การพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

Development of a Surveillance Model for Violent Incidents among Individuals with Mental Health Conditions due to Substance Use via a Kinship Support Mechanism Wang Nam Khiao District, Nakhon Ratchasima Province.

(Received: April 12,2026 ; Revised: April 19,2026 ; Accepted: May 16,2026)

บุญฤทธิ์ ก้านแก้ว[1]
Bunyarit Kankaeo[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการก่อเหตุรุนแรง และบทบาทของเครือญาติ พร้อมทั้งพัฒนาและเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้มีภาวะทางสุขภาพจิต เครือญาติ บุคลากรทางการแพทย์ และภาคีเครือข่ายชุมชน รวม 90 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินระดับความรุนแรง PVSS วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยจากการขาดความต่อเนื่องในการรักษา การกลับไปใช้สารซ้ำ และความบกพร่องของกลไกครอบครัวที่ขาดความตระหนักและทักษะในการสังเกตสัญญาณเตือน ภายหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโดยใช้กลไกการสนับสนุนของเครือญาติ พบว่าเครือญาติ มีระดับความรู้ในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่ระดับความเสี่ยงและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: การเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรง, สุขภาพจิต, สารเสพติด, กลไกเครือญาติ, วังน้ำเขียว

Abstract

This Participatory Action Research (PAR) aimed to explore the current situation, factors influencing violent incidents, and the role of kinship in surveillance. It further sought to develop and evaluate the effectiveness of a violence surveillance model for individuals with substance-induced mental health conditions in Wang Nam Khiao District, Nakhon Ratchasima Province. The sample consisted of 90 participants, including individuals with mental health conditions, kins, medical personnel, and community network partners. Research instruments included interview forms, knowledge assessment scales, and the Prasri Violence Severity Scale (PVSS). Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and paired t-test.

The results indicated a continuous upward trend in high-risk substance-using patients. Key contributing factors included lack of treatment continuity, substance relapse, and kinship mechanism deficiencies, particularly the lack of awareness and skills in detecting early warning signs. Following the implementation of the kinship-supported surveillance model, the kins' knowledge regarding warning sign surveillance significantly increased ($p < .001$). Conversely, the patients' risk levels and violent behaviors significantly decreased ($p < .001$) compared to the pre-intervention period.

KEYWORDS: Violence surveillance, Mental health, Substance use, Kinship mechanism, Wang Nam Khiao

[1] นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา ms201114gis7@gmail.com

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดถือเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบในหลายมิติ ที่มีความเชื่อมโยงทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และความมั่นคงของสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะผิดปกติทางจิตหรือมีความผิดปกติด้านพฤติกรรมร่วมด้วย (comorbid mental and behavioral disorders) ซึ่งกลุ่มนี้มักแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และมีความเสี่ยงสูงในการก่อเหตุรุนแรงต่อบุคคลรอบข้างหรือแม้แต่ตนเอง[1] องค์การอนามัยโลก [2] ระบุว่าการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิต เช่น โรคจิตเภท ซึมเศร้า และโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งในบางกรณีอาจนำไปสู่การใช้ความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น[2] งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าภาวะทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia), โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder), และโรคซึมเศร้า (depression) เมื่อเกิดร่วมกับการใช้สารเสพติดจะมีแนวโน้มเพิ่มระดับความรุนแรงของอาการ และลดประสิทธิภาพในการเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง[3] ในขณะเดียวกัน ผู้ที่มีภาวะดังกล่าวมักขาดการรับรู้ตนเองในระดับที่เพียงพอ (lack of insight) ไม่สามารถแยกแยะความเป็นจริงได้อย่างชัดเจน และมีแนวโน้มสูงที่จะหลุดจากระบบการดูแลของสถานพยาบาลหลังได้รับการรักษาเบื้องต้นแล้ว นอกจากนี้ ระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนยังมีข้อจำกัดทั้งด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ตกหล่นจากระบบการเฝ้าระวัง และอาจกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ นำไปสู่เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในชุมชน

ในระดับพื้นที่ อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา แม้จะเป็นพื้นที่ที่มีภาพลักษณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและการท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติที่โดดเด่น แต่ในอีกด้านหนึ่งกลับประสบกับปัญหาทางสังคมที่ซ่อนอยู่ โดยเฉพาะปัญหาการใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยแรงงานและเยาวชน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (2566)[4] พบว่าในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา มีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียวเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 8 ต่อปี และในจำนวนนี้มีผู้ที่แสดงอาการของความผิดปกติทางจิตร่วมด้วยในระดับที่ต้องได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด[4] อำเภอวังน้ำเขียวประกอบด้วยชุมชนชนบทที่กระจายตัวตามพื้นที่ภูเขาและที่ราบสูง มีข้อจำกัดในด้านโครงสร้างพื้นฐานด้านบริการสุขภาพ โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด ซึ่งมักจะต้องพึ่งพาโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัด ขณะเดียวกันการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังผู้ที่เคยใช้สารเสพติดและผู้ที่มีภาวะทางจิตในชุมชนยังคงอยู่ในระดับที่จำกัด ทั้งในเชิงบุคลากร งบประมาณ และความเข้าใจของประชาชน ทำให้การดูแลต่อเนื่องหลังการรักษามีความไม่ต่อเนื่องและขาดประสิทธิภาพ[5] ยิ่งไปกว่านั้น ในหลายกรณีเมื่อผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดพ้นจากการบำบัดฟื้นฟูและกลับคืนสู่ครอบครัว มักพบว่าครอบครัวและชุมชนไม่มีเครื่องมือหรือแนวทางในการดูแลที่เหมาะสม ความรุนแรงของปัญหานี้สะท้อนให้เห็นผ่านเหตุการณ์โศกนาฏกรรมที่ปรากฏในสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่องทั่วประเทศ ซึ่งมักมีรูปแบบคล้ายคลึงกันคือ ผู้มีภาวะสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดเกิดอาการคลุ้มคลั่งและก่อเหตุรุนแรงต่อบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิดที่สุด เช่น การทำร้ายบุพการี หรือทำร้ายสมาชิกในบ้านจนเสียชีวิต นอกจากนี้ ยังปรากฏเหตุการณ์ที่สร้างความหวาดกลัวต่อชุมชน เช่น การใช้อาวุธคุกคามเพื่อนบ้าน หรือการก่อความวุ่นวายในที่สาธารณะ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ไม่ได้เป็นเพียงข่าวสารที่ห่างไกล แต่เป็นภาพสะท้อนของปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในหลายพื้นที่ รวมถึงในชุมชนของอำเภอวังน้ำเขียว จากการบอกเล่าของผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ยืนยันว่ามีเหตุการณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นอยู่

ประปราย แม้จะไม่ปรากฏเป็นสถิติที่ชัดเจนก็ตาม เหตุการณ์เหล่านี้มักมีจุดร่วมที่สำคัญคือ เป็นผลมาจากช่องว่าง ของการดูแลภายหลังจากผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เครือญาติซึ่งเป็นผู้ที่สังเกตเห็นสัญญาณเตือนได้เป็นกลุ่มแรก ไม่ว่าจะเป็นอาการหงุดหงิด หวาดระแวง หรือการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ กลับขาดความรู้ เครื่องมือและช่องทางการประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ก่อนที่สถานการณ์จะบานปลายจนกลายเป็นความรุนแรงที่น่าสลดใจ ส่งผลให้เกิดภาวะการละเลยทางสังคม (social neglect) และในบางกรณีอาจนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน การแก้ปัญหาในระดับพื้นที่จึงจำเป็นต้องพิจารณา ทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิม โดยเฉพาะกลุ่มเครือญาติ ซึ่งเป็นกลไกที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และสามารถกลายเป็นกลไกหลักในการเฝ้าระวังและป้องกันเหตุรุนแรงได้ หากได้รับการส่งเสริมอย่างเหมาะสมในบริบทสังคมไทย

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในระยะหลังเริ่มให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างบทบาทของเครือญาติ ในการดูแลและเฝ้าระวังผู้มีภาวะสุขภาพจิต เนื่องจากเครือญาติเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย เข้าใจบริบทของชีวิต และมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านอารมณ์และพฤติกรรม[6] การพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของเครือญาติให้สามารถเป็นส่วนหนึ่งของระบบเฝ้าระวัง จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการป้องกันเหตุรุนแรง ลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ สถานการณ์ปัจจุบันยังสะท้อนให้เห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการจัดการกับกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับการใช้สารเสพติดในบริบทที่มีลักษณะเฉพาะทางสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ระบบบริการด้านสุขภาพจิตยังเข้าไม่ถึงอย่างทั่วถึง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นจึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดความเสี่ยงและเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างยั่งยืน[7] การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด โดยใช้กลไกการสนับสนุนของเครือญาติในบริบทของอำเภอวังน้ำเขียว ซึ่งเป็นการบูรณาการองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต การพัฒนาชุมชน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อสร้างแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในระดับชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและปัจจัยที่มีผลต่อการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาบทบาทของเครือญาติในการเฝ้าระวังและป้องกันการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด
3. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด โดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ
4. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด โดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1.1 ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและปัจจัยที่มีผลต่อการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา โดยทำการ

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้มีภาวะทางสุขภาพจิต ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน เครือญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 15 คน

1.2 ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาบทบาทของเครือญาติในการเฝ้าระวังและป้องกันการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มเครือญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 15 คน

1.3 ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด โดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติคือ ผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณารูปแบบจำนวน 5 คน

1.4 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด โดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติคือ ผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 30 คน และเครือญาติหรือผู้ดูแลหลัก จำนวน 30 คน

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางของ Cohen[8] กำหนดค่า Effect size เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.60 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน (ผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 30 คน และเครือญาติหรือผู้ดูแลหลัก จำนวน 30 คน)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลวังน้ำเขียว 2) เครือญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ที่ดูแลผู้ป่วยมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ที่ไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลวังน้ำเขียว 2) เครือญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ที่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 1 ปี 3) 3) ไม่ยินดี และไม่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria for participant) 1) ผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ 2) ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและขอถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัคร

เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination criteria for the study) รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติไม่มีประสิทธิผล ซึ่งพิจารณาได้จากอัตราการเกิดเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนเริ่มโครงการ

วิธีการสุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) นี้ ใช้เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยได้แก่ รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ ประกอบด้วย 8 แนวทาง ได้แก่ 1) ระบบการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง 2) การพัฒนาศักยภาพเครือญาติ 3) ระบบเครือข่ายการดูแลในชุมชน 4) ระบบการแจ้งเตือนและการสื่อสาร 5) แนวทางการให้การช่วยเหลือและส่งต่อ 6) การฟื้นฟูและการติดตามระยะยาว 7) การสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ 8) ระบบการติดตามและประเมินผล และเครื่องมือในการเก็บ

รวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินระดับความรุนแรง PVSS

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหาที่ต้องการวัด โดยใช้วิธีการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตามแนวคิดของ Rovinelli และHambleton ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 0.94 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ 0.50 แสดงว่าข้อคำถามมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ ในการพิจารณารายข้อ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป โดยถือว่าข้อคำถามเหล่านั้นมีความตรงเชิงเนื้อหาที่เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล[9] การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)[10] ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย NRPH 128 เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS) ในการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความเสี่ยง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

การเปรียบเทียบความรู้ของเครือญาติภายในกลุ่มเดียวกันใช้ Paired t-test และ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรง ก่อน-หลัง ภายในกลุ่มเดียวกันใช้ Paired t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและปัจจัยที่มีผลต่อการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้มีภาวะทางสุขภาพจิต ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน เครือญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด โดยเป็นเพศชายร้อยละ 60 เพศหญิง ร้อยละ 40 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.67 ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.33 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตไม่เกิน 5 ปี

สถานการณ์ปัจจุบันและปัจจัยที่มีผลต่อการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต กลุ่มสีแดงเพิ่มขึ้นทุกปีและก่อความรุนแรงในชุมชน ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ การรักษาไม่ต่อเนื่อง กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ครอบครัวขาดการตระหนักในการดูแล ปกปิดข้อมูล ชุมชนตีตราบาป รังเกียจและหวาดกลัวผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต

ระยะที่ 2 การศึกษาบทบาทของเครือญาติในการเฝ้าระวังและป้องกันการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่าง คือ เครือญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด โดยเป็นเพศชายร้อยละ 66.67 เพศหญิง ร้อยละ 33.33 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 26.67 ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.33 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแล

ผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตเกิน 6-10 ปี ร้อยละ 46.67 โดยสามารถจำแนกบทบาทของเครือญาติตามการวิเคราะห์เนื้อหาได้เป็น 3 ด้านหลัก ดังนี้ 1) บทบาทในการเป็นด่านหน้าการเฝ้าระวังและประเมินพฤติกรรม (Early Detection) 2) บทบาทในการบริหารจัดการพฤติกรรมและการดูแลรักษา (Behavioral Management & Treatment Adherence) 3) บทบาทในการประสานเชื่อมโยงกับเครือข่ายช่วยเหลือ (Social & Crisis Coordination)

ระยะที่ 3 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 และ 2 มาพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 8 แนวทาง ได้แก่ 1) ระบบการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง 2) การพัฒนาศักยภาพเครือญาติ 3) ระบบเครือข่ายการดูแลในชุมชน 4) ระบบการแจ้งเตือนและการสื่อสาร 5) แนวทางการให้การช่วยเหลือและส่งต่อ 6) การฟื้นฟูและการติดตามระยะยาว 7) การสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ 8) ระบบการติดตามและประเมินผล

ระยะที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ

ข้อมูลทั่วไป เครือญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด เป็นเพศชายร้อยละ 83.33 เพศหญิง ร้อยละ 16.67 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ 41 – 50 ปี ร้อยละ 26.67 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 63.33 และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.33 ผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่มีประวัติการใช้สารเสพติด เป็นเพศชายร้อยละ 90.00 เพศหญิง ร้อยละ 10.00 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.00 และส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับสีเขียว ร้อยละ 86.67

การเปรียบเทียบความรู้ของเครือญาติในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการก่อเหตุรุนแรง ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ของเครือญาติในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการก่อเหตุรุนแรง ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบ (n = 30)

ความรู้	n	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{d}$	95%CI μ_d		P-Value
					Lower	Upper	
ก่อนใช้รูปแบบ	30	9.13	1.16	3.47	3.85	3.07	<0.001
หลังใช้รูปแบบ	30	12.60	1.10				

การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิต ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบ พบว่าหลังทดลองใช้รูปแบบระดับความเสี่ยงและความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิต ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบ (n = 30)

ระดับความรุนแรงของพฤติกรรม	n	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{d}$	95%CI μ_d		P-Value
					Lower	Upper	
ก่อนใช้รูปแบบ	30	14.80	2.36	2.30	1.52	3.07	<0.001
หลังใช้รูปแบบ	30	12.50	1.73				

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและปัจจัยที่มีผลต่อการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีประเด็นสำคัญใน 3 มิติหลัก ดังนี้ 1) สถานการณ์อุบัติการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ 2)ปัจจัยระดับครอบครัวและบุคคล 3) ปัจจัยทางสังคมและสภาพแวดล้อม ซึ่งผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาความรุนแรงไม่ได้เกิดจากสภาวะความเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากช่องว่างของการดูแลในชุมชน ที่เครือญาติขาดเครื่องมือและช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง ทุนทางสังคม (Social Capital) ที่ระบุว่าหากสามารถพัฒนาศักยภาพเครือญาติให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบเฝ้าระวัง จะสามารถลดความเสี่ยงจากการเกิดเหตุรุนแรงได้อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากเครือญาติเป็นบุคคลกลุ่มแรกที่สามารถตรวจพบสัญญาณเตือน 5 ด้าน (ไม่หลับไม่นอน, เดินไปมา, พูดจาคนเดียว, หงุดหงิดฉุนเฉียว, และหวาดระแวง) ได้รวดเร็วกว่าบุคลากรสาธารณสุข

การศึกษาบทบาทของเครือญาติในการเฝ้าระวังและป้องกันการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า เครือญาติคือ ทุนทางสังคม (Social Capital) ที่สำคัญที่สุดในบริบทของอำเภอวังน้ำเขียว เนื่องจากความใกล้ชิดทำให้สามารถตรวจพบสัญญาณเตือนทางอาการได้รวดเร็วกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pescosolido & Olafsdottir ที่เน้นย้ำว่าเครือญาติมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์และพฤติกรรม[6] อย่างไรก็ตามการที่ผลการศึกษาพบช่องว่าง ในเรื่องเครื่องมือและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ชี้ให้เห็นว่าเครือญาติส่วนใหญ่ยังคงต้องแบกรับภาระการดูแลภายใต้ความเสี่ยงโดยขาดทักษะเฉพาะทาง การส่งเสริมศักยภาพของเครือญาติให้เปลี่ยนบทบาทจาก ผู้แบกรับภาระ มาเป็นกลไกเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ จึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโศกนาฏกรรมในชุมชน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปลอดภัยและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการบำบัดรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังให้กับครอบครัวและชุมชน[11]

การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ ซึ่งผลการพัฒนารูปแบบสะท้อนให้เห็นว่าเครือญาติคือทุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดในกระบวนการดูแลผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด เนื่องจากเป็นผู้มีความใกล้ชิดและสามารถตรวจพบสัญญาณเตือนสำคัญ 5 ด้าน ได้รวดเร็วกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเปลี่ยนบทบาทเครือญาติจาก ผู้แบกรับภาระ สู่การเป็น กลไกเฝ้าระวัง (Surveillance Mechanism) ผ่านการอบรมทักษะเฉพาะทาง จึงเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญในการลดช่องว่างการดูแลภายหลังผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนซึ่งเป็นช่วงวิกฤตที่มักนำไปสู่เหตุรุนแรงตามสถิติในพื้นที่ โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) และกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่บูรณาการทั้งการดูแลทางคลินิกและการสนับสนุน

ทางสังคมเข้าด้วยกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ McKinley & Theall ที่ระบุว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยลดการใช้สารเสพติดและความรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาเป็นปัจจัยเร่ง ในการแจ้งเตือน ยังช่วยให้ภาคีเครือข่ายทั้งฝ่ายปกครอง ตำรวจ และสาธารณสุขสามารถจัดการภาวะวิกฤตได้ทันท่วงที[12] อันเป็นการปฏิบัติตามหลักการคุ้มครองสังคมภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และช่วยลดอุบัติการณ์การก่อเหตุซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยจุดแข็งสำคัญของรูปแบบคือการสร้างปัจจัยปกป้อง ผ่านการสนับสนุนทางเศรษฐกิจและโอกาสทางอาชีพ ซึ่งช่วยลดความเครียดในครอบครัวและลดโอกาสการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ควบคู่ไปกับการลดการตีตราในชุมชนที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตเชิงสังคม (Social well-being) ตามแนวคิดของ Keyes นำไปสู่ความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับคืนสู่สังคมอย่างยั่งยืน[13]

การประเมินผลการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ หลังการทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ พบว่า ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการก่อเหตุรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่เครือญาติมีความรู้เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากกระบวนการพัฒนาศักยภาพที่เน้นทักษะการสังเกตสัญญาณเตือน 5 ด้าน ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว และหวาดระแวง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pescosolido & Olafsdottir ที่ระบุว่าเครือญาติคือ ทุนทางสังคม (Social Capital) ที่สำคัญที่สุด เนื่องจากความใกล้ชิดทำให้สามารถตรวจพบสัญญาณเตือนได้รวดเร็วกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข[6] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรองจิต วลัยศรี ที่พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยภาคีเครือข่าย ญาติและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน[7] สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลินดา จันทร์งามและคณะ ที่พบว่า กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกภาคส่วน ตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหา การระบุสาเหตุ การวางแผน ตลอดจนการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยการประยุกต์ใช้ต้นทุนทางสังคมและศักยภาพที่มีอยู่ในพื้นที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช[14] ทั้งนี้ การดำเนินงานผ่านเครือข่ายสุขภาพจิตในการติดตามเยี่ยมบ้าน การสร้างเสริมพลังอำนาจให้ชุมชน (Community Empowerment) เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการปัญหาด้วยตนเอง ตลอดจนการพัฒนาทักษะระดับบุคคลและการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีความทั่วถึงและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวช ถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน ดังนั้นหากเครือญาติที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้เพิ่มขึ้นจะเป็นแรงสำคัญในการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยจิตเวชได้

หลังการทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังการก่อเหตุรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดโดยกลไกการสนับสนุนของเครือญาติ พบว่าระดับความเสี่ยงและความรุนแรงของผู้มีภาวะทางสุขภาพจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการเปลี่ยนบทบาทเครือญาติจากผู้แบกรับภาระ มาเป็นกลไกเฝ้าระวัง (Surveillance Mechanism) ที่ทำงานเชื่อมโยงกับระบบแจ้งเตือน Real-time และการจัดการรายกรณี (Case Management) การลดลงของความรุนแรงนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สวิตตา ธงยศ ที่พบว่าการจัดการโรคเรื้อรังช่วยให้ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงลดลงจากระดับมากเป็นระดับน้อย[15] และสอดคล้องกับ McKinley & Theall ที่ยืนยันว่าการ

มีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดช่วยลดการใช้สารเสพติดและความรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ[12] การที่ระดับความรุนแรงลดลงยังสะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่ช่วยปิดช่องว่าง ของการดูแลภายหลังผู้ป่วยกลับสู่บ้าน ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยวุฒิ สุขสมานวงศ์ (2566) ที่พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงลดลง ผู้ดูแลมีความรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยดีขึ้น[16]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรผลักดันรูปแบบการเฝ้าระวังโดยใช้เครือญาติเป็นฐานให้เป็นนโยบายหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) เพื่อบูรณาการงบประมาณและทรัพยากรจากท้องถิ่นและฝ่ายปกครองอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน ทีมสหวิชาชีพควรใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยง (SMI-V และ PVSS) ร่วมกับเครือญาติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกันในการติดตามรายกรณี

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาขยายผลไปยังพื้นที่ที่มีบริบททางวัฒนธรรมที่ต่างออกไป และศึกษาความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ของการใช้กลไกเครือญาติเมื่อเทียบกับการส่งต่อเข้าสถานบำบัดในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.(2020). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality; 2020. Report No.: HHS Publication No. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55.
2. World Health Organization.(2022). Mental health and substance use [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2024 May 20]. Available from: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use
3. Olkow ND, Poznyak V, Saxena S, Gerra G.(2016). Drug use disorders: Impact of a public health rather than a criminal justice approach. World Psychiatry. 2016 Jun;15(2):121-3. doi: 10.1002/wps.20321.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.(2566) รายงานสถานการณ์การใช้สารเสพติดในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ; 2566
5. สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2565). สถิติการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยปีงบประมาณ 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.;2565.
6. Pescosolido BA, Olafsdottir S.(2020). Social networks and mental health: From clinical encounters to community connections. New York: Springer; 2020.
7. กรองจิต วลัยศรี.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ. 2566;8(3):909-17.
8. Munro, B. H. (2005). Statistical Methods for Health Care Research. (5th ed) Crawfordsville USA: R.R. Donnlley.
9. Rovinelli RJ, Hambleton RK.(1976). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Amherst (MA): Laboratory of Psychometric and Evaluative Research, University of Massachusetts; 1976.
10. Cronbach LJ.(1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16(3):297-334.

11. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). ข้อเสนอแนวทางการดำเนินงาน CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” ถอดบทเรียนชุมชนต้นแบบ. นนทบุรี: สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
12. McKinley CE, Theall KP.(2021). Weaving Healthy Families Program: Promoting Resilience While Reducing Violence and Substance Use. Res Soc Work Pract. 2021 Jul;31(5):476-92. doi: 10.1177/1049731521998441.
13. Keyes CLM.(1998). Social well-being. Soc Psychol Q. 1998 Jun;61(2):121-40. doi: 10.2307/2787065.
14. ชลินดา จันทร์งาม และคณะ.(2560). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 2560;18(2):55-68.
15. สวิตตา ธงยศ.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(2):388-95.
16. ชัยวุฒิ สุขสมานวงศ์.(2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4):374-83.