นิพนธ์ต้นฉบับ | ORIGINAL ARTICLE

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a Care Model for Patients with Serious Mental Illness and Substance Use at High Risk of Violence in Yang Talat District, Kalasin Province

เยาวภา ขาววิเศษ[1*]

Yaowapa Khaowiset[1*]

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ / Registered Nurse, Professional Level, Psychiatric and Substance Use Unit, Yang Talat Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province, Thailand

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author): เยาวภา ขาววิเศษ โทร. 043-891249 (โรงพยาบาลยางตลาด)

☑ **รับบทความ:** 20 สิงหาคม 2569 ☑ **แก้ไขบทความ:** 25 สิงหาคม 2569 ☑ **ตอบรับบทความ:** 31 สิงหาคม 2569

การอ้างอิง (Citation): เยาวภา ขาววิเศษ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า. 2569;1(2):29-42.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วย SMI-V ในโครงการ CBTX บ้านขาม 32 คน และภาคีเครือข่ายสุขภาพ 45 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแล แบบประเมิน BPRS และ OAS วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test และ exact McNemar's test ปรับค่า p ด้วยวิธี Holm รูปแบบ YT-VCare ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยง การพัฒนาศักยภาพทีมและภาคีเครือข่าย ระบบส่งต่อและจัดการภาวะวิกฤต การจัดการรายกรณีและเยี่ยมบ้าน และการลดการตีตราในชุมชน หลังใช้รูปแบบ คะแนน BPRS ลดลงจาก 41.56 ± 8.73 เป็น 27.34 ± 6.12 (ผลต่าง 14.22 คะแนน 95% CI 11.55-16.89; $p < .001$) คะแนน OAS ลดลงจาก 9.84 เป็น 3.47 ($p < .001$) ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามการรักษาดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.63 เป็น 84.38 ($p = .0001$) ผู้ป่วยที่ก่อเหตุรุนแรงลดลงจากร้อยละ 21.88 เป็น 3.13 ($p = .031$; Holm-adjusted $p = .063$ ไม่มีนัยสำคัญหลังปรับ) ภาคีเครือข่ายมีความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.38 เป็น 16.87 ($p < .001$) และพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด (mean = 4.52) แต่เป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดก่อน-หลังที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงสรุปความเป็นเหตุเป็นผลไม่ได้ และผลต่อการกำเริบซ้ำและความรุนแรงในชุมชนยังไม่ชัดเจน

คำสำคัญ: ความผิดปกติทางจิต, ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด, ความรุนแรง, บริการสุขภาพจิตชุมชน, การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเป็นฐาน

Abstract

This action research, guided by the Kemmis and McTaggart cycle, aimed to study the situation and problems, and to develop and evaluate a care model for patients with serious mental illness and substance use at high risk of violence (SMI-V) in Yang Talat District, Kalasin Province. Participants were all 32 SMI-V patients in the Community-Based Treatment (CBTX) program in Ban Kham, and 45 health network members. Instruments included the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), the Overt Aggression Scale (OAS), and measures of medication adherence, quality of life, knowledge, skills and satisfaction. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test and exact McNemar's test, with Holm adjustment. The YT-VCare Model comprised five components: surveillance and risk assessment, team and network capacity building, rapid referral and crisis management, case management with home visits, and stigma reduction. After implementation, BPRS scores decreased from 41.56 ± 8.73 to 27.34 ± 6.12 (mean difference 14.22, 95% CI 11.55-16.89; $p < .001$), OAS scores decreased from 9.84 to 3.47 ($p < .001$). Good treatment adherence increased from 40.63% to 84.38% (exact McNemar $p = .0001$), whereas patients committing violence in the community decreased from 21.88% to 3.13% (exact McNemar $p = .031$; Holm-adjusted $p = .063$). Network members' knowledge increased from 11.38 to 16.87 ($p < .001$), and satisfaction was high (mean = 4.52). However, with a one-group pretest-posttest design and no comparison group, causal effects cannot be concluded, and effects on relapse and community violence remained unclear after multiplicity adjustment.

Keywords: Mental Disorders, Substance-Related Disorders, Violence, Community Mental Health Services, Community-Based Participatory Research

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดเป็นประเด็นสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อประชากรอย่างกว้างขวาง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2562 ประชากรทั่วโลก 1 ใน 8 คน หรือกว่า 970 ล้านคน มีปัญหาด้านสุขภาพจิต[1] และข้อมูลล่าสุดปี 2564 พบผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเวชทั่วโลกมากกว่า 1,000 ล้านคน[2] ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการเพิ่มขึ้นจาก 1.30 ล้านคนในปีงบประมาณ 2558 เป็น 2.90 ล้านคนในปีงบประมาณ 2566[1] ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ที่ต้องได้รับการติดตามมีจำนวน 27,737 คน แต่ได้รับการติดตามเพียงร้อยละ 23.34[1] ส่วนในปีงบประมาณ 2568 ผู้ป่วย SMI-V ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำร้อยละ 96.18 สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 85.00[3] ซึ่งสะท้อนว่าการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันความรุนแรง

จังหวัดกาฬสินธุ์ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชากรประมาณ 985,000 คน และมี 18 อำเภอ จากข้อมูลปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่าผู้ป่วย SMI-V ในจังหวัดมีปัญหาขาดยา ได้รับบริการล่าช้าเกิน 48 ชั่วโมง กำเริบซ้ำ และเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้นทุกปี (เหตุการณ์รุนแรงเพิ่มจาก 23 เป็น 47 เหตุการณ์)[4] อำเภอยางตลาดเป็น

พื้นที่เสี่ยงด้านปัญหายาเสพติด และมีจำนวนผู้ป่วย SMI-V เพิ่มขึ้นจาก 28 คน ในปี 2565 เป็น 38 คน ในปี 2567 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 35.71 ใน 3 ปี นอกจากนี้ ระหว่างปี 2565-2567 ผู้ป่วยขาดยา ได้รับบริการล่าช้า และกำเริบซ้ำเพิ่มขึ้นทุกปี และเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 6 เป็น 12 เหตุการณ์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการทำร้ายร่างกายสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 58.33)[5] การศึกษานี้เลือกพื้นที่บ้านขาม ตำบลคลองขาม เป็นพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง เนื่องจากมีผู้ป่วย SMI-V ที่เข้าร่วมโครงการ CBTX จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 84.21 ของผู้ป่วย SMI-V ทั้งอำเภอ (38 คน ในปี 2567) และมีทีม CBTX ปฏิบัติงานอยู่แล้ว จึงติดตามผู้ป่วยได้ครบถ้วน ทั้งนี้ข้อสรุปของการศึกษานี้จำกัดเฉพาะพื้นที่บ้านขาม

กรมสุขภาพจิตได้กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย SMI-V (V-Care) ที่เน้นการป้องกัน การประเมิน การบำบัดรักษา และการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ[6] โดยใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐาน เช่น Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และ Overt Aggression Scale (OAS) แนวคิดที่ใช้พัฒนารูปแบบการดูแลที่ผ่านมา ได้แก่ การดูแลแบบบูรณาการของ Kodner[7] ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของความก้าวร้าวของ Bandura[8] ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb[9] และการจัดการรายกรณี งานวิจัยในพื้นที่ใกล้เคียงพบว่า รูปแบบการดูแลที่ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 88.40 มีคะแนนอาการทางจิตลดลง[10] อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่เอื้อและอุปสรรคต่อการดูแลในชุมชนแตกต่างกันตามบริบท โดยอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ทัศนคติเชิงลบ การขาดแคลนบุคลากร และงบประมาณที่ไม่เพียงพอ[11] ทั้งนี้ งานวิจัยดังกล่าวมุ่งเน้นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหรือการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นหลัก ยังไม่พบรายงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่บูรณาการการทำงานของโรงพยาบาล ทีมบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTX) และภาคีเครือข่ายในบริบทของอำเภอยางตลาดโดยตรง ซึ่งเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ที่การศึกษานี้ต้องการเติมเต็ม

จากความเป็นมาดังกล่าว ปัญหาสำคัญของอำเภอยางตลาดคือการขาดระบบเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ขาดแนวปฏิบัติมาตรฐานที่ชัดเจน บุคลากรและ CBTX ขาดความรู้และทักษะในการประเมินความเสี่ยงและจัดการพฤติกรรมรุนแรง ระบบส่งต่อและการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนไม่มีประสิทธิภาพ และชุมชนยังมีทัศนคติเชิงลบและการตีตราผู้ป่วย (stigma) จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่เป็นระบบและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ผู้วิจัยจึงใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อลดการกำเริบของอาการ ป้องกันเหตุการณ์รุนแรง และสร้างความปลอดภัยให้ชุมชน

กรอบแนวคิดและสมมติฐานการวิจัย: กรอบแนวคิดการวิจัยพัฒนาจากวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[12] ร่วมกับมาตรฐานการดูแล V-Care ของกรมสุขภาพจิต[6] ดังแสดงในภาพที่ 1 สมมติฐาน H1: คะแนน BPRS และ OAS ภายหลังใช้รูปแบบต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบ; H2: สัดส่วนผู้ป่วยที่ก่อเหตุรุนแรงและกำเริบซ้ำภายหลังใช้รูปแบบต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบ; H3: คะแนนความรู้และทักษะของภาคีเครือข่ายภายหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ โดยกำหนดให้ตัวชี้วัดหลัก (primary outcome) คือคะแนน BPRS ส่วนคะแนน OAS ความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิต สัดส่วนผู้ป่วยที่ก่อเหตุรุนแรงและกำเริบซ้ำ และความรู้ ทักษะของภาคีเครือข่าย เป็นตัวชี้วัดรอง (secondary outcomes)

ปัจจัยนำเข้า	สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วย SMI-V อำเภอยางตลาด มาตรฐานการดูแล V-Care ของกรมสุขภาพจิต แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (การดูแลแบบบูรณาการ การป้องกันเชิงรุก ทฤษฎีระบบ การเรียนรู้ทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม การจัดการรายกรณี)
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Plan-Act-Observe-Reflect)	ระยะที่ 1 เตรียมการ (ต.ค.-ธ.ค. 2568): วางแผน วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา ระยะที่ 2 ดำเนินการ (ธ.ค. 2568-มิ.ย. 2569): ปฏิบัติ พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ YT-VCare (ม.ค.-เม.ย. 2569) สังเกตผล และสะท้อนผล เพื่อปรับปรุงรูปแบบเป็น 2 รอบ ระยะที่ 3 ประเมินผลและสรุป (มิ.ย.-ส.ค. 2569)
ผลลัพธ์	ผู้ป่วย: BPRS (ตัวชี้วัดหลัก) OAS ความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิต การกำเริบซ้ำ และการก่อเหตุรุนแรง ภาคีเครือข่าย: ความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และความพึงพอใจ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกำหนดตัวชี้วัดหลักล่วงหน้า

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[12] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (acting) การสังเกตผล (observing) และการสะท้อนผล (reflecting) ร่วมกับการประเมินผลแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (one-group pretest-posttest design) ดังแสดงในภาพที่ 1 วัดผลหลังการทดลองที่ 1 เดือน (พฤษภาคม 2569) ไม่ได้ติดตามผลที่ 3 และ 6 เดือนเนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลา ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษา โดยดำเนินการในพื้นที่บ้านขาม ตำบลคลองขาม และภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึง 31 สิงหาคม 2569 (11 เดือน) โดยทดลองใช้รูปแบบกับผู้ป่วย SMI-V ระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน 2569 (4 เดือน) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วย SMI-V ที่เข้าร่วมโครงการ CBTX ในพื้นที่บ้านขาม ตำบลคลองขาม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ และ 2) ภาคีเครือข่ายสุขภาพและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เสี่ยงต่อความรุนแรงในพื้นที่อำเภอยางตลาด

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วย SMI-V ที่เข้าร่วมโครงการ CBTX จำนวน 32 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์ในพื้นที่ (census) จึงไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง (power = .78 สำหรับ dz = 0.5 ที่ α = .05) และภาคีเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 45 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลยางตลาดและโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 12 คน ทีม CBTX และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 24 คน และผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล สถานีตำรวจ และผู้นำชุมชน 9 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ผู้ป่วย: 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชหรือความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติดตามเกณฑ์ ICD-10 และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V ตามแบบประเมินความเสี่ยง 10 ด้านของกรมสุขภาพจิต 3) อาศัยในพื้นที่บ้านขามอย่างน้อย 6 เดือน 4) มีผู้ดูแลหลัก และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ภาคีเครือข่าย: 1) ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V อย่างน้อย 6 เดือน และ 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้ตลอดช่วงวิจัย ย้ายที่อยู่ ถูกคุมขัง เสียชีวิต หรือขอถอนตัวจากการวิจัย และภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบร้อยละ 80.00 เกณฑ์คัดออกนี้อาจทำให้ผลการวิเคราะห์สะท้อนเฉพาะผู้ที่ปฏิบัติตามรูปแบบ (per-protocol) และอาจประมาณผลดีเกินจริง ในการศึกษานี้ผู้ป่วยทั้ง 32 คนและภาคีเครือข่ายทั้ง 45 คนเข้าร่วมกิจกรรมครบถ้วนจนสิ้นสุดการวิจัย จึงไม่มีผู้ถูกคัดออกหรือถอนตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V อำเภอยางตลาด คู่มือและแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย SMI-V แบบประเมินความเสี่ยง 10 ด้านของกรมสุขภาพจิต และแผนการฝึกอบรมภาคีเครือข่าย 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และ Overt Aggression Scale (OAS) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence Rating Scale: MARS) 10 ข้อ คะแนน 0-10 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ข้อ คะแนน 26-130 แบบทดสอบความรู้ของภาคีเครือข่าย 20 ข้อ แบบประเมินทักษะการประเมินความเสี่ยง ทักษะการจัดการภาวะวิกฤต และความมั่นใจในการปฏิบัติ (5 ระดับ) แบบประเมินความพึงพอใจ (5 ระดับ) และแบบบันทึกข้อมูลการรักษาและเหตุการณ์รุนแรงจากเวชระเบียนและทะเบียนผู้ป่วย SMI-V ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) ภาพรวม 0.67-1.00 ส่วน BPRS[13] OAS[14] MARS[15] และ WHOQOL-BREF-THAI[16] เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะ ความมั่นใจ และความพึงพอใจ ไปทดลองใช้กับผู้ปฏิบัติงานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่อื่นของอำเภอยางตลาด 30 คน ได้ค่าความเที่ยง (KR-20 และ Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.82-0.91 ส่วนแบบประเมินที่ใช้กับผู้ป่วย (MARS และ WHOQOL-BREF-THAI) ใช้ค่าความเที่ยงจากการศึกษาต้นฉบับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ (ตุลาคม-ธันวาคม 2568) ศึกษาบริบทและปัญหาการดูแลผู้ป่วย SMI-V ร่วมกับทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลยางตลาด ภาคีเครือข่าย และผู้ป่วย สังเกต สอบถาม ทบทวนกระบวนการดูแลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัย และจัดทำร่างคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย SMI-V

ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการ (ธันวาคม 2568-มิถุนายน 2569) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับภาคี

เครือข่ายเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอยางตลาด ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพ CBTX ภาคีเครือข่าย และบุคลากรสาธารณสุข ทดลองใช้รูปแบบกับผู้ป่วย SMI-V 32 คน ในพื้นที่บ้านขาม ระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน 2569 โดยเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง พร้อมติดตามและประเมินผลระหว่างดำเนินการ (มีนาคม-มิถุนายน 2569) และปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสม

ระยะที่ 3 ขั้นประเมินผลและสรุป (มิถุนายน-สิงหาคม 2569) ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบทั้งด้านคุณภาพการดูแล ความปลอดภัยของชุมชน และความพึงพอใจของผู้รับบริการ วิเคราะห์และสรุปผลโดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คน (พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ) เป็นผู้เก็บข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมิน BPRS และ OAS ในผู้ป่วย 10 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ได้ค่า ICC ของ BPRS = 0.846 (95% CI 1.94-3.41) และของ OAS = 0.742 (95% CI 1.89-2.56) ทั้งนี้วัดผลก่อนการทดลองในเดือนธันวาคม 2568-มกราคม 2569 และหลังสิ้นสุดการทดลองในเดือนพฤษภาคม 2569 ส่วนข้อมูลการกำเริบซ้ำและเหตุการณ์รุนแรงเปรียบเทียบระหว่าง 4 เดือนก่อนการทดลอง (กันยายน-ธันวาคม 2568) กับ 4 เดือนระหว่างการทดลอง (มกราคม-เมษายน 2569) จากเวชระเบียนและทะเบียนผู้ป่วย SMI-V นิยามตัวชี้วัดผลลัพธ์ ได้แก่ ปฏิบัติตามการรักษาดี หมายถึง กินยาตามแพทย์สั่ง ≥ ร้อยละ 80.00 จากคะแนน MARS หรือบันทึกการรับยา ก่อเหตุรุนแรง หมายถึง มีเหตุการณ์ทำร้ายผู้อื่นหรือทรัพย์สินที่ประเมินด้วย OAS หรือบันทึกเหตุการณ์ในทะเบียน SMI-V ได้รับการติดตามต่อเนื่องตามเกณฑ์ หมายถึง ได้รับการติดตามตามแนวทาง V-Care ของกรมสุขภาพจิต[6] และกำเริบซ้ำหมายถึง อาการกำเริบจนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ตัวชี้วัดความสำเร็จ 6 ตัวและเกณฑ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าก่อนเริ่มทดลอง ได้แก่ ความรู้ของภาคีเครือข่าย (≥ ร้อยละ 85.00) การปฏิบัติตามรูปแบบ (≥ ร้อยละ 90.00) ความพึงพอใจ (≥ ร้อยละ 90.00) การปฏิบัติตามการรักษา (≥ ร้อยละ 80.00) การติดตามต่อเนื่อง (≥ ร้อยละ 90.00) และการลดลงของเหตุการณ์รุนแรง (≥ ร้อยละ 50.00) โดยอ้างอิงเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข[3] และฉันทามติของคณะผู้วิจัยกับภาคีเครือข่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ตรวจข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Shapiro-Wilk test ของผลต่างเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังด้วย paired t-test รายงานผลต่างเฉลี่ย 95% CI และ Hedges' g (Wilcoxon signed-rank test เป็นการวิเคราะห์ความไว โดยเฉพาะ OAS และแบบประเมิน 5 ระดับ) เปรียบเทียบสัดส่วนก่อนและหลังด้วย exact McNemar's test รายงานผลต่างสัดส่วนพร้อม 95% CI ปรับค่า p ด้วยวิธี Holm กำหนดตัวชี้วัดหลักล่วงหน้า (BPRS) ทดสอบสองทาง α = .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสะท้อนผลวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมเท่านั้น ส่วนกิจกรรมเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2568 เป็นการทบทวนเอกสารและข้อมูลทะเบียนที่ไม่ระบุตัวบุคคล และการสังเกต สอบถาม และสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในระยะที่ 1 ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยง

ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ให้ลงนามในใบยินยอมโดยสมัครใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ นำเสนอผลในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ก่อนเข้าร่วมวิจัย พยาบาลจิตเวชประเมินความสามารถในการให้ความยินยอมของผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้เข้าร่วมเมื่ออาการสงบและเข้าใจข้อมูลการวิจัยได้ หากผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้เอง จะขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย (ผู้ดูแลหลัก) ร่วมกับการแสดงความสมัครใจของผู้ป่วย กรณีเหตุการณ์รุนแรงเกี่ยวข้องกับตำรวจหรือชุมชน ผู้วิจัยใช้ข้อมูลโดยไม่ระบุตัวบุคคลและเปิดเผยเท่าที่จำเป็นต่อความปลอดภัยและตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น และเมื่อพบความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ผู้วิจัยดำเนินการตามแผนจัดการวิกฤตรายบุคคล แจ้งแพทย์และผู้ดูแล และส่งต่อผู้ป่วยภายใน 48 ชั่วโมง โดยถือความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้อื่นเป็นลำดับแรก

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วย SMI-V (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1)

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย SMI-V จำนวน 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.75) อายุเฉลี่ย 35.19 ± 8.46 ปี (พิสัย 19-54 ปี) ใช้ยาบ้ามากที่สุด (ร้อยละ 75.00) ส่วนภาคีเครือข่ายสุขภาพ 45 คน ส่วนใหญ่เป็นทีม CBTX และ อสม. (ร้อยละ 53.33) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย SMI-V (n = 32) และภาคีเครือข่ายสุขภาพ (n = 45)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ) หรือ $\bar{x}$ ± S.D. (min-max)
ผู้ป่วย SMI-V (n = 32)	
เพศชาย	22 (68.75)
เพศหญิง	10 (31.25)
อายุ (ปี)	35.19 ± 8.46 (19-54)
การวินิจฉัย: โรคจิตเภทร่วมกับการใช้ยาเสพติด	17 (53.13)
การวินิจฉัย: โรคจิตจากการใช้ยาเสพติด	9 (28.13)
การวินิจฉัย: โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีประวัติใช้ยาเสพติด	6 (18.75)
ยาเสพติดที่ใช้มากที่สุด: ยาบ้า	24 (75.00)
ยาเสพติดที่ใช้: ไอซ์	5 (15.63)
ยาเสพติดที่ใช้: กัญชา	3 (9.38)
ปัจจัยเสี่ยง: ว่างงานหรือไม่มีรายได้ประจำ	21 (65.63)
ปัจจัยเสี่ยง: ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว	19 (59.38)
ปัจจัยเสี่ยง: มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง	14 (43.75)
ปัจจัยเสี่ยง: มีประวัติการจับกุมเกี่ยวกับยาเสพติด	12 (37.50)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ) หรือ $\bar{x}$ ± S.D. (min-max)
ภาคีเครือข่ายสุขภาพ (n = 45)	
พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุข	12 (26.67)
ทีม CBTX และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	24 (53.33)
ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล สถานีตำรวจ และผู้นำชุมชน	9 (20.00)

1.2 สถานการณ์ และปัญหาการดูแลผู้ป่วย SMI-V

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย และผู้ป่วย พบปัญหา 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขขาดความรู้และทักษะเฉพาะทางในการประเมินความเสี่ยงและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงอย่างเป็นระบบ ขาดความมั่นใจ และมีภาระงานมากจนการติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องและไม่ทั่วถึง 2) ด้านหน่วยงาน โรงพยาบาลยังขาดแนวปฏิบัติมาตรฐานที่ชัดเจน ระบบส่งต่อและการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนไม่มีประสิทธิภาพ ขาดกลไกติดตามประเมินผล และไม่มีฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกันเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วย 3) ด้านผู้ปฏิบัติงานในชุมชน อสม. และทีม CBTX ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน ขาดทักษะการประเมินเบื้องต้นและการจัดการเหตุฉุกเฉิน ไม่มีเครื่องมือและแนวทางปฏิบัติ และกังวลต่อความปลอดภัยของตนเอง และ 4) ด้านภาคีเครือข่ายและชุมชน การประสานงานระหว่างโรงพยาบาล องค์การบริหารส่วนตำบล สถานีตำรวจ และผู้นำชุมชนไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ไม่มีกลไกสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูล และชุมชนมีทัศนคติเชิงลบและการตีตราผู้ป่วย ข้อมูลข้างต้นได้จากการสนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ 45 คน (3 กลุ่มตามกลุ่มวิชาชีพ) ร่วมกับการสังเกต การสอบถามการปฏิบัติงาน และการทบทวนข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย SMI-V วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยวิเคราะห์อิสระต่อกันแล้วสรุปร่วมกัน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2)

2.1 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V จากการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่าย 2 ครั้ง (ครั้งละ 1 วัน) และการสะท้อนผลตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 รอบ ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V อำเภอยางตลาด (YT-VCare Model) ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ระบบเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงในชุมชน การพัฒนาศักยภาพทีม CBTX และภาคีเครือข่าย ระบบส่งต่อและการจัดการภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็ว การจัดการรายกรณีและการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และการสร้างความเข้าใจและลดการตีตราในชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 องค์ประกอบ กิจกรรมโดยสรุป และระยะเวลาของรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V อำเภอยางตลาด (YT-VCare Model)

องค์ประกอบ	กิจกรรมโดยสรุป	ระยะเวลา
1. ระบบเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงในชุมชน	คัดกรองและขึ้นทะเบียนผู้ป่วย SMI-V รายบุคคล ประเมินความเสี่ยงด้วยแบบประเมิน 10 ด้านของกรมสุขภาพจิต BPRS และ OAS ให้ CBTX และ อสม. เฝ้าระวังสัญญาณเตือนเดือนละ 1 ครั้ง และบันทึกในฐานข้อมูลร่วมของเครือข่าย	ตลอดโครงการ (ม.ค.-เม.ย. 2569)
2. การพัฒนาศักยภาพทีม CBTX และภาคีเครือข่าย	ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น การรับรู้สัญญาณเตือน เทคนิค De-escalation การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน และการดูแลความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน	2 วัน (12 ชั่วโมง)
3. ระบบส่งต่อและการจัดการภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็ว	กำหนดช่องทางประสานงานระหว่างชุมชน รพ.สต. โรงพยาบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และสถานีตำรวจ แบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจน จัดทำแผนจัดการวิกฤตรายบุคคล และส่งต่อผู้ป่วยภายใน 48 ชั่วโมง เมื่อพบความเสี่ยงสูง	ตลอดโครงการ
4. การจัดการรายกรณีและการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง	พยาบาลผู้จัดการรายกรณีวางแผนการดูแลรายบุคคล เยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง ติดตามการกินยา แจกยาในชุมชน ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว และส่งเสริมทักษะการจัดการอารมณ์	4 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที
5. การสร้างความเข้าใจและลดการตีตราในชุมชน	ให้ความรู้ผู้นำชุมชนและประชาชนเรื่องโรคจิตเวชและยาเสพติด สร้างกลุ่มสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เชื่อมโยงผู้ป่วยกับกลุ่มอาชีพและกิจกรรมชุมชน	ทุก 2 เดือน (2 ครั้ง)

2.2 ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ

ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 2 คน ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน และผู้นำชุมชน 1 คน) ประเมินว่ารูปแบบมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC ของรูปแบบและคู่มือ = 0.80-1.00) และมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก (mean = 4.48, S.D. = 0.36) โดยมีข้อเสนอให้เพิ่มกลุ่มไลน์ประสานงานและแผนจัดการวิกฤตรายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยปรับแก้ก่อนนำไปทดลองใช้

3. ผลการประเมินการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3)

3.1 ผลลัพธ์ด้านอาการทางจิต พฤติกรรมก้าวร้าว ความร่วมมือในการใช้ยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วย SMI-V 32 คน มีคะแนนอาการทางจิต (BPRS) และพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS) ต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบ ส่วนคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนน BPRS ลดลงเฉลี่ย 14.22 คะแนน (95% CI 11.55-16.89; Hedges' g = 1.87) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต พฤติกรรมก้าวร้าว ความร่วมมือในการใช้ยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย SMI-V ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 32)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	ก่อน $\bar{x}$ (S.D.)	หลัง $\bar{x}$ (S.D.)	ผลต่าง (95% CI)	Hedges' g	t	p-value
อาการทางจิต (BPRS)	18-126	41.56 (8.73)	27.34 (6.12)	14.22 (11.55-16.89)	1.87	10.87	< .001*
พฤติกรรมก้าวร้าว (OAS)	0-56	9.84 (4.21)	3.47 (2.58)	6.37 (5.05-7.69)	1.70	9.87	< .001*
ความร่วมมือในการใช้ยา (MARS)	0-10	5.38 (1.74)	7.91 (1.32)	2.53 (1.92-3.14)	1.46	8.47	< .001*
คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI)	26-130	77.94 (9.85)	91.28 (8.62)	13.34 (10.13-16.55)	1.46	8.48	< .001*

หมายเหตุ: *มีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05

3.2 ผลลัพธ์ด้านความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของภาคีเครือข่าย ภาคีเครือข่าย 45 คน มีคะแนนความรู้ ทักษะการประเมินความเสี่ยง ทักษะการจัดการภาวะวิกฤต และความมั่นใจในการปฏิบัติหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 4 ซึ่งแสดงผลต่างค่าเฉลี่ย (95% CI) และ Hedges' g ไว้ด้วย โดยการวิเคราะห์ความไวด้วย Wilcoxon signed-rank test ให้ข้อสรุปเช่นเดียวกัน และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (mean = 4.52, S.D. = 0.48; 95% CI 4.38-4.66) โดยมี 42 คน (ร้อยละ 93.33) (95% CI 82.1-97.7) ที่พึงพอใจในระดับมากขึ้นไป โดย 95% CI ครอบคลุมเกณฑ์ร้อยละ 90.00 ที่กำหนดไว้

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของภาคีเครือข่ายก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 45)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ $\bar{x}$ (S.D.)	หลังใช้รูปแบบ $\bar{x}$ (S.D.)	ผลต่าง (95% CI)	Hedges' g	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V (คะแนนเต็ม 20)	11.38 (2.74)	16.87 (1.96)	5.49 (4.69-6.29)	2.04	13.90	< .001*
ทักษะการประเมินความเสี่ยง (คะแนนเต็ม 5)	2.84 (0.62)	4.21 (0.47)	1.37 (1.20-1.54)	2.45	16.71	< .001*
ทักษะการจัดการภาวะวิกฤต (คะแนนเต็ม 5)	2.71 (0.66)	4.12 (0.51)	1.41 (1.23-1.59)	2.31	15.76	< .001*
ความมั่นใจในการปฏิบัติ (คะแนนเต็ม 5)	2.93 (0.71)	4.17 (0.54)	1.24 (1.04-1.44)	1.79	12.23	< .001*

หมายเหตุ: *มีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05

3.3 ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติตามการรักษา การติดตามต่อเนื่อง การกำเริบซ้ำ และเหตุการณ์รุนแรง สัดส่วนผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามการรักษาดีและได้รับการติดตามต่อเนื่องตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่กำเริบซ้ำจนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่ก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ลดลง (exact McNemar p = .031 ทั้งสองตัวชี้วัด แต่เมื่อปรับ Holm ได้ p = .063 จึงไม่มีนัยสำคัญที่ .05 จึงรายงานเป็นผลเชิงสำรวจ) ดังแสดงในตารางที่ 5 โดยจำนวนเหตุการณ์รุนแรงเปลี่ยนจาก 9 เป็น 2

เหตุการณ์ ใน 4 เดือน (ลดลงร้อยละ 77.78; exact conditional test p = .065 ไม่มีนัยสำคัญ) เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดความสำเร็จ พบว่าค่าที่ได้สูงกว่าเกณฑ์ทั้ง 6 ตัวชี้วัดในเชิงตัวเลข ได้แก่ ภาคีเครือข่ายผ่านเกณฑ์ความรู้ (≥ ร้อยละ 80.00 ของคะแนนเต็ม) 39 คน (ร้อยละ 86.67 เกณฑ์ ≥ ร้อยละ 85.00) ปฏิบัติตามรูปแบบได้ถูกต้อง 41 คน (ร้อยละ 91.11 เกณฑ์ ≥ ร้อยละ 90.00) มีความพึงพอใจร้อยละ 93.33 (เกณฑ์ ≥ ร้อยละ 90.00) ผู้ป่วยปฏิบัติตามการรักษาร้อยละ 84.38 (เกณฑ์ ≥ ร้อยละ 80.00) ได้รับการติดตามต่อเนื่องร้อยละ 93.75 (เกณฑ์ ≥ ร้อยละ 90.00) และเหตุการณ์รุนแรงลดลงร้อยละ 77.78 (เกณฑ์ ≥ ร้อยละ 50.00) แต่ 95% CI (Wilson) ครอบคลุมเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด จึงสรุปว่าผ่านเกณฑ์ไม่ได้

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ป่วย SMI-V ก่อนและหลังใช้รูปแบบ จำแนกตามผลลัพธ์ด้านการรักษาและความปลอดภัย (n = 32)

ผลลัพธ์/สถานะ	ก่อนใช้รูปแบบ จำนวน (ร้อยละ)	หลังใช้รูปแบบ จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนคู่ที่ดีขึ้น/แย่ลง (b/c)	p-value	ผลต่างสัดส่วน (95% CI)
ปฏิบัติตามการรักษาดี (กินยาสม่ำเสมอ ≥ ร้อยละ 80.00)	13 (40.63)	27 (84.38)	14/0	.0001*	43.75 (26.6-60.9)
ได้รับการติดตามต่อเนื่องตามเกณฑ์	17 (53.13)	30 (93.75)	13/0	.0002*	40.63 (23.6-57.6)
กำเริบซ้ำที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	8 (25.00)	2 (6.25)	6/0	.031*	-18.75 (-32.3 ถึง -5.2)
ก่อเหตุรุนแรงในชุมชน	7 (21.88)	1 (3.13)	6/0	.031*	-18.75 (-32.3 ถึง -5.2)

หมายเหตุ: *มีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าปัญหาการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในอำเภอยางตลาดเกิดจากหลายระดับ ทั้งด้านบุคลากร หน่วยงาน ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน และภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอุปสรรคของการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ทัศนคติเชิงลบ การขาดแคลนบุคลากร และงบประมาณที่ไม่เพียงพอ[11] ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุต่ำกว่า 40 ปี ใช้ยาบ้า และว่างงาน สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท[17] การที่ผู้ป่วยขาดยาและได้รับบริการล่าช้าเพิ่มขึ้นทุกปีสะท้อนว่าการติดตามที่อาศัยโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องมีระบบเฝ้าระวังและส่งต่อที่เชื่อมโยงกับชุมชน

รูปแบบ YT-VCare ที่พัฒนาขึ้นใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบ จนถึงการสะท้อนผล ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในอำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร[10] ซึ่งรายงานว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทำให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน องค์ประกอบของรูปแบบสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงบริการหลายระดับ[7] ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V แบบบูรณาการในชุมชนตำบลพะตง จังหวัดสงขลา (ผู้ป่วย 71 คน) ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นและพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[18] นอกจากนี้ การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร (ผู้ป่วย 34 คน) ทำให้คะแนนอาการทางจิต

ลดลงและความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น[19] ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบการจัดการรายกรณีและการเยี่ยมบ้านของรูปแบบ YT-VCare ส่วนการฝึกอบรมทีม CBTX ให้รับรู้สัญญาณเตือนและใช้เทคนิค De-escalation สอดคล้องกับองค์ประกอบสำคัญของเทคนิคลดความตึงเครียดที่ช่วยลดความก้าวร้าวโดยไม่ต้องใช้การจำกัดพฤติกรรม[20] อย่างไรก็ตาม งานเหล่านี้มีบริบท ขนาดตัวอย่าง และตัวชี้วัดที่แตกต่างกัน จึงเป็นเพียงการเปรียบเทียบในเชิงแนวโน้ม

หลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตและพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับรูปแบบที่ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมซึ่งทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 88.40 มีคะแนนอาการทางจิตลดลง[10] และสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura ที่อธิบายว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเรียนรู้และปรับเปลี่ยนได้[8] การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามการรักษาดีขึ้นอาจสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเครือข่ายชุมชน (การศึกษานี้ไม่ได้วัดการสนับสนุนทางสังคมโดยตรง) ตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb ที่ระบุว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดผลกระทบของความเครียด[9] ส่วนการลดลงของผู้ป่วยที่ก่อเหตุรุนแรงและการกำเริบซ้ำ (ร้อยละ 21.88 เป็น 3.13 และร้อยละ 25.00 เป็น 6.25; exact McNemar p = .031 ทั้งคู่ แต่ Holm-adjusted p = .063) สอดคล้องกับรายงานการดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่ไม่พบการกำเริบซ้ำหลังจำหน่าย[18] ภาคีเครือข่ายมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ระบบเฝ้าระวังและส่งต่อทำงานต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการวิจัย คือ เป็นการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถตัดอิทธิพลของปัจจัยอื่นออกได้ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและมาจากพื้นที่เดียว ระยะเวลาติดตามผลสั้น (4 เดือน) ข้อมูลบางส่วนเป็นการรายงานโดยผู้ดูแลและบุคลากร และการทดสอบสถิติของตัวแปรที่มีจำนวนน้อยอาจให้ผลคลาดเคลื่อน นอกจากนี้ (1) การวัดผลหลังการทดลองทำเพียง 1 เดือน และข้อมูลกำเริบซ้ำกับเหตุการณ์รุนแรงเปรียบเทียบคนละช่วงกับการวัดคะแนน (2) ผู้วิจัยเป็นทั้งผู้ให้การดูแลและผู้ประเมินโดยไม่ตาบอดต่อช่วงก่อน-หลัง และไม่ได้ยืนยันการใช้สารเสพติดด้วยการตรวจปัสสาวะหรือ ASSIST (3) ตัวชี้วัดความปลอดภัย 2 ตัว (กำเริบซ้ำและก่อเหตุรุนแรง) ไม่มีนัยสำคัญหลังปรับด้วยวิธี Holm และ 95% CI ของตัวชี้วัดความสำเร็จครอบคลุมเกณฑ์ทุกตัว (4) ขนาดอิทธิพลสูงผิดปกติ (dz ประมาณ 1.5-2.5) จึงต้องระวังอคติจากการวัดและ regression to the mean และ (5) ภาคีเครือข่ายประกอบด้วย 3 กลุ่มวิชาชีพที่ไม่ได้วิเคราะห์แยกกลุ่ม และผู้ป่วยมาจากหมู่บ้านเดียว จึงควรตีความและนำไปใช้อย่างระมัดระวัง

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V อำเภอยางตลาด (YT-VCare Model) ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ (ตารางที่ 2) หลังทดลองใช้ 4 เดือน ผู้ป่วยมีอาการทางจิต (BPRS ลดลง 14.22 คะแนน) และพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ปฏิบัติตามการรักษาและได้รับการติดตามต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ส่วนการกำเริบซ้ำและการก่อเหตุรุนแรงในชุมชนลดลงในเชิงตัวเลข แต่ไม่มีนัยสำคัญเมื่อปรับ Holm ภาคีเครือข่ายมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นและพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ภายใต้การออกแบบกลุ่มเดียวก่อน-หลังที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงสรุปความเป็นเหตุเป็นผลไม่ได้ และตัวชี้วัดความสำเร็จ 6 ตัวมี 95% CI ครอบคลุมเกณฑ์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรกำหนดรูปแบบนี้เป็นนโยบายและแนวทางการดูแลผู้ป่วย SMI-V ระดับโรงพยาบาลและอำเภอ สนับสนุนทรัพยากรด้านงบประมาณและบุคลากร จัดระบบฝึกอบรมแก่บุคลากรและ CBTX อย่างต่อเนื่อง พัฒนาฐานข้อมูลเชื่อมโยงระหว่างภาคีเครือข่าย จัดทำเอกสารคำแนะนำสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน และสร้างความเข้าใจและการยอมรับผู้ป่วยในชุมชน พร้อมขยายผลไปยังตำบลอื่นของอำเภอยางตลาดและพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (quasi-experimental หรือ stepped-wedge) ในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและหลายพื้นที่ ติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 12 เดือน และวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของรูปแบบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะทำงาน ทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่ายสุขภาพ ทีม CBTX อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยและครอบครัวในพื้นที่บ้านขาม ตำบลคลองขาม ที่สละเวลาให้ข้อคิดเห็นและร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลในครั้งนี้ ขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ที่สนับสนุนการดำเนินงาน การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอก

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the National Economic and Social Development Council (TH). Thai social situation report, quarter 1/2024 [Internet]. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2024 [cited 2026 Nov 3]. Available from: https://www.nesdc.go.th/wordpress/wp-content/uploads/2025/06/2567_article_q1_001.pdf (in Thai)
2. World Health Organization. World mental health today: latest data. Geneva: World Health Organization; 2025.
3. Ministry of Public Health (TH). Summary of the second-round inspection of the Ministry of Public Health, fiscal year 2025 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2568 [cited 2026 Nov 3]. Available from: https://r8.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload_file/20250925031808.pdf (in Thai)
4. Kalasin Provincial Public Health Office. Service data of psychiatric and substance use patients at high risk of violence (SMI-V), Kalasin Province, fiscal years 2022-2024. Kalasin: Kalasin Provincial Public Health Office; 2024 [cited 2025 Oct 1]. Source: Health Data Center (HDC) Kalasin database; data used with permission, letter no. 314/212. (in Thai)
5. Yang Talat Hospital. Service data of psychiatric and substance use patients at high risk of violence (SMI-V), Yang Talat District, fiscal years 2022-2024. Kalasin: Yang Talat Hospital; 2024 [cited 2025 Oct 1]. Source: hospital information system and SMI-V registry of Yang Talat Hospital, linked to Health Data Center (HDC) Kalasin; data used with permission, letter no. 27/15. (in Thai)

6. Department of Mental Health (TH). Standard of practice for the care of psychiatric and substance use patients at high risk of violence: Severe Mental Illness - High Risk to Violence (V-Care). Nonthaburi: Beyond Publishing; 2567. (in Thai)

7. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper. Int J Integr Care. 2002;2:e12.

8. Bandura A. Aggression: a social learning analysis. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1973.

9. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976;38(5):300-14.

10. Srichan J, Srisuk S, Wilaichat T. Development of a care model for psychiatric patients at high risk of violence through the participation of network partners, Don Tan District, Mukdahan Province. J Environ Community Health. 2564;14(2):78-89. (in Thai)

11. Khongsaeng K, Atthakorn K, Chaleeroj S, Anuraknithi W. Contextual analysis of facilitators and barriers to community-level mental health services for psychiatric and substance use patients at high risk of violence: a multilevel mixed-methods study. J Health Syst Res. 2567;17(3):157-71. (in Thai)

12. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.

13. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep. 1962;10(3):799-812.

14. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. Am J Psychiatry. 1986;143(1):35-9.

15. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. Schizophr Res. 2000;42(3):241-7.

16. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanaskul W, Pumpisanchai W, Wongsuwan K, Pornmanajirungkul R. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). J Ment Health Thai. 1998;5(3):4-15. (in Thai)

17. Kanthasaibua P, Pibulaluk W, Kaewyot K, Nerikul W. Factors related to violent behavior among schizophrenic patients attending Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. J Somdet Chaopraya Inst Psychiatry. 2563;14(2):16-28. (in Thai)

18. Thepchatri C, Tumviriyakul H, Sangkaew S, Wanliang T, Prayoonsawatdat W, Petcharat S, et al. Effectiveness of community-based psychiatric treatment for SMI-V patients: Buddy 4 Friends, the Patong model. Reg 11 Med J. 2024;38(4):15-30. doi:10.14456/reg11med.2024.18

19. Sriharaksa P. Care of schizophrenic patients at risk of violence through participatory case management in the community, Mueang District, Sakon Nakhon Province: a case study of Khamin Subdistrict. J Health Environ Educ. 2023;8(1):436-47. (in Thai)

20. Price O, Baker J. Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. Int J Ment Health Nurs. 2012;21(4):310-9.