

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรง ในชุมชน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

อนุวัฒน์ สรวนรัมย์^{1*}, กัญชมน สีหะปัญญา²

¹โรงพยาบาลลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา, ²โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: การก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเป็นปัญหาส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน และวิเคราะห์ผลของแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาและพัฒนา แบ่งเป็น 6 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลนำเข้าในการพัฒนา 2) วางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 3) ปฏิบัติตามแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 4) ปรับปรุงการดำเนินงาน 5) ขยายรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 6) ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยวิเคราะห์ผลก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรม และระยะติดตาม 6 เดือน ด้วยแบบประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ 5 สัญญาณเตือน โดยใช้สถิติ Descriptive Statistics เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละช่วงเวลาด้วยสถิติ Friedman Test และ Wilcoxon Signed-Ranks Test

ผลวิจัย: พบว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในอำเภอลำทะเมนชัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขาดผู้ดูแล ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้สารเสพติด ส่วนรูปแบบการดูแลสามเกลอลำทะเมนชัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนโดยมีญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบดูแลหลักสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง อาการทางจิต และพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทสรุป: รูปแบบการดูแลสามเกลอลำทะเมนชัยสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น อาการทางจิต และพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด, การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน, สามเกลอลำทะเมนชัย

*ผู้ให้การติดต่อ: อนุวัฒน์ สรวนรัมย์

อีเมล: Anuwat_knc52@hotmail.com

รับบทความ: 2 พฤษภาคม 2569; ปรับปรุงแก้ไข: 4 มิถุนายน 2569; รับผิดชอบ: 10 มิถุนายน 2569



บทความนี้เผยแพร่ภายใต้สัญญาอนุญาต
Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives 4.0
International License (CC BY-NC-ND 4.0)

Developing a Model for Caring for Psychiatric and Substance Abuse Patients to Prevent Violence in the Community of Lamthamenchai District, Nakhon Ratchasima Province

Anuwat Saraunrum^{1*}, Kanchamon Seehapanya²

¹Lamthamenchai Hospital, Nakhon Ratchasima Province; ²Warinchamrab Hospital, Ubon Ratchathani Province

Abstract

Background: Violence perpetrated by psychiatric and substance abuse patients is a significant problem impacting families and communities, and its prevalence is increasing. Therefore, providing care for psychiatric and substance abuse patients is crucial in preventing community violence. This study aims to investigate the current situation and challenges in caring for psychiatric and substance abuse patients, develop a model for community-based care, and analyze the effectiveness of this model.

Methods: This research and development project was divided into six phases: 1) Studying the problem situation through in-depth interviews with stakeholders to obtain input for development; 2) Participatory planning for developing care for psychiatric and substance abuse patients; 3) Implementing the care model for psychiatric and substance abuse patients; 4) Improving the operation; 5) Expanding the care model for psychiatric and substance abuse patients; and 6) Evaluating the effectiveness of the care model by analyzing results before, after participation, and at the 6 months follow-up. This evaluation utilized assessment tools for the severity of risk of violence against oneself and others, a psychiatric symptom assessment, an assessment of aggressive behavior, and a risk assessment tool for relapse (5 warning signs). Descriptive statistics were used to compare average scores over different time periods using the Friedman Test and the Wilcoxon signed-ranks test.

Results: The study found an increasing trend of psychiatric and substance abuse patients in Lamthamenchai District. These patients often lack caregivers, continuous treatment, deny their illness, and use substances. The " Samkler Lamthamenchai " care model in Lamthamenchai District, where relatives, village health volunteers, and village headmen or assistant village headmen served as primary caregivers, was found to significantly reduce the risk of violence, psychiatric symptoms, and aggressive behavior at the 0.05 significance level.

Conclusion: The " Samkler Lamthamenchai " care model in Lamthamenchai can help reduce the risk of violence against oneself and others, psychiatric symptoms, and aggressive behavior.

Keywords: Psychiatric and Substance Abuse Patients, Community-Based Care, Samkler Lamthamenchai

*Corresponding Author: Anuwat Saraunrum

E-mail: Anuwat_knc52@hotmail.com

Received: 2 May 2026; Revised: 4 June 2026; Accepted: 10 June 2026



This article is licensed under the
Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives 4.0
International License (CC BY-NC-ND 4.0).

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์การก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดถือเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและสังคมไทยอย่างกว้างขวาง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างมาก เนื่องจากพฤติกรรมความรุนแรงมีสาเหตุจากหลายปัจจัยที่มีความซับซ้อนจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันแบบบูรณาการเพื่อจัดการปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) [1–3] กรมสุขภาพจิตพบว่า การก่อความรุนแรงที่มาจากปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 18 ใช้ยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 22 การดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 38 ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2563–2565 จำนวน 1,463 คน 2,783 คน และ 3,527 คน ตามลำดับ [1] พฤติกรรมการก่อความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดส่วนใหญ่มาจากการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน [2] ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้มากถึงร้อยละ 27.6 [3] สาเหตุของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในชุมชนมาจาก 3 สาเหตุ ดังนี้ 1) เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเบื่อหน่าย เครียด ว่างาน แล้วกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การเข้าถึงสารเสพติดได้ง่ายในชุมชน 2) เกิดจากการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ หักยาเอง ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3) ระบบการดูแลป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ชุมชน ภาศิเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง [4] หากต้องการฟื้นฟูคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีปัจจัยที่สำคัญ คือ การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด บุคคลในชุมชน บุคคลในทางด้านสุขภาพ และจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาช่วยเหลือ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีความหวัง มีพลังทางบวก มีเป้าหมายของชีวิตทำให้มีการรักษาต่อเนื่องโดยการสนับสนุนทางสังคม [5]

สำหรับจังหวัดนครราชสีมาในปี พ.ศ. 2563–2565 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรงจำนวน 74 คน 161 คน และ 1,149 คน ตามลำดับ มีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน [6] ซึ่งสอดคล้องกับอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงปี พ.ศ. 2563–2565 จำนวน 3 คน 4 คน และ 5 คน ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ปฏิเสธการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุหรือไม่มีศักยภาพในการดูแล และขาดยาทำให้อาการทางจิตกำเริบแล้วมีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อความรุนแรงในชุมชน นอกจากนี้ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างชุมชนกับทีมให้การดูแลและช่วยเหลือ [7]

ในช่วงที่ผ่านมา การป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดต้องมีการดูแลรักษาติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในชุมชนซึ่งประกอบด้วย ญาติหรือผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [8–10] ยังต้องเกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการโดยชุมชนอย่างต่อเนื่อง มี 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านประชาชน 2) ด้านภาศิเครือข่าย 3) ด้านกระบวนการ 4) ด้านการพัฒนาและเรียนรู้ [8] การส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและชุมชนให้เกิดการยอมรับ การเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ทำให้ผู้ป่วยรับประทายอย่างสม่ำเสมอได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง [11] การจัดระบบการดูแลมีกระบวนการอยู่ 4 ประการ คือ 1) การจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดโดยแบ่งเป็นประเภทเพื่อจัดการดูแล 2) การจัดการระบบดูแลเมื่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีภาวะฉุกเฉิน 3) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาศิเครือข่ายในชุมชน 4) การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเน้นให้ภาศิเครือข่ายมีส่วนร่วมและมีเป้าหมายร่วมกัน คือ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดสามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข ยังยืนตามบริบทของชุมชน [8,12] การดิงศักยภาพของชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และญาติผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดส่งเสริมบทบาทการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการจัดระบบให้มีผู้รับผิดชอบสังเกตอาการทางจิตกำเริบในชุมชน [13] การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนจึงมีความสำคัญจำเป็นอย่างยิ่ง โดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน ช่วยออกแบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่เป็นภาระของบุคคลใด

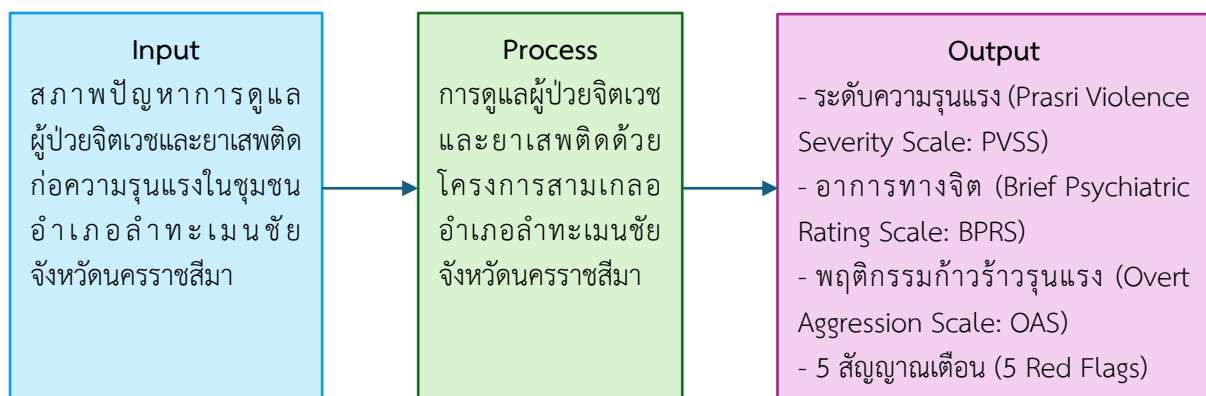
บุคคลหนึ่งในชุมชน สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น ลดอาการทางจิต และลดพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

กรอบแนวคิดวิจัย

งานวิจัยนี้ได้นำกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ House [14] มาใช้ในการออกแบบและการพัฒนาโดยใช้ IPO Model โดยเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่เพื่อให้ได้ข้อมูลนำเข้าของปัญหาที่แท้จริงตามบริบทของพื้นที่ (Input) แล้วนำสู่กระบวนการประมวลผล (Process) ซึ่งในขั้นตอนนี้ใช้กระบวนการ PDCA ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Plan) ขั้นการนำไปปฏิบัติ (Do) ขั้นการติดตามตรวจสอบ (Check) ขั้นการปรับปรุง (Act) ในการออกแบบพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยขับเคลื่อนภายใต้โครงการสามเกลออำเภอลำทะเมนชัย วัดผลลัพธ์ (Output) ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนโดยใช้ระดับความรุนแรง (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) อาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และ 5 สัญญาณเตือน (5 Red Flags)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการเป็น 6 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา (Research; R1) ซึ่งประกอบด้วย การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มหรือการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ที่เกี่ยวข้องในเขตอำเภอลำทะเมนชัย

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ นายอำเภอลำทะเมนชัย 1 คน ปลัดอำเภอลำทะเมนชัยฝ่ายความมั่นคง 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด 4 คน กำนัน 4 คน นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล 5 คน ผู้ใหญ่บ้าน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน และญาติผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 10 คน

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

เป็นคำถามปลายเปิดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านคิดว่าปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรงในชุมชนคืออะไร 2) ท่านต้องการแก้ไขปัญหากล่อความรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างไร 3) ท่านรู้สึกอย่างไรกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน 4) ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนเป็นหน้าที่ของใคร 5) ท่านคิดว่าคนที่เกี่ยวข้องต้องช่วยเหลืออย่างไรจึงจะป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชนได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลยาเสพติด 1 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กลุ่มละ 1 ครั้ง ได้แก่ กลุ่มผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ส่วนการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ นายอำเภอลำทะเมนชัย ปลัดอำเภอลำทะเมนชัยฝ่ายความมั่นคง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด กำนัน และนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 การวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยทีมสามเกลออำเภอลำทะเมนชัยซึ่งประกอบด้วย นายอำเภอลำทะเมนชัย 1 คน ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรลำทะเมนชัย 1 คน ปลัดอำเภอลำทะเมนชัยฝ่ายความมั่นคง 1 คน สาธารณสุขอำเภอลำทะเมนชัย 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำทะเมนชัย 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 คน นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล 5 คน กำนัน 4 คน ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาล 1 คน และผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 คน และข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย (Development; D1) โดยกำหนดนโยบาย กระบวนการ วิธีการดำเนินการ และดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย 1) คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 2) สร้างสามเกลออำเภอลำทะเมนชัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 3) กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละทีม 4) สร้างช่องทางในการสื่อสาร 5) ประเมินผลลัพธ์ของทีมสามเกลออำเภอลำทะเมนชัย 6) ปรับปรุงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดตามกระบวนการของ PDCA ดังนี้

ขั้นการวางแผน (Plan) นำผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัยนำมาวางแผนการดูแลโดยการขับเคลื่อนผ่านโครงการสามเกลออำเภอลำทะเมนชัยซึ่งประกอบด้วย เกลอที่ 1 หมายถึง ญาติของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เกลอที่ 2 หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกลอที่ 3 หมายถึง ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) และจัดให้มีทีมบุคลากรสำหรับปรึกษาในโครงการนี้ประกอบด้วย นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยาคลินิก โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ดังนี้ เกลอที่ 1 มีบทบาทหน้าที่กำกับดูแลการรับประทานยา เกลอที่ 2 มีบทบาทหน้าที่กำกับดูแลพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยอาการเตือนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงด้วย 5 อาการเตือน (5 Red Flags) พร้อมรายงานผ่าน Google Form สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ทุกวันจันทร์) เกลอที่ 3 มีบทบาทหน้าที่กำกับดูแลพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยอาการเตือนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงด้วย 5 อาการเตือน (5 Red Flags) พร้อมรายงานผ่าน Google Form สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

และทีมบุคลากรสำหรับปรึกษามีบทบาทหน้าที่ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำหลังจากได้รับการรายงานทางทีมสามเกลอผ่านกลุ่ม LINE Help Center โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) แล้วพยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยาคลินิกร่วมกันวิเคราะห์ผู้ป่วยด้วย 4P Model

ขั้นการนำไปปฏิบัติ (Do) ดำเนินการโครงการสามเกลออำเภอลำทะเมนชัยให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ญาติของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดจำนวน 216 คน ผู้ใหญ่บ้านจำนวน 59 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านจำนวน 118 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้ง 59 หมู่บ้านจำนวน 590 คน โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและยาเสพติด อาการเตือนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงด้วย 5 อาการเตือน (5 Red Flags) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) และการรายงานอาการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดผ่าน Google Form

ขั้นการติดตามตรวจสอบ (Check) ดำเนินการโครงการสามเกลออำเภอลำทะเมนชัยในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง เมษายน พ.ศ. 2567 โดยให้ทีมสามเกลออำเภอลำทะเมนชัยซึ่งประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย จำนวน 33 คน โดยสังเกตอาการเตือนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงด้วย 5 อาการเตือน (5 Red Flags) พร้อมรายงานผ่าน Google Form สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ขั้นการปรับปรุง (Act) นำปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากทีมสามเกลออำเภอลำทะเมนชัย คือการรายงานผลประเมินมีความยุ่งยาก ซ้ำซ้อน ใช้แบบประเมินจำนวนมาก เกิดการสับสนในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด จึงนำมาปรับปรุงพัฒนาระบบการรายงาน โดยให้สังเกตอาการเตือนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงด้วย 5 อาการเตือน (5 Red Flags) เพื่อให้เกิดความง่าย สะดวกต่อทีมสามเกลออำเภอลำทะเมนชัย

ระยะที่ 3 ปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย (Research; R2) ผ่านเวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการ เวทีประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน และเวทีการประชุมของ อสม. ในการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดด้วยสามเกลออำเภอลำทะเมนชัยในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชนจำนวน 33 คน โดยใช้เครื่องมือในการติดตามผลดังนี้ 1) แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) 2) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) 3) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) 4) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ 5 สัญญาณเตือนของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (5 Red Flags) เมื่อพิจารณาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดด้วยสามเกลออำเภอลำทะเมนชัย พบว่าความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองในระดับเล็กน้อยร้อยละ 98.30 และระดับปานกลางร้อยละ 1.70 ส่วนความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อผู้อื่นในระดับเล็กน้อยร้อยละ 98.30 และระดับปานกลางร้อยละ 1.70 พบว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดส่วนใหญ่มีอาการทางจิตในระดับน้อยร้อยละ 98.30 และพบว่าไม่มีพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงร้อยละ 96.70 ส่วนอาการทางจิตกำเริบ 5 สัญญาณเตือนพบว่า ไม่หลับไม่นอนร้อยละ 5.00 และหงุดหงิดฉุนเฉียวร้อยละ 3.30

ระยะที่ 4 ปรับปรุงการดำเนินงาน (Development; D2) ประชุมทีมสามเกลออำเภอลำทะเมนชัย ซึ่งประกอบด้วย นายอำเภอลำทะเมนชัย 1 คน ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรลำทะเมนชัย 1 คน ปลัดอำเภอลำทะเมนชัย 1 คน ฝ่ายความมั่นคง 1 คน สาธารณสุขอำเภอลำทะเมนชัย 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำทะเมนชัย 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 คน นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล 5 คน กำนัน 4 คน ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาล 1 คน และผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 คน โดยมีการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานและการรายงานผลปฏิบัติการดูแลโดยรายงานผ่าน LINE Help Center โดยแบ่งออกเป็น 3 สี

ได้แก่ เชี่ยว เหลือง แดง เพื่อช่วยในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดโดยใช้เครื่องมือ 5 Red Flags ประเมินทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ และจัดทำผังไหลระบบบริการโครงการสามเกลอลำโพงอำเภอลำทะเมนชัยเพื่อรองรับกระบวนการบริการ 3 ระดับดังนี้ Pre-Hospital, In-Hospital และ Post-Hospital เพื่อให้การประสานงานมีการเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบแต่ละฝ่ายให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 5 ขยายรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (Research; R2) เพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชนด้วยสามเกลอลำโพงอำเภอลำทะเมนชัยทั้ง 59 หมู่บ้าน และวัดผลผลลัพธ์ที่ระยะ 6 เดือนหลังเข้าร่วมโครงการฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลลำทะเมนชัย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 216 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท โรคจิต หรือโรคจิตเวชที่มาจากการใช้ยาเสพติดทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการดูแลผ่านโครงการสามเกลอลำโพงอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ตามสูตรการหาขนาดตัวอย่างของงานวิจัย 1 กลุ่มกับเกณฑ์หรือค่ามาตรฐาน โดยใช้ One Sample t-Test ซึ่งกำหนดค่า Tail(s) เท่ากับ One ค่า Effect Size d เท่ากับ 0.5 ค่า α Error Probability เท่ากับ 0.05 และค่า Power ($1-\beta$ Error Probability) เท่ากับ 0.95 คำนวณแล้วได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน บวกค่า Drop Out และเทียบเคียงกับงานวิจัยที่ศึกษาลักษณะคล้ายกัน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ใช้วิธีการจับฉลากเลือกการสุ่มแบบไม่แทนที่ (Selection without Replacement) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่มาจากใช้ยาเสพติด (ICD-10: F10, F15, F20, F29) 2) เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) ได้รับการดูแลผ่านโครงการสามเกลอลำโพงอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ในวันตอบแบบสอบถาม 2) ผู้ป่วยไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

แบบสอบถามทั่วไป โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย และสารเสพติดที่ใช้ แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) ของกรมสุขภาพจิต มีจำนวน 9 ข้อ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ของกรมสุขภาพจิต มีจำนวน 18 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ของกรมสุขภาพจิต มีจำนวน 3 ข้อ และแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ 5 สัญญาณเตือนของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (5 Red Flags) ของกรมสุขภาพจิต มีจำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.72 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 และแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ 5 สัญญาณเตือนของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (5 Red Flags) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลด้วยตนเองโดยการประเมินระดับความรุนแรงของความเสียหายต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) ด้วยการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลร่วมกับการสังเกตอาการของผู้ป่วย การประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ด้วยการสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรงร่วมกับการสังเกตผู้ป่วย การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ด้วยการสอบถามญาติผู้ดูแลในเรื่องพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกในช่วงเวลาที่ผ่านมา และการประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ 5 สัญญาณเตือนของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (5 Red Flags) ด้วยการสอบถามข้อมูลจากญาติกับการสังเกตอาการของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 6 ประเมินผลการดำเนินงาน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนตามวัตถุประสงค์วิจัยโดยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) 2) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลที่ได้จากการวิจัยโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าชุดข้อมูลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร มีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติ (Non-Normal Distribution) ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติแบบ Parametric Statistic จึงพิจารณาใช้สถิติแบบ Non-Parametric Statistic ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยใช้สถิติ Friedman Test และใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เอกสารรับรองเลขที่ NRPH 069 วันที่รับรอง 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ผลวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2564–2566 จำนวน 176 คน 197 คน และ 216 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดร้อยละ 10 ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ปฏิเสธการรักษา ใช้สารเสพติด และขาดผู้ดูแล สิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน คือ ต้องมีผู้ดูแลหลักในชุมชน หากไม่มีผู้ดูแลหลักส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ทำให้อาการกำเริบและก่อความรุนแรงในชุมชน ในปี พ.ศ. 2564–2566 จำนวน 4 คน 5 คน และ 5 คน ตามลำดับ ก่อให้เกิดตราบาปต่อผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชนรู้สึกกลัว ไม่ปลอดภัย รังเกียจ ปฏิเสธผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชน

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา คือ สามเกลอลำทะเมนชัย ซึ่งประกอบด้วยเกลอที่ 1 คือ ญาติของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เกลอที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกลอที่ 3 คือ ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการช่วยกำกับดูแลพฤติกรรมและการรับประสานอย่างต่อเนื่อง และต้องสังเกตอาการเตือนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงด้วย 5 อาการเตือน (5 Red Flags) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีทีมสำหรับให้ปรึกษาและร่วมประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดซ้ำเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

3. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.33 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 63.33 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 41–50 ปี ร้อยละ 41.66 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.00 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 75.00 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตเวชอยู่ในช่วง 11–20 ปี ร้อยละ 65 มีบิดามารดาเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 41.66 มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง ร้อยละ 65.00 ส่วนมากมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 65.00

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรม และระยะติดตามผล 6 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง ด้านอาการทางจิต และด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงลดลง หลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และยังคงมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับหลังเข้าร่วมกิจกรรมในระยะติดตามผล 6 เดือน โดยคะแนนเฉลี่ยด้านความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงลดลงจาก 6.18 (SD 1.186) เป็น 4.23 (SD 0.621) และ 4.32 (SD 0.725) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยด้านอาการทางจิตลดลงจาก 38.27 (SD 3.931) เป็น 19.62 (SD 3.320) และ 20.25 (SD 3.917) ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงลดลงจาก 3.28 (SD 0.691) เป็น 0.07 (SD 0.516) และ 0.08 (SD 0.462) ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ผลการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดด้วยการทดสอบ Friedman Test พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้ง 3 ด้าน ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการวิเคราะห์ของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น (PVSS) อาการทางจิต (BPRS) และพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และระยะติดตามผล 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Friedman Test (n = 60)

ตัวแปร	ช่วงเวลา	M	SD	Mean Rank	ผลการติดตาม		
					χ^2	df	p
ความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง (PVSS)	ก่อน	6.18	1.186	2.93	104.056	2	< 0.001
	หลัง	4.23	0.621	1.50			
	ติดตาม 6 เดือน	4.32	0.725	1.58			
อาการทางจิต (BPRS)	ก่อน	38.27	3.931	3.00	111.055	2	< 0.001
	หลัง	19.62	3.320	1.34			
	ติดตาม 6 เดือน	20.25	3.917	1.66			
พฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง (OAS)	ก่อน	3.28	0.691	3.00	118.681	2	< 0.001
	หลัง	0.07	0.516	1.50			
	ติดตาม 6 เดือน	0.08	0.462	1.50			

PVSS = Prasri Violence Severity Scale, BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale, OAS = Overt Aggression Scale

เมื่อพิจารณาผลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยลดลงจาก 6.18 (SD 1.186) เป็น 4.23 (SD 0.621)

ด้านอาการทางจิต พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอาการทางจิตผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยลดลงจาก 38.27 (SD 3.931) เป็น 19.62 (SD 3.320)

ด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยลดลงจาก 3.28 (SD 0.691) เป็น 0.07 (SD 0.515)

และเมื่อพิจารณาผลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและในระยะติดตามผล 6 เดือน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความเสี่ยงต่อการเกิดความรู้รุนแรงผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและในระยะติดตามผล 6 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยค่าเฉลี่ยลดลงจาก 6.18 (SD 1.186) เป็น 4.32 (SD 0.725)

ด้านอาการทางจิต พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอาการทางจิตผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและในระยะติดตามผล 6 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยค่าเฉลี่ยลดลงจาก 38.27 (SD 3.931) เป็น 20.25 (SD 3.917)

ด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและในระยะติดตามผล 6 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยค่าเฉลี่ยลดลงจาก 3.28 (SD 0.691) เป็น 0.08 (SD 0.462) ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและระยะติดตามผล 6 เดือน โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test (n = 60)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		ติดตาม 6 เดือน		Z	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
ความเสี่ยงต่อการเกิดความรู้รุนแรง (PVSS)	6.18	1.186	4.23	0.621	4.32	0.725	-6.573	< 0.001
อาการทางจิต (BPRS)	38.27	3.931	19.62	3.320	20.25	3.917	-7.385	< 0.001
พฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง (OAS)	3.28	0.691	0.07	0.516	0.08	0.462	-7.270	< 0.001

หมายเหตุ: ค่า Z และค่า p เป็นผลจากการเปรียบเทียบระหว่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกับระยะติดตามผล 6 เดือน

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรู้รุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในปี พ.ศ. 2564–2566 จำนวน 176 คน 197 คน และ 216 คน ตามลำดับ มีแนวโน้มโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 10 และมีพฤติกรรมใช้สารเสพติด ร้อยละ 65.00 สารเสพติดที่ใช้ คือ บุหรี่ ร้อยละ 65.00 และสุรา ร้อยละ 18.30 อีกประการหนึ่งที่สำคัญคือ ขาดผู้ดูแลหรือไม่มีผู้ดูแลหลักในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีอาการกำเริบแล้วก่อความรู้รุนแรงในชุมชนในปี พ.ศ. 2564–2566 จำนวน 4 คน 5 คน และ 5 คน ตามลำดับ โดยเฉลี่ยปีละ 4 คน ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการก่อความรู้รุนแรงที่มาจากปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 18 การก่อความรู้รุนแรงที่มาจากยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 22 และการก่อความรู้รุนแรงที่มาจากการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 38 และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรู้รุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2563–2565 จำนวน 1,463 คน 2,783 คน และ 3,527 คน ตามลำดับ ซึ่งพฤติกรรมการก่อความรู้รุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดนั้น ส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ประกอบกับการมีพฤติกรรมใช้สารเสพติด จึงส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าวและก่อความรู้รุนแรงในครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรู้รุนแรงได้มากถึงร้อยละ 27.6 [1–3,15,16]

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ขับเคลื่อนผ่านโครงการสามเกลอ อำเภอลำทะเมนชัย (สามเกลอลำทะเมนชัย) ซึ่งประกอบด้วย เกลอที่ 1 คือ ญาติของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เกลอที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกลอที่ 3 คือ ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) และมีการจัดให้มีทีมบุคลากรสำหรับเป็นที่ปรึกษาในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยาคลินิก โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละคนให้ชัดเจนและมีการส่งต่อข้อมูลผ่านกลุ่ม LINE Help Center เพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างทันท่วงทีโดยใช้เครื่องมือในการประเมิน คือ แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ 5 สัญญาณเตือนของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (5 Red Flags) ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง โดยประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และรายงานทุกวันจันทร์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าสัญญาณเตือนของการทางจิตกำเริบ คือ ไม่หลับไม่นอน ร้อยละ 5.00 และหงุดหงิดฉุนเฉียว ร้อยละ 3.30 และมีพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงระดับฉุกเฉิน ร้อยละ 1.70 และระดับกึ่งเร่งด่วนร้อยละ 1.70 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกรมสุขภาพจิตที่พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีอาการกำเริบหรือกำเริบซ้ำบ่อยครั้งจากการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือกลับไปใช้ยาเสพติด ทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดง่าย เก็บตัวเงียบ ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร มีหิวแหว่งประสาทหลอนหรือหวาดระแวงกลัว ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา ก่อความรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน [2,4] นอกจากนี้รูปแบบการดูแลสามเกลอลำทะเมนชัย โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ญาติหรือบุคคลในครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชน มาเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลกำกับติดตามอาการของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอย่างใกล้ชิดนั้น สามารถลดอาการทางจิตให้เหลือในระดับน้อยได้ถึงร้อยละ 98.30 และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ถึงร้อยละ 96.70 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของไพโรจิตร พุทธรอด [17] ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยดำเนินการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอนของกรมสุขภาพจิต เริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาและสำรวจความต้องการของภาคีเครือข่ายในชุมชนแล้วให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล อสม. และผู้นำชุมชน ส่งเสริมความรู้และการดูแลผู้ป่วยพร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ผลลัพธ์ของการรับยาใกล้บ้านและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยภาคีเครือข่ายพบว่าสามารถลดอาการกำเริบและการส่งต่อของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ภาคีเครือข่ายมีความรู้และมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เกิดการสนับสนุนทางสังคม เกิดสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมได้ถึงร้อยละ 70.80 [9,11,18,19]

3. หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ร้อยละ 96.70 มีอาการทางจิตในระดับน้อย ร้อยละ 98.30 และมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นในระดับน้อย ร้อยละ 98.30 โดยใช้รูปแบบการดูแลสามเกลอลำทะเมนชัย ซึ่งให้ทีมสามเกลอ ทำการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดด้วย 5 สัญญาณเตือน (5 Red Flags) โดยประเมินผ่าน Google Form แล้วประมวลผลผ่านกลุ่ม LINE Help Center ทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาของหทัยกาญจน์ เสียงเพราะ [11] ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการดำเนินงานโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน สร้างเครือข่ายช่วยเหลือในระดับหมู่บ้านในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชทุกสัปดาห์ และสิ่งที่สำคัญ คือ การเฝ้าระวังพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยญาติหรือตัวแทน อสม. ผู้นำชุมชน และการมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจังโดยให้มีผู้รับผิดชอบ

หนึ่งต่อหนึ่ง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเฝ้าระวังป้องกันอาการกำเริบซ้ำ และให้การช่วยเหลือโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ซึ่งมีครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุขตามวิถีชีวิตของชุมชน [8]

ผลการศึกษาทั้งสามช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรม และระยะติดตามผล 6 เดือนแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยเฉพาะในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและอาการทางจิต ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในด้านการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรง การลดลงของคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยง จาก 6.18 เป็น 4.23 ที่ระยะหลังเข้าร่วมกิจกรรม และยังคงอยู่ที่ระดับ 4.32 ที่ระยะติดตามผล 6 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson et al. [20] ที่พบว่า การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชเฉียบพลันสามารถช่วยระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงและช่วยให้มีการดูแลอย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์รุนแรง และการศึกษาของ Sarver et al. [21] ที่ใช้ Broset Violence Checklist ในผู้ป่วยจิตเวชเฉียบพลัน แสดงผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกัน จะเห็นได้ว่า การประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบนั้น ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ส่วนในด้านอาการทางจิตนั้น การลดลงของคะแนนอาการทางจิต จาก 38.27 เป็น 19.62 ที่ระยะหลังเข้าร่วมกิจกรรม (ลดลงร้อยละ 48.73) และยังคงอยู่ในระยะติดตามผล 6 เดือน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่โดดเด่น แสดงให้เห็นว่าการประเมินอาการทางจิตมีประโยชน์และความตรงในการใช้เป็นเครื่องมือประเมินและวินิจฉัย และยังสามารถนำมาใช้ในงานคลินิกประจำวันได้ อีกทั้งยังพบว่าแบบประเมินอาการทางจิตมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงและเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการวัดความรุนแรงของอาการและการเปลี่ยนแปลงสถานะอาการในผู้ป่วยนอก [22] ส่วนด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง คะแนนพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงลดลงจาก 3.28 เป็น 0.07 ที่ระยะหลังเข้าร่วมกิจกรรม (ลดลงร้อยละ 97.87) เป็นผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Hiebert et al. [23] ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลจิตเวชที่ประสบกับความรุนแรงจากผู้ป่วยในผู้ป่วยจิตเวชเฉียบพลันและเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันและจัดการปัญหานี้ โดยเน้นถึงผลกระทบของความรุนแรงในสถานที่ทำงานและความจำเป็นเร่งด่วนในการจัดการกับปัญหาเพื่อสร้างความปลอดภัยในหน่วยบริการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

จากผลการศึกษา พบว่าผลลัพธ์ยังคงอยู่ในระยะติดตามผล 6 เดือน แม้จะมีการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ยังคงน้อยกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับแนวทางของ American Psychiatric Nurses Association [24] ที่เน้นความสำคัญของการป้องกันความรุนแรงผ่านความสัมพันธ์ที่ได้รับความไว้วางใจและน่าเชื่อถือระหว่างพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ถือว่ามีความสำคัญยิ่งเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีภาวะร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ Hove et al. [25] ที่ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้การพยาบาลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตและโรคจากการใช้สารเสพติดร่วมกัน ประกอบด้วยลักษณะเฉพาะของพยาบาล การศึกษาและการพัฒนาวิชาชีพ และปัจจัยขององค์กร อีกทั้งยังมีการศึกษาของ Jenkins et al. [26] ที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติของพยาบาลต่อผู้ป่วยที่มีภาวะร่วมและ ผลการศึกษานี้ยังมีความสำคัญทางคลินิกอย่างมาก สามารถนำไปปรับใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในหน่วยบริการสุขภาพจิตอื่น ๆ โดยเฉพาะการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบและการพัฒนาทักษะของบุคลากรในครอบครัว ชุมชน สังเกตอาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนและอาการทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้ทุกคน ผู้รับผิดชอบงานด้านจิตเวชและยาเสพติด ได้แก่ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก และนักวิชาการสาธารณสุข ควรออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนให้มีผู้ดูแลหลัก แบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจนโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและอาการทางจิต

2. ผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนต้องสังเกตสัญญาณของอาการเตือน ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน หงุดหงิดฉุนเฉียว ในทุกสัปดาห์เพื่อลดความเสี่ยงที่จะก่อความรุนแรงและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
3. นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนของอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา เพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยบูรณาการเข้ากับงานประจำและติดตามอย่างต่อเนื่อง
4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด และภาคีเครือข่ายในด้าน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชน
5. ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา พร้อมนำเสนอแนะจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้เห็นข้อแตกต่างทั้ง 2 รูปแบบ
2. ควรติดตามผลการศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในระยะ 1 ปี

การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้แต่งรับรองว่า ไม่มีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) หรือ Generative AI ในการจัดทำบทความนี้

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้แต่งรับรองว่า ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย การเขียน หรือการตีพิมพ์บทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง Standard Operating Procedures: SOPs Severe Mental Illness High Risk to Violence (V-Care). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2566.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท พรอสเพอร์สพลัส จำกัด; 2563.
3. Fazel S, Langstrom N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. JAMA. 2009;301(19):2016–23. doi: 10.1001/jama.2009.675
4. สุพัตรรา จันทรสุวรรณ, วรางคณา จำปาเงิน, สุนทรี ชะชาตย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์. ปัญหาและสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. 2566;6(2):67–77. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/266510>
5. บรมัตถ์ วิสูงเร, ดรุณี รุจกรกานต์. ปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาวะในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2566;37(1):1–16. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/260909>
6. สำนักงานจังหวัดนครราชสีมา. ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการทางจิตและมีพฤติกรรมก่อความรุนแรง [อินเทอร์เน็ต]. นครราชสีมา: สำนักงานจังหวัดนครราชสีมา; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://data.go.th/dataset/dataset_5_19_

7. โรงพยาบาลลำตะเมนชัย. รายงานกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด. ลำตะเมนชัย: โรงพยาบาลลำตะเมนชัย; 2566. [เอกสารที่ยังไม่เผยแพร่].
8. สุจิตรา ลักษณะ. ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี: กรณีศึกษาตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2563;5(3):129–37. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/853>
9. พิณรัฐ ศรีรักษา. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(1):437–47. เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/262848>
10. สุกัญญา ละอองศรี, บัณฑิต ศรีชัยกุล, นพดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2560;23(2):68–79. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/105943/83990>
11. หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการแพทย์ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564;36(2):413–26. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/252861>
12. กรองจิต วลัยศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการใช้มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):909–17. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1864>
13. กรรณิกา ช่อรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4):503–13. เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/269261>
14. House JS. Work stress and social support. Menlo Park: Addison-Wesley; 1981.
15. อรุณกมล ทราบรัมย์. ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
16. กฤตภาส ไทวงษ์. การพัฒนาแนวทางการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
17. ไพโรจน์ พุทธอด. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2561;27(3):478–86. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/3835>
18. ผกามาศ สุทธิวนิช, สันติภาพ คงาวัง. การพัฒนาสมรรถนะที่บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565;2(2):46–58. เข้าถึงได้จาก: <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/23>
19. บำรุง วงษ์นิม, แสงเดือน ดีผิว, สุรพล สุพวง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ตัวแบบลพบุรี: กรณีศึกษาอำเภอโคกสำโรง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(1):223–33. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/265916>

20. Anderson KK, Jenson CE. Violence risk-assessment screening tools for acute care mental health settings: Literature review. *Arch Psychiatr Nurs*. 2019;33(1):112–9. doi: 10.1016/j.apnu.2018.08.012
21. Sarver WL, Radziewicz R, Coyne G, Colon K, Mantz L. Implementation of the Broset Violence Checklist on an Acute Psychiatric Unit. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2019;25(6):476–86. doi: 10.1177/1078390318820668
22. Hofmann AB, Schmid HM, Jabat M, Brackmann N, Noboa V, Bobes J, et al. Utility and validity of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) as a transdiagnostic scale. *Psychiatry Res*. 2022;314:114659. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114659
23. Hiebert BJ, Care WD, Udod SA, Waddell CM. Psychiatric Nurses' Lived Experiences of Workplace Violence in Acute Care Psychiatric Units in Western Canada. *Issues Ment Health Nurs*. 2022;43(2):146–53. doi: 10.1080/01612840.2021.1956656
24. American Psychiatric Nurses Association. Position: Violence prevention [Internet]. APNA; 2022 [cited 2024 Jul 26]. Available from: <https://www.apna.org/news/violence-prevention/>
25. Hove E, Hazelton MJ, Santangelo P, Wilson RL. Integrated nursing care for people with combined mental health and substance use disorders. *Int J Ment Health Nurs*. 2023;32(2):378–401. doi: 10.1111/inm.13094
26. Jenkins E, Currie LM, Hirani S, Garrod E, Goodyear T, McGuinness L, et al. Enhancing nurses' capacity to provide concurrent mental health and substance use disorder care: A quasi-experimental intervention study. *Nurse Educ Today*. 2022;117:105483. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105483