดูแลเรื่องที่อยู่อาศัย โดยใช้หลักการ 3 C คือ 1) Client (เข้าถึง ฟังตนเอง เข้าใจ) 2) Care giver (เข้าใจ เข้าถึง สอดส่อง) 3) Community (ยอมรับ ช่วยกัน ปันโอกาส) **กลุ่มเป้าหมาย** คือ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยยาเสพติด ที่มีก่อเหตุความรุนแรงในชุมชน สีเหลือง สีแดง หลังจำหน่ายโดยหมอ 1 (อสม.,ผู้นำชุมชน,CG) จัดทำ SMI-V Scan 5 สัญญาณเตือน (ไม่หลับไม่นอน, เดินไปเดินมา,พูดจาคนเดียว, หงุดหงิดฉุนเฉียว, เทียวหวาดระแวง) ต่อเนื่อง

ติดตามการกินยา การเสริมพลังญาติผู้ดูแล **หมอ 2** คือ เจ้าหน้าที่บุคลากร รพ.สต. (พยาบาลวิชาชีพ, นักวิชาการสาธารณสุข) กำกับติดตามดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ตนเองหลังการจำหน่าย ด้านการกินยาและญาติผู้ดูแล การไปตามนัดของแพทย์ ประสานการดูแลผู้ป่วยกับเครือข่ายทีมที่เกี่ยวข้อง **หมอ 3** คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน (แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช/ยาเสพติด/เจ้าหน้าที่อื่น ๆ) ประสานการติดตามดูแลต่อเนื่อง แบบทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยกำกับการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย ณ 7 วัน 1,3,6,9 เดือน และ 1 ปี / ราย เป็นเลขาทีมในการจัดการประชุมและรายงานการดูแลผู้ป่วย ถึงปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และสรุปประเมินผลการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง และ **ทีม 1** คือ ทีมท้องถิ่น บทบาทหน้าที่ ในการสนับสนุน

งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ต่าง ๆ ในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเพื่อยกคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและลดการกำเริบซ้ำ **ทีม 2** คือ ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต.ในพื้นที่ และจากโรงพยาบาล บทบาทหน้าที่ ประเมินผู้ป่วย ผลการบำบัดรักษา และการติดตามกำกับดูแลต่อเนื่อง **ทีม 3** คือ ทีมเจ้าหน้าที่ตำรวจ ร่วมเป็นทีมในการออกติดตามดูแลกำกับในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในด้านการกินยา การประกอบอาชีพ และการควบคุมเหตุฉุกเฉิน **ทีม 4** คือ ทีมฝ่ายปกครอง มีบทบาทในการออกคำสั่งการปฏิบัติงานระดับอำเภอเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ การประสานงานกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

3. ประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

1. ด้านข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 34 ราย ทั้งหมด เป็นเพศชายทั้งหมด อายุต่ำสุดคือ 15 ปี สูงสุด 55 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ 20-29 ปี จำนวน 14 ราย คิดเป็น ร้อยละ 41.18

2. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) ก่อนดำเนินการดูแล อาการที่มากที่สุดคือ ระดับ 2 จำนวน 19 รายคิดเป็นร้อยละ 55.8 คือมีอาการ พุดคำหยาบคาย ใช้คำสกปรกรุนแรง แสดงท่าทางคุกคาม ต่อบุคคลรอบข้าง ขว้างปาทำลายสิ่ง ทำหาย ชกต่อย ผู้อื่น ตะ แผลงหรือตีงมผู้อื่น แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ หลังการดูแลด้วยแนวทางและติดตามอาการอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายมีอาการดีขึ้นจำนวน 14 รายคิดเป็นร้อยละ 41.18 รองลงมาคือ OAS ระดับ 3 ที่มีการดูแลช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งที่ในระยะเวลาไม่เกิน 30 นาที ณ จุดเกิดเหตุ และผู้ป่วยต้องได้รับการส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.41 พบว่าหลังการดูแลตามแนวทางแล้วจากการติดตามอาการผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เหลือยังคงต้องเฝ้าระวังดูแลใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 11.76 และมีผู้ป่วย SMI-V ที่มี OAS ระดับ 1 ที่สามารถจัดการระงับอาการได้ ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.71

3. ประเภทอาการทางจิตที่พบมากที่สุด คือ อาการหลงผิดด้านความคิด (Delusion) จำนวน 23 รายคิดเป็น ร้อยละ 67.65 หลังให้การดูแลตามแนวทางผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ยังคงเหลืออาการที่พึงเฝ้าระวัง 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.18 รองลงมา คือ พฤติกรรมก่อเหตุรุนแรงในชุมชน (Violence) จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.47 หลังให้การดูแลตามแนวทางผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ยังคงเหลืออาการที่พึงเฝ้าระวัง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.88 และพฤติกรรมทำร้ายตนเองมุ่งให้เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.94 หลังให้การดูแลตามแนวทางผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่พบการทำร้ายตนเองซ้ำ

4. ระดับความรุนแรงตามกลุ่มสี พบว่าก่อนดำเนินการ ประเภทผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอาการสีเหลืองจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.88 หลังให้การดูแลตามแนวทางผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และเปลี่ยนเป็นระดับกลุ่มสีเขียว ลดการใช้สารเสพติด รับประทานยาที่

ต่อเนื่อง ยังคงเหลืออาการกลุ่มสีเดิมจำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.18 รองลงมาคือผู้ป่วยระดับสีแดงที่มีอาการคลุ้มคลั่ง และได้รับการดูแลส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายตามแนวทาง คือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 7 ราย หลังจำหน่ายได้รับการดูแลตามแนวทาง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และเปลี่ยนระดับกลุ่มสีที่ดีขึ้น มีญาติดูแลใกล้ชิด ทีมชุมชนดูแลด้านการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง การมาตามนัด การป้องกันการเสพสารเสพติดซ้ำ ยังคงเหลืออาการกลุ่มสีเดิมจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.88

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัย เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอวังน้อย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การดูแล 3 ระยะ คือ การดูแลระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (Pre-Hospital) การดูแลขณะในโรงพยาบาล (In-Hospital) และการดูแลต่อเนื่องหลังจากกลับสู่ชุมชน (Post-Hospital) เกิดการดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชนของ 3 หมอ และ 4 ทีม รวมทั้งมีการพัฒนาคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ประกอบด้วย 1) คู่มือแนวทางการค้นหา/คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่ออาการจิตเวชในชุมชน 2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดและญาติ 3) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและญาติที่บ้าน 4) คู่มือการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีอาการทางจิตต่อเนื่อง หลังจากจำหน่ายในชุมชน ผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและก่อความรุนแรงได้รับการดูแลฉุกเฉินและการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 100 ไม่เกิดอุบัติเหตุรุนแรงจากพฤติกรรมของผู้ป่วย SMI-V เข้าในชุมชน ชุมชนสามารถประเมินและจัดการ

อุบัติเหตุรุนแรงเบื้องต้นได้ และสามารถดูแลต่อเนื่อง หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษา โกลด์ เจริญศรี ที่ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอตอนตาล จนเกิดการพัฒนาคำแนะนำและทักษะครอบครัว ประเด็นที่จำเป็นแก่ญาติและภาคีเครือข่าย ได้แก่ การเฝ้าระวังอาการเตือน 5 อาการหลักสำคัญ การสร้างปัจจัยปกป้องด้วย 2 ย. 1ส (ยาดี/ญาติดี/หลีกเลี่ยงสุราสารเสพติด) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พัฒนาคำแนะนำและทักษะที่จำเป็นแก่อาสาสมัคร. ตามโปรแกรม อสม.ที่เลี้ยงระบบ DOT/บัดดี้ที่ผู้พิทักษ์ พัฒนาคำแนะนำและทักษะที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่รพ.สต.⁹ ได้แก่ การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในอำเภอ แลกเปลี่ยนนวัตกรรมจากชุมชนต้นแบบสู่ทุกตำบล ประเมินผลพบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดคะแนนอาการทางจิตลดลง ร้อยละ 88.40 ญาติส่วนใหญ่มีความสุขเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขญาติผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตก่อนและหลังได้รับการดูแลลดลง อย่างมีนัยสำคัญ และข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่นสาระ คือ การจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติ ก่อความรุนแรงนั้นบุคลากรสุขภาพควรออกแบบรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนและการจัดการรายการกรณีควรถูกนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยราย⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กชพร นระธรร ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด ทำให้ได้รูปแบบ มาตรการ กิจกรรมและบทบาททุกภาคีเครือข่าย Phonthong Model โดยการกำหนด มาตรการ กิจกรรมในการแก้ไขปัญหา สถานการณ์การ

ดูแลผู้ป่วยเสี่ยงก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแลร่วมกับ ภาครัฐและภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน กำหนด บทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล ภายหลังการใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองร้อยละ 90 รองลงมา คือมี พฤติกรรมก้าวร้าวในระดับน้อย ร้อยละ 10 ไม่มี พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการ แสดงออก ร้อยละ 80 รองลงมาคือมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก ระดับ น้อย ร้อยละ 20 ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อ ทรัพย์สิน ร้อยละ 90 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สินระดับน้อย ร้อยละ 10¹⁰

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้เรียนรู้ว่า ผู้ที่ใช่ยา หรือผู้เสพยาเสพติดไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวชหรือ SMI-V แต่มี โอกาสเป็นผู้ป่วย SMIV ได้, ผู้ป่วยที่ถูกระบุว่าเป็นผู้ป่วย SMI-V ไม่ได้เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ รุนแรงเสมอไปเพียงแต่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรม, ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชและเป็นผู้ป่วย SMI-V ไม่ใช่ ผู้ป่วยยาเสพติดทุกรายเสมอไป และขณะเดียวกันผู้ป่วย ยาเสพติดที่ถูกระบุว่าเป็นผู้ป่วย SMI-V ก็ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยจิตเวชเสมอไป, การส่งต่อข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังใน การดูแลผู้ป่วย SMI-V เป็นสิ่งที่ดี ป้องกันการเกิด อันตรายต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชนหากนำไปใช้ อย่างเหมาะสม แต่หากนำไปใช้ในทางที่ผิด จะเกิดการตี ตราผู้ป่วย และเสียโอกาสทางสังคม ถือว่าเป็นอันตราย, การแก้ไขปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดที่เป็น SMI-V จำเป็น จะต้องได้รับความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน โดย ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล ทีมผู้มีส่วนรับผิดชอบใน ชุมชนจะต้องสามารถประเมิน/คัดแยกผู้ป่วยได้อย่าง รวดเร็ว ขณะอยู่ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลควรมีความ พร้อมและมีแนวปฏิบัติในการดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ ันท์ทางที่และมีแนวทางการส่งต่อที่เหมาะสมหากเกิน

ศักยภาพ ระยะเวลาหลังการรักษาและกลับสู่ชุมชน การส่งต่อข้อมูลที่ต้องการ และการดูแลผู้ป่วยโดยทีมในชุมชนจะต้องต่อเนื่องและควบคุมตัวกระตุ้นที่สำคัญคือการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ จึงจะลดการกลับมามีอาการซ้ำได้ และสิ่งสำคัญสำหรับทีมการดูแลในแต่ละระยะ ควรมีการซักซ้อมแผนเสมือนจริงหากเผชิญเหตุ และการ

ซักซ้อมขั้นตอนการรับ-ส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ, ทีมผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ในแต่ละทีมและแต่ละระยะของการดูแล ควรได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการและปรับแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นระยะ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับA,S,M1และ M2). กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลพิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
6. โรงพยาบาลยางสีสุราช . (2564). รายงานการดำเนินงานผู้ป่วย SMIV พ.ศ. 2563-2564. มหาสารคาม : โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม.
7. Kemmis S, McTaggart R. (1988). The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University.
8. เกษราวัลณ์ นิลวางกูร. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
9. โกศล เจริญศรี. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอดอนตาล กรณีศึกษาบ้านนาทาม-ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9 (5), 577-584.
10. กขพร นระธรร. (2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพหนอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8 (2), 286-296.