

การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี

Development of a Care Model Psychiatric on High-Risk Substance Toward Violence by the Participation Process of Network Partners, Chanthaburi Province

ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์* พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ สุภาพ ขวัญพูล

Tipwimol Tungchutaweesub* Puttiporn Pongnanthakunkij Supap kwanpoon

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี จันทบุรี ประเทศไทย 22000

Chanthaburi Provincial Public Health Office, Chanthaburi, Thailand 22000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐาน พัฒนาแบบแผนฯ และศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) วิเคราะห์ข้อมูล สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ผลลัพธ์คะแนนความรู้และทักษะใช้สถิติเชิงอนุมาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดมีระบบในการติดตามเฝ้าระวังไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา มีระบบการดูแลเชื่อมประสานแบบไร้รอยต่อ การดูแลในครอบครัว การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน การเชื่อมประสานระหว่างชุมชน การสนับสนุนทางสังคมของทุกหน่วยงาน มีแนวทางการส่งต่อ ครอบครัวเครือข่ายและทีมสุขภาพจิตมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจิตเวชไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ร้อยละ 100 ในพื้นที่มีรูปแบบการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ผลการศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และมีทีมบุคลากรในเครือข่ายเพิ่มขึ้น สามารถขยายผลของรูปแบบฯ ในพื้นที่อื่น

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบแผน, ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด, การใช้สารเสพติด, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

Abstract

This research is a development-oriented study aimed at analyzing behaviors from fundamental components, developing a model, and studying the outcomes of the developed model for the care of psychiatric patients who use substances and are at high risk of violence, through the participatory process of network partners in Chanthaburi Province. This research is a development-oriented study (Research and development). Analyze descriptive statistical data Frequency, percentage, mean, standard deviation, analyze the results of knowledge and skill scores using inferential statistics and content analysis.

*E-mail: aeiputtiporn29@hotmail.com

วันที่รับ (received) 15 ม.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 5 เม.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 เม.ย. 2568

Research findings indicate that psychiatric patients who use substances have a system in place for monitoring and preventing relapse. They receive continuous care without interruption, with a seamless care coordination system, family care, warning signal monitoring, community coordination, and social support from all agencies. There are guidelines for referrals, and the family network and mental health teams have increased knowledge and skills. Psychiatric patients do not exhibit repeated violence, at a rate of *Corresponding Author: 100% models. Aiming to develop a psychiatric care system for substance users that aligns with the local context and has an increased network of personnel, it can expand the model's impact to other areas.

Keywords: Model development, Psychiatry substance, The use of drugs, Participation

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย และพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของทุกประเทศกำลังมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากทำให้เกิดความพิการทางด้านสมอง และสูญเสียสภาวะสุขภาพ รายงานขององค์การอนามัยโลกเผยให้เห็นความล้มเหลวของระบบบริการสุขภาพจิตทั่วโลก จากการสำรวจระดับชาติด้านสุขภาพจิตในประเทศไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปพบความชุกชั่วชีวิตและความชุก 12 เดือน ของผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมจากการใช้สารจำนวน 15.9 ล้านคน ร้อยละ 30.8 ในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วม จำนวน 6.9 ล้านคน ร้อยละ 13.4 นำไปสู่การมีพฤติกรรมใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิดรวมถึงการทำร้ายบุคคลอื่น¹ องค์การอนามัยโลกสนับสนุน “แนวทางลดอันตราย” (Harm Reduction) เช่น การจัดตั้งโปรแกรม Community-Based Treatment เพื่อให้บริการรักษาและฟื้นฟูในชุมชน² ประเทศไทย พบ ผู้ใช้ “ยาบ้า” ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี และพบอายุต่ำกว่า 15 ปี มีการใช้ “ไอซ์” สำหรับการใช้สารเกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ติดยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยมีประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ติดยสารประมาณ 15.9 ล้านคน ร้อยละ 28.4 ทำให้การใช้สาร/สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต หรือเรียกว่าเกิดภาวะโรคจิตเวชสาร/สารเสพติด สารดังกล่าวผ่านเข้าสู่สมองมีผลทำให้สารสื่อประสาทเช่น สารโดปามีนในสมองผิดปกติ หากมีการเสพติด/ติดยหนักและนาน ส่งผลให้เกิดอาการทางจิต เช่น ภาวะหวาดระแวงหลงผิด ประสาทหลอน เมื่อขาดการรักษา ขาดการรับประทานยา และขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดในประเทศไทย ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลที่ครอบคลุมและไม่มีระบบการติดตามดูแล

ต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีการใช้สารร่วมกับเสพยาเสพติดจนส่งผลต่อการกลับมาป่วยและการรักษาซ้ำ โดยผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากกว่าเดิม บางรายมีภาวะหวาดระแวงจนเฉื่อยจนถึงขั้นก่ออันตรายรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ส่งผลกระทบให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต ทรัพย์สินทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ³

จากการประชุมชี้แจงงานสุขภาพจิตร่วมกับผู้แทนทุกภาคส่วนในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ผลการประชุม พบว่าอัตราผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดก่อความรุนแรงในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2567 มีมากถึง 4 ราย และเป็นข่าวเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ารูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงขาดความร่วมมือจากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ รวมถึงผู้นำชุมชนในพื้นที่ มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แต่ไม่มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด จึงมีความสำคัญในการสนับสนุนให้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย³ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดได้เข้าถึงระบบบริการและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากหน่วยบริการร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด โดยมุ่งหวังให้เกิดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ลดอัตราการป่วยซ้ำ ลดอัตราการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และพบผู้ป่วยอยู่ในระบบการบำบัดรักษา รวมถึงการให้การช่วยเหลือหลังการบำบัดรักษา โดยการประคับประคอง การให้คำแนะนำปรึกษา การเสริมสร้าง

กำลังใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้
อย่างปกติ ลดปัญหาการกลับไปใช้สารเสพติดและก่อความรุนแรงซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี

ขั้นตอนที่ 1 (R1: Research)

ระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และ ความคิดเห็นด้านองค์ความรู้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว ภาคีเครือข่าย

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาเชิงสังคม⁴ ทฤษฎีเชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมสามารถเกิดได้ทั้งภายในบุคคลและจากสิ่งแวดล้อมภายนอกเกี่ยวข้องสัมพันธ์แบบเชิงซ้อนกัน และใช้การทบทวนวรรณกรรมเป็นแนวทางการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 2 (D1: Development)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี

- ศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และความคิดเห็นด้านองค์ความรู้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว ภาคีเครือข่าย
- สรุปผลการศึกษา

- นำเสนอผลการศึกษาโดยการสนทนากลุ่ม
- พัฒนารูปแบบฯ โดยทีมพัฒนาร่วมกันระดมสมอง เพื่อกำหนดกิจกรรมและผู้รับผิดชอบ ตามแนวคิดระบบนิเวศวิทยาเชิงสังคม และร่างรูปแบบฯ

ขั้นตอนที่ 3 (R2: Research)

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี

- ศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ
- ทดลองใช้รูปแบบฯ
- ปรับปรุงและสรุปรูปแบบ โดยทีมในการพัฒนารูปแบบ

ขั้นตอนที่ 4 (D2: Development)

ระยะที่ 4 สรุปผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ปรับปรุงแก้ไข ให้ความสมบูรณ์

- นำเสนอผลการทดลองใช้รูปแบบต่อทีมพัฒนารูปแบบฯ
- ทีมพัฒนารูปแบบฯ ปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) เก็บข้อมูลเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2567 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง กำหนดตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบ ขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี ประชากร ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 350 คน และผู้ดูแลในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี จำนวน 103,216 คนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด จำนวน 10 คน และผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

วัตถุประสงค์ที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี ประชากร คือ ทีมพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 4,572 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมพัฒนารูปแบบฯ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 20 คน ดังนี้ 1) ทีมผู้แทนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 12 คน และ 2) ทีมผู้บริหาร คือ ผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 8 คน

วัตถุประสงค์ที่ 3 การศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี ประชากร คือ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 103,216 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ตามระยะการศึกษาวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In depth

interview) ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและผู้ดูแล ส่วนที่ 2 การศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เป็นแบบสัมภาษณ์ ดังนี้ 1) เมื่อเกิดปัญหาผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางด้านลบ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ทำนองอย่างไร 2) ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทำนองอย่างไร 3) มีหน่วยงานที่เข้าช่วยเหลือให้คำปรึกษาหรือผู้ดูแลผู้ป่วยหรือไม่ ถ้ามีช่วยด้านใดบ้าง ถ้าไม่ ต้องการความช่วยเหลือด้านใด และ 4) ท่านมีข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดในชุมชนหรือไม่

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดฯ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการระดมสมอง (Brainstorming guideline) ตามแนวคิดระบบนิเวศวิทยาเชิงสังคม⁴ ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและผู้ดูแล ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทีมพัฒนารูปแบบฯ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของของทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ประกอบด้วย การรับรู้การะการดูแลของผู้ป่วย ด้านสัมพันธภาพ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ส่วนที่ 3 ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามความคิดเห็นของของทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมระดมสมอง ประกอบด้วย 1) การรับรู้พฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด 2) การพัฒนารูปแบบ การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนในครอบครัว แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดในชุมชน แนวทางการส่งต่อระดับชุมชน ระดับโรงพยาบาล บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประกอบด้วย แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 2 ชุด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ชุดที่ 1 ความรู้เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดฯ ของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแล จำนวน 22 ข้อ โดยเป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 19 ข้อ และคำถามเชิงลบ

จำนวน 3 ข้อ ให้เลือกตอบถูกต้อง ไม่แน่ใจ และไม่ถูกต้อง แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ⁵ และ ชุดที่ 2 แบบประเมินทักษะเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดก่อความรุนแรง จำนวน 28 ข้อ เป็นแบบประเมินที่ทีมวิจัยเป็นผู้ประเมิน แบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ดีมาก ค่อนข้างดี ปานกลาง ควรปรับปรุง ไม่ดีเลย ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1-5⁶

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินทักษะ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อตรวจสอบครอบคลุมของเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา อยู่ที่ .91, .84, และ .92

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability): แบบสอบถามถูกนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อดูความเข้าใจในการตอบคำถาม ความเข้าใจในเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อคำถาม นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าแบบประเมินความรู้ และแบบประเมินทักษะ เท่ากับ .92, .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี เขตสุขภาพที่ 6 ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 082/67 ปี 2567 ลงวันที่ 30 กันยายน 2567 ก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตฉบับที่ก และบันทึกเทปการสนทนา ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในแบบฟอร์มการให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี เขตสุขภาพที่ 6 และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ดังนี้

1) การเตรียมพื้นที่ในการวิจัย โดยผู้วิจัยประสานขอความอนุเคราะห์จาก นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า นายอำเภอเมืองจันทบุรี และสาธารณสุขอำเภอเมืองจันทบุรี เพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการวิจัยและระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

2) การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้าเป็นรายบุคคล โดยขอความยินยอมจากผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

3) การดำเนินงานเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานฯ เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุมัติจริยธรรม ผู้วิจัยติดต่อประสานงานตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัยผู้วิจัยแจ้งการบันทึกเทปผู้ถูกสัมภาษณ์รับทราบ ใช้เวลาสัมภาษณ์ ครั้งละ 30 นาที และนำมาถอดเทปเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ผู้วิจัยติดต่อประสานงานทีมพัฒนารูปแบบฯ ร่วมระดมความคิดเห็น (Brainstorming) โดยการนำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การรวบรวมข้อมูลการวิจัย และนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ครั้งที่ 1 วันศุกร์ที่ 11 ตุลาคม 2567 เวลา 13.30 -15.00 น. ข้อสรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ครั้งที่ 2 วันศุกร์ที่ 18 ตุลาคม 2567 เวลา 13.30 -15.00 น. นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการระดมความคิดเห็นกับทีมพัฒนารูปแบบฯ ครั้งที่ 1 และทำการระดมความคิดเห็นเพื่อให้ข้อมูลสมบูรณ์ โดยมีการกำหนดกิจกรรมผู้รับผิดชอบ พร้อมตรวจสอบความถูกต้อง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ครั้งที่ 3 วันศุกร์ที่ 25 ตุลาคม 2567 การนำเสนอร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ใช้เวลา 13.30 -15.00 น.

ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยทดลองใช้รูปแบบที่ได้จากการพัฒนา

ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับญาติพี่น้องความรักใคร่ปรองดองสามัคคีอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.6$ SD, = 0.96) ด้านช่วยเหลือกันในการทำงาน อยู่ในระดับน้อย ($M=2.0$ SD, = 0.81) ด้านการดูแลกันและช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตหรือเวลาเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.6$ SD, = 0.84) ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($M=2.4$ SD, = 0.87) 1.3) ความสัมพันธ์เชิงสังคมสังคมเมื่อเกิดปัญหาผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางด้านลบ “เวลามีอาการรุนแรงเป็นช่วงไม่กินยา อยู่ใกล้จะโดนทำร้าย” ไม่มีหน่วยงานที่เข้าช่วยเหลือให้คำปรึกษาหรือดูแลผู้ป่วย “ใครจะมาช่วย คนระแวกนี้หว่าบ้านฉันผีเข้าเป็นบ้า” เมื่อถามถึงความต้องการความช่วยเหลือ ผู้ดูแลต้องการมีช่องทางในการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษามีคนมาช่วยจับเวลาอาการรุนแรง” และ “มีช่องทางขอความช่วยเหลือ แจ้งใครได้บ้าง” ข้อเสนอแนะในการดูแลในชุมชน “อยากให้ตำรวจเข้าช่วยจับส่งโรงพยาบาล” และ “กลุ่มคนที่เข้าช่วยพาไปโรงพยาบาล”

ตอนที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี แสดงดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่ และทักษะให้การช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ก่อนความรุนแรงก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติ Paired t-test

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาวุฒิกรรม จากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดฯ พบประเด็นสำคัญโดยอธิบายตามแนวคิดทฤษฎี ดังนี้

1.1) ความสัมพันธ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดฯ กับสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว ก่อนผู้ป่วยมีอาการป่วยได้ยาเสพติดมาด้วยวิธี “การบอกต่อให้ใช้จากกลุ่มเพื่อนในวงเหล้า” และ “เพื่อนนำมาให้” สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นจากทานยารักษาทางจิตมีอาการข้างเคียง “รู้สึกงาบินยาที่หมอให้แล้วมันไม่ดีขึ้น” สิ่งกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก “ทุกคนชอบว่าฉันเป็นคนไม่ดี ไม่ให้ฉันทำงาน” ขณะมีอาการจำสิ่งที่เกิดขึ้นได้ “ไม่สามารถระงับความโกรธ เพราะเครียด” ด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและปัญหาทางเศรษฐกิจ “มีปากเสียงกันในครอบครัว ในเรื่องเงินที่ใช้” 1.2) ความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพล

```

graph TD
    A([Pt SMI-V]) --> B[ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ.]
    B --> C[ผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉิน]
    B --> D[ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน]
    
    C --> E[ประเมิน/รักษา ACLS/BLS]
    E --> F[Consult จิตแพทย์]
    F --> G((Admit))
    
    D --> H[แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช]
    H --> I[ตรวจร่างกาย/รักษา]
    I --> G
    
    G --> J((จำหน่าย Case Conference))
    J --> K[นัดส่งปรึกษา]
    K --> L{สนใจไปบำบัด}
    L -- ใช่ --> M[ศูนย์ฟื้นฟูจิตรักษา]
    L -- ไม่ --> N[ตำรวจดำเนินคดี]

```

ภาพที่ 1 แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี

ตัวแปร	M	SD	t	df	p-value (1-tailed)
ความรู้					
ก่อนการใช้รูปแบบ	14.28	4.95	-6.29	30	<.001
หลังการใช้รูปแบบ	19.45	1.35			
ทักษะเพื่อการช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์					
ก่อนการใช้รูปแบบ	2.65	0.23	-55.15	30	<.001
หลังการใช้รูปแบบ	4.51	0.22			

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ และค่าเฉลี่ยทักษะ ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงฯ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 30) จากตารางสรุปได้ว่าหลังการใช้รูปแบบในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ด้านความรู้ และทักษะ ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามทฤษฎีนิเวศวิทยาเชิงสังคม⁴ ทฤษฎีเชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมสามารถเกิดได้ทั้งภายในตัวบุคคลและจากสิ่งแวดล้อมสัมพันธ์แบบเชิงซ้อนกัน ผลการวิจัยพบว่าด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงตัว 1.1) ก่อนมีอาการป่วยการได้มาของยาเสพติดมาจากเพื่อนจากผู้ขายละแวกบ้านและการไปสถานบันเทิง 1.2) สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีอาการที่รุนแรง มาจากการรับประทานยาการรักษาอาการทางจิตเวชมีอาการข้างเคียง หงุดหงิด ใช้ยาเสพติดหลายชนิดร่วมกัน 1.3) ในขณะที่มีอาการจำสิ่งที่เกิดขึ้นได้จากเรื่องครอบครัวและปัญหาทางเศรษฐกิจสอดคล้องการศึกษาในประเทศไทยศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลพลพลพูนเสนา⁸ พบว่า มีการใช้สารเสพติดร่วมประเภทการใช้สุรามากที่สุด รองลงมาสารกระตุ้นประสาท และกัญชา มีประวัติก่อความรุนแรงมาจากอาการหลงผิด ด้านความสัมพันธ์ระดับภายในเป็นความสัมพันธ์ผู้ป่วยกับครอบครัว อยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษา

ในประเทศไทยถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช² พบว่า ด้านสัมพันธภาพของครอบครัว การพูดจาต่อกันด้วยดีหรือการใช้เหตุผลพบว่าเป็นตัวแปรที่ร่วมกันทำนายการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช มาจากการดูแลผู้ป่วยและญาติ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ด้านความสัมพันธ์ระดับภายนอกสถานที่ทำงานที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรม 1) เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการด้านลบจากไม่รับประทานยา มีการทำร้ายร่างกายบุคคลใกล้ชิด 2) ไม่มีมีหน่วยงานที่เข้าช่วยเหลือ ต้องการให้หน่วยงานเข้ามาช่วยเหลือดูแลส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 3) ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน เสนอเรื่องการดูแลช่องทางแจ้งขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ญาติหรือผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะการดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากชุมชน ทีมสุขภาพจึงจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ผลลัพธ์ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณีลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี กำหนดแนวนโยบายที่เป็นมาตรการในชุมชน 4 ด้าน ดังนี้ 1) การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ป่วยมีระบบการดูแลที่เป็น Flow (ดังภาพที่ 1) ระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในครอบครัว การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยชุมชน ระบบการส่งต่อที่เป็นมาตรฐาน การถ่ายทอดให้ทุกฝ่ายได้รับทราบขั้นตอนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด

สอดคล้องการศึกษาในประเทศไทยถึงการพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ รุนแรงในชุมชน พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลแบ่งความรุนแรง ระดับพฤติกรรมก้าวร้าว คือ ระดับ 1 ในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ระดับ 2 ในโรงพยาบาลชุมชน และระดับ 3 ในโรงพยาบาลจังหวัด หลังปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล ผลลัพธ์ผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาลลดลง ร้อยละ 13 เหลือ ร้อยละ 7.6 ไม่ก่อความรุนแรงในพื้นที่ 10 2) ด้านสัมพันธภาพ ให้ความรู้ครอบครัวการเฝ้าสังเกตสัญญาณเตือน ทักษะ การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยก่อความรุนแรง มีระบบการส่งต่อ สอดคล้องกับการมีผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา หรือญาติทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นหลัก โดยพบว่าตัวแปรที่ร่วมกันทำนายการแสดงพฤติกรรม รุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชมาจากการดูแลผู้ป่วยของญาติ² 3) ด้านการสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไปเป็นหน่วยงานรักษา ฝ่ายปกครองช่วยดูแล ในชุมชน ตำรวจควบคุมผู้ป่วยและส่งเข้ารับการบำบัดรักษา สาธารณสุขอำเภอประสานหน่วยงานในพื้นที่ ปกครอง ตำรวจ เฝ้าระวังติดตามเยี่ยม และสนับสนุนส่วนขาดของครอบครัว ชุมชนสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบภาคีเครือข่าย ระบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน การดูแลเรื่องการรับประทานยา อย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อโดยทีมงานทุกภาคส่วน สอดคล้อง การศึกษาต่างประเทศเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง เสนอแนะด้านนโยบายและการปฏิบัติของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา เรื่องการมีนโยบายและโปรแกรมเฉพาะที่ตอบสนองการดูแล ผู้ป่วย เช่น การรักษาที่จำเป็นเชื่อมโยงกับการมีนโยบายที่มั่นคง เพื่อป้องกันผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงจากการมีอาการที่ รุนแรงในชุมชน ประกอบด้วย การช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย การทำงานในสังคม การเสริมพลังผู้ป่วย การเพิ่มการบำบัดรักษา ในโรงพยาบาลให้ดีขึ้นก่อนการจำหน่าย และต้องมีการสนับสนุน ทางการเงินในระยะยาว¹¹ 4) ด้านระยะเวลาในการเฝ้าระวัง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน ระบบการติดตามรับยาอย่างต่อเนื่อง และการไปพบแพทย์ ตามนัด พบว่าการศึกษาด้านการสร้างร่วมมือ โดยการจัด ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และกำหนดบทบาทหน้าที่ ทุกภาคส่วนให้ชัดเจน โดยมีดัชนีความสุขของครอบครัว และ คะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ $p=.01$ ¹²

ประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดย กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้ สารเสพติด และมีทักษะเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบ สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดดีกว่าก่อนทดลอง ใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้อง ในประเทศไทยเรื่องการมีความรู้ของญาติหรือผู้ดูแลที่มีทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงหลังได้รับ ความช่วยเหลือจากชุมชน และการมีทีมสุขภาพในรูปแบบ การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน⁹ นอกจากนี้ การศึกษาข้างเคียง ด้านการพัฒนาจิตอาสาให้มีความรู้ และทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในสถานการณ์สาธารณภัย ให้ได้รับการดูแลก่อนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเข้าถึง จะช่วยลด ความรุนแรงความพิการและการเสียชีวิต¹³

สรุปผลการดำเนินการวิจัย รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ รุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทำให้ บุคลากรและผู้ประสบสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรงฯ มีรูปแบบฯ มีความรู้ และมีทักษะการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรง เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ร้อยละ 100 ระยะเวลาติดตาม ประเมินผลหลังให้กิจกรรมตามรูปแบบฯ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2567 ถึง มีนาคม 2568 ระยะเวลา 3 เดือน โดยประเมิน จากตัวชี้วัดใน HDC อัตราผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อ การก่อความรุนแรง (SMI-V)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. เชิงนโยบาย ควรมีการจัดทำแนวทางการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดอย่างเป็นระบบ โดยการบูรณาการ ระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขกลุ่มงานสุขภาพจิต และยาเสพติด ฝ่ายปกครอง ตำรวจ และการบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต
2. ส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิตและ ยาเสพติด โดยมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด เพื่อให้สามารถติดตามอาการ และมีช่องทางการส่งต่อเข้า รับการบำบัดรักษา
3. ควรมีมาตรการติดตามผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด

อย่างเข้มข้น โดยมีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบฯ ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงฯ เพื่อให้ครอบคลุมทุกปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดทุกพื้นที่ที่บริบทแตกต่างกัน ซึ่งอาจมีปัจจัยของปัญหาและแนวปฏิบัติที่แตกต่างจากการวิจัยในครั้งนี้

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงความเชื่อ มุมมอง ทศนคติ และความคิดเห็น เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการใช้ยาเสพติด รวมถึงการได้ประเด็นของปัญหาที่ชัดเจนขึ้น เพื่อนำไปสร้างโปรแกรมการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อไป

References

1. World Health Organization. Mental health atlas 2020. Geneva: WHO; 2021.
2. Sriwilai K. Factors influencing the violent behavior of psychiatric patients in Nong Phok District Roi Et Province. Journal of Health and Environmental Education. 2023;8(4):477-87. (in Thai)
3. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2023. Vienna: UNODC; 2023.
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for continuous monitoring and care of psychiatric patients with alcohol/ drugs/addictive substances (Trial version). Bangkok: Prosperous Plus Co., Ltd; 2020. (in Thai)
5. Chanthaburi Provincial Public Health Office. Indicators and information on provincial psychiatric and drug patients Chanthaburi. NCD and Mental Health and Drugs. 2024. (in Thai)
6. Bronfenbrenner U, & Morris PA. The bioecological model of human development. In: Damon W, Lerner RM, editors. Handbook of child psychology. 6th ed. Vol. 1. New York: John Wiley & Sons; 2006.
7. Bloom BM. Learning for mastery. Los Angeles: University of California, Center for the Study of Evaluation; 1968.
8. Best JW. Research in education. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1981
9. Lekmeechai S. Prevalence and associated factors of violence in psychiatric patients admitted as inpatients of Phaholpolpayuhasena Hospital. Journal Phaholpolpayuhasena Hospital. 2024;12(2):60–75. (in Thai)
10. Sriharaksa P. Caring for schizophrenic patients at risk of violence through the use of participatory case management in the community, Mueang District, Sakon Nakhon Province: A case study of Khamin Subdistrict. Journal Health Environ Education. 2023;8(2):438–47 (in Thai)
11. Suntuang O. Development of clinical nursing practice guideline for mental illness patients at high risk of violence in the community of Roi Et. Research and Development in Health Systems Journal. 2023;16(3):198–210. (in Thai)
12. Segal SP, & Riley S. Caring for persons with serious mental illness: Policy and practice suggestions. Department of Health and Human Services Public Access. 2021;1(3):1–7.
13. Chudpimai R. Development of a care model for chronic psychiatric patients at-risk groups in the community through the participation process of network partners, Lamplaimat District, Buriram Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(3): 851–67. (in Thai)

14. Borirak C, Moolsart S, & Keawpan W. The model of volunteer development for basic response to disaster in the community, Yala Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2023;10(2): 1–12. (in Thai)
15. Sarbrum A, & Upasen R. The Effect of Family Support on Medication Adherence in Schizophrenic Patients with Violence Behaviors. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(1): 257–65. (in Thai)
16. Arpabuthsayapan R, Nillaban S, Chaipichitpan N, Chinpracha Y, Yeepoo C, & Singto T. Princess Mother National Institute on Drug abuse Treatment, Pathumthani. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(1): 72-82. (in Thai)