การพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

The development of care and prevention model for relapses in psychiatric and substance abuse patients who are high risk of violence, Charoensin District, Sakon Nakhon Province.

(Received: June 26, 2026; Revised: June 29, 2026; Accepted: June 30, 2026)

เกียรติพงษ์ อุ่นแก้ว[1] แพรวพรรณ สีสมพาน[2]
Kaittipong Aunkaew[1] Preawpun Seesompan[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พื้นที่ตำบลหนองแปน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ดำเนินการเดือนตุลาคม 2568 ถึง มีนาคม 2569 กลุ่มตัวอย่างคือ ภาคีเครือข่ายงานจิตเวชและยาเสพติด 53 คน ผู้ดูแล 10 คน และผู้ป่วย SMI-V 10 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง แบบบันทึกเหตุการณ์ความรุนแรง แบบวัดความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการศึกษาพบปัญหา ผู้ป่วยขาดยาและกลับไปใช้สารเสพติด ครอบครัวขาดความรู้และทักษะการเฝ้าระวัง การดูแลในชุมชนขาดความต่อเนื่อง การติดตามหลังจำหน่ายไม่ครอบคลุม และสภาพแวดล้อมในชุมชนเป็นปัจจัยกระตุ้นความรุนแรง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ “รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย” ประกอบด้วยทีมบุคลากรทางการแพทย์ เครือข่ายชุมชน และทีมเผชิญเหตุวิกฤติ ผ่าน 4 ขั้นตอน คือ การจัดทำฐานข้อมูล, การเฝ้าระวังเชิงรุก การจัดการในระบบบริการ และการติดตามต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่าภาคีเครือข่ายมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($t=-10.206$, $p<0.001$) ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($t=8.430$, $p<0.001$) ไม่พบเหตุการณ์ความรุนแรงและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ โดยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}=4.46$, S.D.=0.56)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด, การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This participatory action research aimed to develop a model for the care and relapse prevention of patients with severe mental illness and substance use disorders who are at high risk of violence (SMI-V). The study was conducted in Nong Paen Subdistrict, Charoen Sin District, Sakon Nakhon Province, from October 2025 to March 2026. The sample consisted of 53 psychiatric and substance abuse network partners, 10 primary caregivers, and 10 SMI-V patients. Research instruments included questionnaires, focus group discussion guidelines, violence risk assessment form, violence recording form, knowledge test, and a satisfaction assessment scale. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The results showed**;** The identified challenges included patient non-adherence to medication and substance abuse relapse, caregivers’ lack of knowledge and surveillance skills, fragmented community-based care, inadequate post-discharge follow-up, and environmental triggers within the community. The developed model, titled "The Tripartite Model for Community Safety," comprises three key components:

---

[1] นายแพทย์ (ด้านเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน) ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

[2] พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

medical personnel, community networks, and community crisis response teams. The model involves four systematic steps: (1) database development, (2) proactive surveillance, (3) healthcare system management, and (4) continuous follow-up. Findings indicated that after the intervention, the network partners' knowledge scores significantly increased (t=-10.206, p<0.001), and the patients' violence risk scores significantly decreased (t=8.430, p<0.001). No incidents of violence or readmissions were reported during the study period. Furthermore, the overall satisfaction with the model was at the highest level ($\overline{X}$=4.46, S.D.=0.56).

Keywords: Serious mental illness with high risk to violence (SMI-V), Relapse Prevention, Community Participation.

บทนำ

องค์การอนามัยโลกพบว่าประชาชนทั่วโลก 1 ใน 8 คน มีปัญหาสุขภาพจิต[1] และจากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) คิดเป็นร้อยละ 6.0 ของประชากรทั่วไปที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบมากที่สุดในช่วงอายุ 18-25 ปี ร้อยละ 11.6 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 26-49 ปี พบร้อยละ 7.6 และกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 3.0 ตามลำดับ[2] ประเทศไทยพบข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงบนระบบคลังข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขที่เข้ารับบริการสะสมตั้งแต่ปี 2559-2565 จำนวน 27,518 ซึ่งพบว่าระหว่างปี 2563-2565 มีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง จำนวน 1,463 คน, 2,783 คน และ 3,527 คน ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นถึงแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โรคจิตเวชที่พบในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้แก่ โรคผิดปกติทางอารมณ์ โรคจิตเวชอื่นๆ โรคจิตเภท และโรคจิตเวชยาเสพติด การใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน พฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น นับเป็นภาระโรคและความสูญเสียของสังคมไทยทั้งที่สามารถป้องกันแก้ไขได้ หากมีระบบการดูแลที่ดี[3]

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรมรุนแรง ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงทำให้เกิดความทุพพลภาพรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน ลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงได้แก่ 1) มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน 3) มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่มุ่งทำร้าย 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)[4] ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในสังคมไทยและสามารถแก้ไขได้ด้วยระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ การค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพื่อเข้ารับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม การส่งต่อผู้ป่วยด้วยบริการจิตเวชฉุกเฉินเข้าสู่การรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ตลอดจนการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่องจนถึงในชุมชนจะสามารถช่วยลดภาวะอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดให้

ครอบคลุมสถานพยาบาลทุกระดับ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยได้รับการค้นหาและดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานด้านความมั่นคงและหน่วยงานด้านสังคมในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับโอกาสการรักษาเหมาะสมเท่าเทียมและไม่ถูกตีตราจากสังคมภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัดตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562 และคณะทำงานบูรณาการคัดกรองบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพและฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัดภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการขับเคลื่อนและบูรณาการการทำงานของทั้งสองคณะให้เหมาะสมและเป็นไปตามกฎหมาย[3]

โรงพยาบาลเจริญศิลป์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก จำนวน 30 เตียง ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ของอำเภอเจริญศิลป์มีจำนวน 38,183 คน และเป็นหนึ่งในสถานบริการของรัฐที่ตอบรับนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพและยาเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกรวดเร็วและได้รับบริการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและเท่าเทียม ได้เปิดให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมาตั้งแต่ปี 2562 ผลการดำเนินงานระหว่างปี 2565-2567 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 15 คน, 27 คน, และ 31 คน ตามลำดับ มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำจำนวน 7 คน, 10 คน, และ 14 คน ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยก่อเหตุรุนแรงด้วยการทำร้ายญาติหรือเจ้าหน้าที่หรือผูกคอตายจำนวน 2 คน, 2 คน และ 3 คน ตามลำดับ สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการและก่อเหตุรุนแรงเกิดจากการขาดยา ขาดนัดพบแพทย์ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดสามารถลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[4,5] และกระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของชุมชนที่ตระหนักถึงปัญหาและต้องการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6] ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยศึกษานำร่องพื้นที่ตำบลหนองแปน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อความปลอดภัยของคนในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ผู้วิจัยประยุกต์แนวทางของกรมสุขภาพจิต3 เรื่องมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมาใช้การศึกษา

ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 4 ขั้นตอนคือ Plan Do Check Act[8]

พื้นที่ศึกษา

ศึกษานำร่องพื้นที่ตำบลหนองแปน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร จำนวน 11 หมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่รับการรักษาในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร จำนวน 31 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามี 2 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อำเภอเจริญศิลป์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย ทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน ตัวแทนฝ่ายปกครองอำเภอเจริญศิลป์ จำนวน 1 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 1 คน ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแปน จำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้แทนทุกหมู่บ้านในตำบลหนองแปน จำนวน 11 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแปน จำนวน 33 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 คน รวมทั้งหมด 63 คน บทบาทหน้าที่ คือ (1) ร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา (2) ร่วมตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (3) ร่วมปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่พัฒนาขึ้น

2. กลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจริญศิลป์ การวินิจฉัยโรค ICD 10 รหัส F20-F29 อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองแปน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 คน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารด้วยภาษาท้องถิ่น หรือภาษาไทย ได้เข้าใจ ตามตัวได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีอาการทางจิตรุนแรงเกินขอบเขตความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนที่จะให้การดูแลรักษาได้ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจิตเวช หรือมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลระหว่างดำเนินการศึกษา หรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้จนสิ้นสุดโครงการ ไม่สามารถตามตัวได้ เสียชีวิต ย้ายถิ่นที่อยู่ หรือต้องการถอนตัวออกจากการศึกษา เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของภาคีเครือข่าย แนวคำถามเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ใช้สำหรับการทำกิจกรรมกลุ่มในขั้นตอนของการวางแผนเพื่อทบทวนสถานการณ์ปัญหาและหาแนวแก้ไขปัญหาตามบริบทของชุมชน สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในการศึกษา แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) เป็นแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต[7] แบบบันทึกเหตุการณ์การก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาไปทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ให้

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อ ได้ค่า IOC ของเครื่องมือทุกฉบับได้เท่ากับ 1.0 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ได้แก่ แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้น นำไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเจริญศิลป์ จำนวน 30 ชุด และคำนวณได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.91, 0.86 และ 0.75 ตามลำดับ ซึ่งยอมรับได้

ขั้นตอนการศึกษา

ดำเนินการศึกษาวิจัยตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ดังนี้

1) ขั้นตอนการวิเคราะห์และวางแผน (Plan) ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2568 โดยจัดประชุมภาคีเครือข่ายทั้งหมด 53 คนและผู้ดูแลผู้ป่วย 10 คน รวมทั้งหมด 63 คน เพื่อทบทวนปัญหาย้อนหลังจากเหตุการณ์การก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดทั้งด้านบริบทชุมชน กระบวนการดูแลรักษาและการส่งต่อ การประสานงาน บทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตลอดจนการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน ใช้กระบวนการเรียนรู้จากการสนทนากลุ่ม สรุปประเด็นปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (DO) ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 - มีนาคม 2569 รายละเอียดดำเนินการดังนี้

2.1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้นในเดือนพฤศจิกายน 2568 ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคือ กลุ่มภาคีเครือข่ายทั้งหมด 53 คน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 คน รวมทั้งหมดจำนวน 63 คน เนื้อหาการจัดอบรมประกอบด้วย ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและยาเสพติด อาการเตือนต้องเฝ้าระวัง กระบวนการรักษาและการติดตามอาการ พร้อมทั้งทำความเข้าใจกับกระบวนการดำเนินงานตามรูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัยที่พัฒนาขึ้น สร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างเครือข่าย และกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน จัดทำช่องทางการสื่อสารระหว่างทีม และจับคู่ อสม.จิตอาสาเพื่อเป็นคู่หูผู้ดูแลผู้ป่วยแบบ 1:1 ซ้อมแผนปฏิบัติการจำลองสถานการณ์กรณีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีอาการทางจิตรุนแรงและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สรุปประเด็นทบทวนบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายแต่ละภาคส่วน วัดความรู้ก่อนและหลังอบรม ระยะเวลาดำเนินการ 1 วัน

2.2) นำรูปแบบการดูแลป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและเสพติดในชุมชนที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึง กุมภาพันธ์ 2569 รวมระยะเวลา 3 เดือน

3) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) คือ ติดตามผลหลังทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการในเดือนมีนาคม 2569 ติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ

รุนแรงตำบลหนองแปนจำนวน 10 คน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเจริญศิลป์

4) ขั้นตอน Act: จัดประชุมภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ดำเนินการในเดือนมีนาคม 2569 เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานในวงรอบการพัฒนาครั้งต่อไป

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล: ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 - มีนาคม 2569 ใช้ระยะเวลา 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ในลักษณะของการบรรยายเนื้อหาข้อความ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเปรียบเทียบใช้ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2568 เอกสารเลขที่ SKN REC 2025-088

ผลการศึกษา

สถานการณ์ปัญหาการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนและวางแผนแก้ไขปัญหา

ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยพบสถานการณ์ปัญหา 5 ด้าน ได้แก่

1) ด้านผู้ป่วย พบปัญหาการขาดยารับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดนัดพบแพทย์ มีการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำทำให้อาการกำเริบและขาดผู้ดูแล/ครอบครัวไม่เข้าใจผู้ป่วย ขาดการเอาใจใส่

2) ด้านครอบครัว พบปัญหาความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมายาวนาน จึงขาดความใส่ใจหรือละเลยการติดตาม ขาดทักษะในการสื่อสารเชิงบวก ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เกิดการโต้เถียงกัน ตำหนิ ด่าทอมากกว่าการให้กำลังใจ และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและการเฝ้าระวังอาการเตือนของโรค

3) ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย พบปัญหาการเฝ้าระวังอาการเตือนของผู้ป่วย ขาดการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากบุคคลในครอบครัว และการปฏิบัติงานในการนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

4) ด้านการบริการในสถานพยาบาล พบปัญหาคือ การติดตามหลังจำหน่ายยังไม่ครอบคลุมและขาดการติดตามต่อเนื่องระยะยาว

5) ด้านบริบทของชุมชนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ พบปัญหาคือ งานบุญหรืองานรื่นเริงต่างๆ มีการรวมกลุ่มสังสรรค์ ดื่มสุรา และหรือยาเสพติด เป็นปัจจัยหนุนให้เกิดเหตุการณ์รุนแรง

แนวทางการแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะของภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยมีรายละเอียดดังนี้

1) จัดระบบการเฝ้ากำกับการกินยาของผู้ป่วย การดูแลให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ตามนัด

2) จัดให้มี จิตอาสคู่หูผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นเพื่อนคู่คิดปรึกษา

3) กิจกรรมสร้างเสริมทักษะการสื่อสารเชิงบวกให้กับผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย

4) กิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและยาเสพติด อาการและอาการเตือนที่ต้องเฝ้าระวัง การดูแลรักษา และการส่งต่อหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

5) ทบทวนแนวปฏิบัติการนำส่งผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และทบทวนบทบาทของผู้มีส่วนได้เสีย และซ้อม

แผนการปฏิบัติงานเพื่อให้เห็นภาพการทำงานที่ชัดเจนขึ้น

6) พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย เช่น การใช้ระบบแพทย์ทางไกลมาใช้เป็นทางเลือกในการติดตามผู้ป่วย ร่วมกับการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ตลอดจนการวางแผนการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

7) เสนอการขับเคลื่อนนโยบายลดละเลิกการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญประเพณีต่างๆ

8) ผู้นำชุมชนและชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้านกวดขันงานบุญประเพณีอย่างเคร่งครัด

ผู้มีส่วนได้เสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. จิตอาสา ผู้นำชุมชน ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เทศบาลตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ปกครองอำเภอ ตำรวจและคณะผู้บริหารโรงพยาบาลเจริญศิลป์

การพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

หลังจากวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาได้แนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน คือ รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย โดยเชื่อมโยง 3 เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Team), เครือข่ายชุมชน (Community Network), และทีมเผชิญเหตุวิกฤตชุมชน (Community Crisis Response Team: CCRT) กำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละภาคส่วนดังนี้

1) ทีมบุคลากรทางการแพทย์ทำหน้าที่หลักในการดำเนินรูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและยาเสพติด อาการเตือนและอาการผิดปกติ กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงเพื่อการดูแลที่ตรงจุด ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลรักษาในโรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล สนับสนุนยากินและยาฉีด ติดตามอาการหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และให้คำปรึกษาแก่ภาคีเครือข่ายชุมชนผ่านไลน์กลุ่มและเบอร์โทรศัพท์กรณีมีเหตุฉุกเฉิน

2) เครือข่ายชุมชน แต่ละภาคส่วนมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

2.1) ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว/ญาติ ทำหน้าที่ ดูแลการกินยา ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการตรวจตามนัด สังเกตอารมณ์ เฝ้าระวังอาการเตือนของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยไม่ใช้คำพูดท้าทายหรือกดดัน

2.2) อสม.จิตอาสาดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนเป็นคู่หูของผู้ดูแลผู้ป่วย หน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ตรวจสอบจำนวนเม็ดยาและยาฉีด กระตุ้นเตือนการพบแพทย์ตามนัด เฝ้าระวังอาการเตือนก่อนผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติรุนแรง ประสานงานกับทีมบุคลากรทางการแพทย์และทีมเผชิญเหตุวิกฤตชุมชนเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

2.3) ผู้นำชุมชน/ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) ทำหน้าที่ ดูแลความสงบเรียบร้อยในชุมชน จัดเวรออกตรวจตราสอดส่องแหล่งมั่วสุมยาเสพติด ร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์และทีมเผชิญเหตุวิกฤตชุมชนนำส่งผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีอาการรุนแรงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3) ทีมเผชิญเหตุวิกฤตชุมชน คือ หน่วยเคลื่อนที่เร็วประจำชุมชน ที่เกิดจากการประสานงานของฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายปกครองและฝ่ายความมั่นคง ซึ่งประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ ปกครองอำเภอ ตำรวจ อบต./เทศบาล/กู้ชีพ มีบทบาทหน้าที่หลักในการจัดการสถานการณ์เมื่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเกิดอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด หรือมีแนวโน้มจะก่อความรุนแรง

ขั้นตอนดำเนินรูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาและขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 2 ระบบเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน อสม.จิตอาสาร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วย กำกับติดตามการใช้ยา และเฝ้าระวังอาการเตือนแยกตามสีสัญญาณภัยดังนี้

2.1) ผู้ป่วยสีเขียว คือ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ส่งเสริมด้านจิตสังคมร่วมกิจกรรมชุมชน กำกับติดตามการใช้ยา พบแพทย์ตามนัด ส่งเสริมครอบครัวสื่อสารเชิงบวกกับผู้ป่วย สังเกตอาการผิดปกติ ตลอดจนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความรุนแรง อาทิเช่น การดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง และยาเสพติด เป็นต้น โดยให้ อสม.จิตอาสาติดตามเยี่ยมบ้านและตรวจสอบจำนวนเม็ดยาทุกสัปดาห์ ส่งเสริมเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชน และควบคุมสิ่งกระตุ้นในงานบุญงานรื่นเริงในชุมชน

2.2) ผู้ป่วยสีเหลือง คือ ผู้ป่วยที่มีอาการเตือน ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที่ยวหวาดระแวง มีประวัติขาดยา แจ้งทีมบุคลากรทางการแพทย์ โดย ผู้ดูแล/อสม.จิตอาสา แจ้งไปยัง รพ.สต. เพื่อร่วมกันประเมินอาการโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) นำส่งโรงพยาบาลเจริญศิลป์

2.3) ผู้ป่วยสีแดง คือ ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง พกอาวุธ เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/สิ่งของ แจ้งทีมเผชิญวิกฤตชุมชน ผู้นำชุมชนปิดกั้นพื้นที่ ประสานตำรวจเข้าระงับเหตุ ประสานกู้ชีพ อบต./เทศบาล นำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 นำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาในโรงพยาบาลเจริญศิลป์ โดยจัดพื้นที่ปลอดภัย (Safe zone) ของโรงพยาบาลป้องกันการรบกวนผู้ป่วยอื่น กรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรงส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับตติยภูมิ เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นส่งกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลเจริญศิลป์ หรือจำหน่ายกลับบ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามหลังจำหน่ายโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร Telemedicine เพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่องติดต่อกัน 1 ปี ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลหรือการออกเยี่ยมที่บ้าน

ผลการทดลองใช้รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย

1) ข้อมูลทั่วไปของภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.0 มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี ร้อยละ 41.3 อายุเฉลี่ย 43.2 ปี (S.D.=10.16 ปี) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 41.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 57.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 44.4 รายได้ไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 68.3 รายได้เฉลี่ย 10,428.57 บาท (S.D.=11,995.58 บาท)

2) ด้านความรู้การดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าก่อนการอบรมคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 8.29 (S.D.=2.90) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการอบรมเท่ากับ 11.48 (S.D.=0.91) อยู่ในระดับสูง ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-10.206$, $p<0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการอบรม (n=63)

ตัวแปร	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		df	t-test	p
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
ความรู้	8.29	2.90	11.48	0.91	62	-10.206	<0.001**

** p<.001

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 100.0 มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 31.50 ปี (S.D.=7.38 ปี) สถานภาพ โสด ร้อยละ 100.0 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 80.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.0 รายได้ 1,001 – 5,000 บาท ร้อยละ 50.0 รายได้เฉลี่ย 1,800 บาท (S.D.=1,549.19 บาท) ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 100.0 ผู้ดูแลหลักคือบิดาหรือมารดา ร้อยละ 100.0

2) ความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ก่อนทดลองใช้รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเท่ากับ 13.00 (S.D.=5.27) อยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง หลังทดลองใช้รูปแบบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเท่ากับ 1.40 (S.D.=1.07) อยู่ในระดับความเสี่ยงเล็กน้อย ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าหลังทดลองใช้รูปแบบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่ำกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=8.430, p<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ (n=10)

ตัวแปร	ก่อนการใช้รูปแบบฯ		หลังการใช้รูปแบบฯ		df	t-test	p
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง	13.00	5.27	1.40	1.07	9	8.430	<0.001**

** p<.001

1) การเฝ้าระวังเหตุการณ์การก่อความรุนแรงและอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำนั้น ไม่พบเหตุการณ์การก่อความรุนแรงในชุมชนหนองแปน และไม่พบอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลองใช้รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย

2) ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยต่อรูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัยที่พัฒนาขึ้น พบว่าความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.46, S.D.=0.56) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดคือ ทำให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันเป็นทีมได้อย่างเป็นรูปธรรม อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\overline{X}$=4.59, S.D.=0.53) รองลงมาคือ ทำให้ชุมชนและญาติมีความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินมากขึ้น อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\overline{X}$=4.48, S.D.=0.56) และสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช

และยาเสพติด อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\overline{X}$=4.44, S.D.=0.50) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ สามารถลดความรุนแรง/อุบัติการณ์คลุ้มคลั่งในชุมชน ($\overline{X}$=4.35, S.D.=0.57) แต่ยังคงอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบปัญหา 5 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วยพบว่าขาดยา ขาดการรักษาและกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ด้านครอบครัวพบว่าเกิดความเหนื่อยล้า ขาดทักษะการสื่อสารเชิงบวกและขาดความรู้ในการเฝ้าระวังอาการเตือนของโรค ด้านกระบวนการดูแลในชุมชนพบว่ายังไม่ครอบคลุมและขาดการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากครอบครัว การนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ด้านการบริการในสถานพยาบาลพบว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอยู่ร่วมกับผู้ป่วยทั่วไปและการติดตามอาการหลังจำหน่ายยังไม่ครอบคลุมทุกรายและขาดการติดตามต่อเนื่อง ด้านบริบทชุมชนพบว่าสภาพแวดล้อมงานรื่นเริงหรืองานบุญมีการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดเหตุการณ์รุนแรงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพิณณรัฐ ศรีหารักษา[5] ที่พบว่าสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ญาติหรือผู้ดูแล ขาดความรู้ทักษะการดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากชุมชนทีมสุขภาพ ผลการศึกษาสถานการณ์ในการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยของการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงผ่านมุมมองระบบนิเวศทางสังคมที่อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพไม่ใช่เรื่องส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ถูกกำหนดโดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัวและบริบทแวดล้อมในชุมชน[9] สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าความล้มเหลวในการดูแลส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยเชิงโครงสร้างในชุมชน[10]

การพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่เหมาะกับเหมาะกับบริบทของอำเภอเจริญศิลป์คือ รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย เป็นการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายซึ่งประกอบด้วย ทีมบุคลการทางการแพทย์ (Clinical Team) ทีมเครือข่ายชุมชน (Community Network) และทีมเผชิญเหตุวิกฤติชุมชน (Community Crisis Response Team: CCRT) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เชื่อว่าชุมชนมีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาของตนเองหากได้รับเครื่องมือที่เหมาะสม[11] และสอดคล้องกับแนวคิดของ Thornicroft & Tansellar[12] ที่ให้ความสำคัญกับความสมดุลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนคือหัวใจของการรักษาที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในครั้งนี้ยังเป็นการเปลี่ยนการดูแลแบบตั้งรับที่จำกัดเพียงการให้การรักษาเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบหรือก่อความรุนแรงไปสู่การดูแลแบบเชิงรุกผ่านกลไกการเฝ้าระวังอาการเตือนแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายใช้ทุนทางสังคมเป็นกลไกการขับเคลื่อนหลัก ตลอดจนสอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของกรมสุขภาพจิต[3]

ก่อนใช้รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวนความรู้โรคทางจิตเวชและยาเสพติดและทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังใช้รูปแบบพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่พบเหตุการณ์ก่อความรุนแรงและไม่พบอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ ตลอดจนภาคี

เครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของกรองจิต วลัยศรี[4] ที่พบว่าหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ญาติและผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น และภาคีเครือข่ายมีความรู้เพิ่มขึ้น ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงลดลง และการศึกษาของศรุตา ช่อไสว[13] ที่พบว่าหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดนครสวรรค์ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและความก้าวร้าวรุนแรงต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการศึกษา การเก็บข้อมูลและการติดตามผลใช้ระยะเวลา 6 เดือน ถือเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้นสำหรับการประเมินผลระยะยาวของโรคทางจิตเวชเรื้อรัง ซึ่งอาการมักมีลักษณะกำเริบและสงบสลับกัน ดังนั้นผลลัพธ์ในด้านเหตุการณ์ก่อความรุนแรงและอัตราการไม่กลับมาป่วยซ้ำจึงอาจไม่สามารถสรุปได้ว่าจะเป็นเช่นนี้ในระยะเวลาที่ยาวนานกว่า 1 ปี

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษาวิจัย ควรขยายระยะเวลาการติดตามผลอย่างน้อย 1-2 ปี เพื่อยืนยันความยั่งยืนของ รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย และควรศึกษาเชิงเปรียบเทียบกับพื้นที่ที่มีบริบทสังคมแตกต่างกัน

2. ด้านนโยบาย ควรผลักดันให้รูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัย บรรจุเข้าในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพระดับตำบล ลงนามความร่วมมือระหว่างฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดบทบาทและสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนา

3. ด้านการปฏิบัติ ควรนำรูปแบบ 3 ประสานเพื่อชุมชนปลอดภัยขยายให้ครอบคลุมทุกตำบลในเขตอำเภอเจริญศิลป์ ถอดบทเรียนผลการปฏิบัติ และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้เป็นมาตรฐานระดับอำเภอ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2022). Mental disorders: key facts [Internet]. 2022[Retrieved January 24th, 2025]. Available from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders
2. National Institute of Mental Health.(2022). Prevalence of Serious Mental Illness (SMI) [Internet]. 2022[Retrieved January 24th, 2025]. Available from https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness#part_2541
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2566). มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ พับลิซซิ่ง จำกัด;2566.
4. กรองจิต วลัยศรี.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2566,8(3),909-917.
5. พิณณรัฐ ศรีหารักษา.(2566). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566,8(1),436-447.

6. ณัฐพณ บุตตะโยธี.(2564). กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ตุลาคม 2563-มีนาคม 2564, 5(9),77-88.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอส เพอรัสพลัส จำกัด; 2563.
8. ณัฏฐ์ณพัชร์ อ่อนตาม.(2562). เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle). วาสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย 2562,1(3),39-46.
9. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, & Glanz K.(1988). An ecological perspective on health promotion programs. Health Education Quarterly 1988,15(4),351-377.
10. Stokols D. (1996).Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. American Journal of Health Promotion 1996,10(4),282-298.
11. ปรียาภัสสร์ เหล็กเพชร, กฤษฎา เหล็กเพชร, จันทิมา นวะมะวัฒน์.(2567). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2567,6(1),164-177.
12. Thornicroft G, & Tansella M.(2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Br Psychiatry 2004,185,283-290.
13. ศรุตา ช่อไสว.(2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 2568,22(3),231-245.