

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น

Development of a Care Model for Psychiatric and Drug Addict Patients with Violent Behaviors Through the Participation of Network Partners at Waeng Noi Hospital, Khon Kaen Province

สุกัญญา วิลาวรรณ^{1,*}

Sukanya Wilawan^{1,*}

¹โรงพยาบาลเวียงน้อย อำเภอยางน้อย จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย

¹Waeng Noi Hospital, Khon Kaen Province, THAILAND.

*Corresponding author E-mail: Hoysukanya2518@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.55674/ajhe.v1i1.5222>

วันที่รับบทความ 13 ม.ค 2569

Received: Jan. 13, 2026

วันที่แก้ไขบทความ 17 มี.ค 2569

Revised: Mar. 17, 2026

วันที่ตอบรับบทความ 17 มี.ค 2569

Accepted: Mar. 17, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย พร้อมประเมินผลการใช้รูปแบบในพื้นที่โรงพยาบาลเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2569 โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ดำเนินการจำนวน 2 วงจร กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 57 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง อยู่ในระบบการดูแลของโรงพยาบาล และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง และแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน ซึ่งครอบคลุมด้านการรับประทานยา การมาตามนัด การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และการปรับตัวในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วย paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ได้พัฒนารูปแบบการดูแล WNM-C Model (Waeng Noi Mental Health and Substance Abuse Comprehensive Care Model) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพทีมดูแลและเครือข่ายในชุมชน กลไกการดูแลและจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ระบบติดตาม ประเมินผล และการพัฒนาความยั่งยืนของการดูแล รูปแบบดังกล่าวนำไปทดลองใช้ในพื้นที่เป็น

ระยะเวลา 6 เดือน ผลการประเมินพบว่า คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยตามแบบประเมิน BPRS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากระดับปานกลาง (Mean = 3.90, SD = 1.33) เป็นระดับเล็กน้อย (Mean = 2.63, SD = 1.37) ($p < .05$) และระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงตามแบบประเมิน PVSS ลดลง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงลดลง สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปลอดภัยมากขึ้น สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน สามารถช่วยลดอาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช, พฤติกรรมรุนแรง, รูปแบบการดูแล

Abstract

This research aimed to develop a patient care model with the participation of network partners; and 3) evaluate the implementation of the model. This action research was conducted between August 2025 and January 2026. The sample consisted of 57 violent psychiatric and drug addict patients and 40 community network partners. The sample was purposively selected. Data were collected using questionnaires, the Psychological Symptom Rating Scale (BPRS), the Violence Risk Assessment Scale (PVSS), and a community-based chronic psychiatric patient follow-up form covering 10 dimensions. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. Qualitative analysis was conducted using focus group discussions, observations, and debriefing sessions, using content analysis.

The results showed that the developed WNM-C Model (Waeng Noi Mental Health and Substance Abuse Comprehensive Care Model) consisted of three key components: (1) capacity building for the care team and community networks, (2) a community-based mechanism for managing patients with violent behaviors, and (3) monitoring, evaluation, and sustainability of the care system. The model was implemented for six months. After implementation, the mean BPRS score significantly decreased from a moderate level (Mean = 3.90, SD = 1.33) to a mild level (Mean = 2.63, SD = 1.37) ($p < .05$). The PVSS scores also decreased, indicating reduced violent behaviors. Patients were able to live more safely with their families and within the community. In conclusion, the model of care for psychiatric and drug-addicted patients with violent behavior through the participation of network partners is appropriate for the community context, helping to reduce violence and increase community safety sustainably. This approach should be expanded to other areas to strengthen the effective psychiatric care system at the provincial level.

Keywords: Psychiatric patients, violent behavior, network partner participation

1. บทนำ

ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง หรือผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข โดยผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวชรุนแรง เช่น โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว หรือโรคจิตจากสารเสพติด ร่วมกับมีความเสี่ยงหรือมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง เช่น การทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น การทำลายทรัพย์สิน หรือการก่อเหตุที่เป็นอันตรายต่อสังคม⁽¹⁾ ที่ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวาง ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีประวัติการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น มีอาการหลงผิดเฉพาะเจาะจง หรือเคยก่อคดีอาญารุนแรง ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จะเพิ่มความเสี่ยงต่อความปลอดภัยในชุมชน และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยผ่านมา พบแนวโน้มผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าสู่ระบบบริการมากกว่า 2.6 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 4 ของประชากรทั้งหมด และในจำนวนนี้พบผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง (SMI-V) ประมาณร้อยละ 5-8 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด^(1,2) ขณะเดียวกัน ปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมกับความเจ็บป่วยทางจิตยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง โดยการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดมีโอกาสเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรงสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปถึง 2-4 เท่า^(4,11) ในระดับพื้นที่ จังหวัดขอนแก่นพบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการติดตามดูแลในระบบบริการสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยรายงานสาธารณสุขจังหวัดระบุว่าในช่วงปี พ.ศ. 2564-2567 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นจากประมาณ 14,000 คน เป็นมากกว่า 18,000 คน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.6 และในกลุ่มนี้มีผู้ป่วยที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้หน่วยบริการสุขภาพและชุมชนต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเสี่ยงต่อความปลอดภัยมากขึ้น⁽²⁾ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงในประเทศไทยปัจจุบันใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในชุมชน หรือ V-Care ซึ่งเป็นระบบการดูแลแบบบูรณาการระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน โดยเน้นการคัดกรองความเสี่ยง การติดตามต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน และการประสานเครือข่ายในพื้นที่^(1,2) แต่ยังคงพบช่องว่างสำคัญในการดูแล ได้แก่ การเข้าถึงบริการที่ล่าช้า การขาดความต่อเนื่องในการรักษา การหยุดยา หรือการใช้สุราและสารเสพติด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของอาการและพฤติกรรมรุนแรง^(2,6)

ในบริบทของโรงพยาบาลเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะการไม่มีจิตแพทย์ประจำ พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงในพื้นที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีรายงานเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยก่อพฤติกรรมก้าวร้าวหรือทำร้ายผู้อื่นในชุมชน สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถพึ่งพาพยาบาลเพียงลำพัง แต่จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างเป็นระบบ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนส่วนใหญ่มุ่งเน้นการติดตามการรักษา การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่

ครอบครัว หรือการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข^(3,5) แต่ยังมียานวิจัยจำนวนน้อยที่มุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชนอย่างเป็นระบบในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งถือเป็นช่องว่างสำคัญขององค์ความรู้ในด้านนี้

การวิจัยครั้งนี้จึงนำแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Continuity of Care) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยบูรณาการการทำงาน of บุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว ผู้นำชุมชน ตำรวจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครในชุมชน^(7,8) ช่วยให้เกิดระบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และมีความยั่งยืน ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จึงเป็นกลไกสำคัญในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างยั่งยืน

2. วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น
- 3) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

3. วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้กรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis และ Robin McTaggart⁽⁹⁾ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการเป็นวงรอบการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ศึกษา ดำเนินการในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569

ประชากรในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 57 คน เป็นผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองแล้ว ผู้ป่วยทั้งหมดได้ขึ้นทะเบียนและได้รับการดูแลจากระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือก

มีประวัติพฤติกรรมรุนแรงหรือมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการประเมินความเสี่ยงโดยใช้แบบประเมิน PVSS อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยทางกายรุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารหรือประเมินอาการได้ นอกจากนี้ กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยยังประกอบด้วย ภาควิชาครีเอทีฟในชุมชน จำนวน 40 คน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข 10 คน ผู้นำชุมชน 6 คน เจ้าหน้าที่ตำรวจ 3 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 12 คน และครอบครัวผู้ป่วย 5 คน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการร่วมวางแผน ดำเนินการ ติดตาม และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Psychiatric Violence Severity Scale: PVSS) และแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 10 ด้าน ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นมาตรฐานในระบบบริการสุขภาพจิต

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และแบบบันทึกการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม เพื่อสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ภาควิชาครีเอทีฟ และสภาพแวดล้อมทางสังคมในชุมชน

การดำเนินการวิจัยเริ่มดำเนินการในช่วง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 จากการศึกษาสถานการณ์และปัญหาในพื้นที่ การประชุมร่วมกับภาควิชาครีเอทีฟเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการดูแล จากนั้น ดำเนินการพัฒนาคู่มือและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง และนำไปทดลองใช้จริงในชุมชน ดำเนินการในช่วง เดือนกันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยร่วมกับภาควิชาครีเอทีฟพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน WNM-C Model (Waeng Noi Mental Health and Substance Abuse Comprehensive Care Model) พร้อมจัดทำคู่มือ แนวปฏิบัติ และระบบการประสานงานระหว่างเครือข่าย จากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในพื้นที่ศึกษาระยะเวลาการทดลองใช้รูปแบบ 3 เดือน การสังเกตการณ์ (Observation) ดำเนินการในช่วง เดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2568 ระหว่างการทดลองใช้รูปแบบ มีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน การเยี่ยมบ้าน การประเมิน BPRS และ PVSS แบบบันทึกการดำเนินงานของภาควิชาครีเอทีฟ เพื่อตรวจสอบว่าการดำเนินงานเป็นไปตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชนมากยิ่งขึ้น การสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการในช่วง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 – มกราคม พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยและภาควิชาครีเอทีฟร่วมกันประชุมสะท้อนผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การสังเกตการณ์ และการประชุมถอดบทเรียน วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ Khon Kaen Provincial Public Health Office เลขที่รับรอง COE051/2568 ลงวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนก่อนให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตลอดกระบวนการดำเนินการวิจัย

4. ผลการวิจัย

4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 57 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 40 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.42) มีอายุอยู่ในช่วง 21–40 ปี (ร้อยละ 63.15) อายุเฉลี่ย 36 ปี สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 38.60) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 35.09) และมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 68.42) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาล่วงแล้ว 2–3 ครั้ง (ร้อยละ 43.86) ภาคีเครือข่ายในชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.00) อายุเฉลี่ย 41 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 37.50) มีบทบาทหลากหลาย ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ และผู้ดูแลผู้ป่วย โดยกว่าครึ่งมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 52.50)

4.2 ผลการประเมินผู้ป่วยก่อนการพัฒนารูปแบบ

4.2.1 ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาอยู่ในระดับปานกลางเกือบทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการรับประทานยา (ร้อยละ 63.2) การมาตามนัด (ร้อยละ 54.4) และการรับรู้อาการผิดปกติ (ร้อยละ 54.4) ด้านที่พบปัญหาระดับมากที่สุดคือการจัดการกับอาการด้วยตนเอง (ร้อยละ 21.1) สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดด้านการดูแลตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4.2.2 ผลการประเมินอาการทางจิต (BPRS) พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.90, SD = 1.33) ส่วนใหญ่มีอาการทางจิตในระดับมาก (ร้อยละ 84.2) โดยอาการที่พบเด่น ได้แก่ การแยกตัวทางอารมณ์ ความหวาดระแวง อารมณ์ซึมเศร้า และการไม่ร่วมมือในการรักษา

4.2.3 ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) เมื่อเปรียบเทียบคะแนน PVSS ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลางคิดเป็นร้อยละ 93.0 ขณะที่เพียงร้อยละ 7.0 อยู่ในระดับเล็กน้อย และไม่มีผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง แต่หลัง

การใช้รูปแบบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ย้ายไปอยู่ในระดับความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59.6 ขณะที่ระดับปานกลาง ลดลงเหลือร้อยละ 40.4 และไม่มีผู้ป่วยในระดับเล็กน้อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนน PVSS ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (n = 57)

ระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง	คะแนนรวม	ก่อน		หลัง		เปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)
		จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	
เล็กน้อย	0-5	4	7.00	0	00.0	-7.0
ปานกลาง	6-13	53	93.0	23	40.4	-52.6
สูง	14-32	0	0.0	34	59.6	+59.6
รวม	0-32	57	100.0	57	100.0	-

ตารางที่ 2 ผลการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (n = 57)

ระดับความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง	คะแนนรวม	ก่อน		หลัง		เปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)
		จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	
ไม่มีความเสี่ยง	0	48	84.2	36	63.2	-21.0
เล็กน้อย	1	9	15.8	17	29.8	+14.0
ปานกลาง	2-3	0	0.0	4	7.0	+7.0
สูง	4	0	0.0	0	0.0	0.0
รวม	0-4	57	100.0	57	100.0	-

การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง จำนวน 48 คน (ร้อยละ 84.2) ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระดับเล็กน้อย 9 คน (ร้อยละ 15.8) และไม่มีผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางหรือสูง แต่หลังการใช้รูปแบบ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงลดลงเหลือ 36 คน (ร้อยละ 63.2) ในขณะที่ผู้ป่วยระดับเล็กน้อยเพิ่มขึ้นเป็น 17 คน (ร้อยละ 29.8) และมีผู้ป่วยในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น 4 คน (ร้อยละ 7.0) ดังตารางที่ 2

4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ด้วยการสนทนากลุ่ม และ SWOT Analysis พบว่าปัญหาหลัก ได้แก่ การขาดการรับประสานยาอย่างต่อเนื่อง การใช้สารเสพติดร่วม ข้อจำกัดของครอบครัว และการขาดระบบติดตามในชุมชน ขณะที่จุดแข็งของพื้นที่คือการมีภาคีเครือข่ายที่หลากหลายและมีประสบการณ์

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย WNM-C Model (Waeng Noi Mental Health and Substance Abuse Comprehensive Care Model) ซึ่งประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย กลไกการดูแลและจัดการความรุนแรงในชุมชน และการประเมินผลและสร้างความยั่งยืน พร้อมจัดทำคู่มือ แนวปฏิบัติ เครื่องมือประเมิน และระบบการสื่อสารระหว่างเครือข่าย

4.4 ผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

4.4.1 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หลังการใช้รูปแบบ พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกด้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ทั้งด้านการวางแผนและตัดสินใจ (Mean = 4.35) ด้านการดำเนินการ (Mean = 4.21) ด้านการรับผลประโยชน์ (Mean = 4.04) และด้านการประเมินผล (Mean = 4.15) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 40)

ด้านการมีส่วนร่วม	ก่อนใช้รูปแบบ Mean ± SD	ระดับ	หลังใช้รูปแบบ Mean ± SD	ระดับ
การวางแผนและตัดสินใจ	3.06 ± 0.69	ปานกลาง	4.35 ± 0.69	มากที่สุด
การดำเนินการ	3.23 ± 0.85	ปานกลาง	4.21 ± 0.81	มากที่สุด
การรับผลประโยชน์	3.27 ± 0.79	ปานกลาง	4.04 ± 0.82	มาก
การประเมินผล	3.22 ± 0.84	ปานกลาง	4.15 ± 0.84	มาก

4.4.2 ผลการประเมินอาการทางจิตหลังการใช้รูปแบบ จากผลการประเมิน BPRS ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่าโดยภาพรวม ระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยลดลงภายหลังการได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อาการทางจิตที่ลดลงอย่างชัดเจน ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกผิด ความคิดว่าตนเองเกินจริง ความหวาดระแวง อาการประสาทหลอน เนื้อหาความคิดผิดปกติ ความคิดสับสน ตลอดจนการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทั้งยังพบการลดลงของความตึงเครียด การกระวนกระวาย รวมถึงอาการเคลื่อนไหวผิดปกติและการเคลื่อนไหวซ้ำซาก โดยทุกอาการดังกล่าวมี

ค่าเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% ที่เป็นค่าลบ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (BPRS) ($n = 57$)

ข้อ	รายการประเมิน	ก่อน		หลัง		p-value	95% CI	
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		Lower	Upper
1	ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย	3.98	1.23	3.72	1.28	.092	-0.489	0.037
2	อาการวิตกกังวล	3.58	1.13	3.46	1.46	.554	-0.338	0.182
3	ความรู้สึกผิด	3.95	1.29	2.75	1.37	< .001	-0.922	-0.352
4	ความคิดว่าตนเองเก่งเกินจริง	3.93	1.33	2.60	1.49	< .001	-0.996	-0.415
5	อารมณ์ซึมเศร้า	4.02	1.36	2.28	1.25	< .001	-1.466	-0.798
6	ความรู้สึกไม่เป็นมิตร	3.68	1.27	2.61	1.42	< .001	-1.003	-0.420
7	ความหวาดระแวง	4.07	1.45	2.28	1.25	< .001	-1.464	-0.797
8	อาการประสาทหลอน	3.77	1.30	2.51	1.47	< .001	-0.986	-0.406
9	เนื้อหาความคิดผิดปกติ	3.70	1.24	2.42	1.32	< .001	-1.051	-0.461
10	ไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล	3.93	1.33	2.26	1.26	< .001	-1.349	-0.705
11	ความคิดสับสน	3.88	1.12	2.58	1.28	< .001	-1.095	-0.497
12	การแยกตัวทางอารมณ์	4.18	1.49	2.35	1.40	< .001	-1.381	-0.731
13	ความตึงเครียด	3.86	1.34	2.21	1.37	< .001	-1.412	-0.755
14	ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ	3.89	1.52	2.09	1.23	< .001	-1.304	-0.669
15	การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ	3.82	1.43	2.35	1.45	< .001	-1.110	-0.510
16	การไม่ร่วมมือ	4.02	1.41	2.54	1.30	< .001	-1.233	-0.611
17	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ	3.98	1.30	2.89	1.51	< .001	-0.893	-0.327
18	อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย	3.95	1.41	3.44	1.64	.009	-0.626	-0.090

5. สรุปผลและการอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภายใต้ WNM-C Model (Waeng Noi Mental Health and Substance Abuse Comprehensive Care Model) สามารถช่วยลดระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการดูแลในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะคะแนนอาการทางจิตตามแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ที่ลดลงหลังการใช้รูปแบบ สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลที่บูรณาการระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดการกำเริบของอาการ และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา⁽¹⁻²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสอดคล้องกับแนวคิดการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (Community-based mental health care) ที่เน้น continuity of care และ community participation ซึ่งระบุว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่ายในชุมชน สามารถลดการกลับเป็นซ้ำของโรคและลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย Thornicroft และคณะ⁽⁷⁾ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัว ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁾ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังเน้นว่าระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่มีการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและชุมชนสามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดช่องว่างของการรักษาได้⁽⁴⁾

ในด้านระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงตามแบบประเมิน Psychiatric Violence Severity Scale (PVSS) แม้ว่าผลการศึกษาค้นพบการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงในบางกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่คาดหวัง เช่น การเพิ่มขึ้นของระดับความเสี่ยงเล็กน้อยและปานกลางในบางรายการประเมิน แต่ผลดังกล่าวอาจสะท้อนถึงการ ตรวจพบความเสี่ยงที่แม่นยำมากขึ้น ภายหลังจากการพัฒนาแบบคัดกรองและติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบในชุมชน กล่าวคือ ก่อนการพัฒนาแบบ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยงอย่างละเอียด แต่หลังการใช้รูปแบบที่มีการติดตามเยี่ยมบ้าน การประเมินซ้ำ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ทำให้สามารถระบุความเสี่ยงที่ซ่อนอยู่ได้ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Fazel และคณะ ที่ระบุว่า การประเมินความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากหลายแหล่ง รวมถึงครอบครัวและชุมชน เพื่อเพิ่มความแม่นยำของการประเมิน⁽⁵⁾ นอกจากนี้ งานวิจัยของ Witt และคณะ ยังรายงานว่าการปัจจัยทางสังคมและบริบทของชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อการประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช⁽⁶⁾

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า WNM-C Model สามารถสร้างผลลัพธ์เชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนผ่านกลไกสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในชุมชน การจัดระบบการดูแลและจัดการความเสี่ยงด้านพฤติกรรมรุนแรง และระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้เกิดการดูแลแบบบูรณาการระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ครอบครัว และเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและลดช่องว่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในระดับชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังชุมชนและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย^(7,8) รวมทั้งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการบูรณาการบริการสุขภาพกับชุมชนเพื่อลดปัญหา care gap ในระบบบริการสุขภาพจิต⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม การตีความผลการศึกษาควรพิจารณาข้อจำกัดของการวิจัย เช่น การออกแบบการวิจัยที่ไม่มีกลุ่มควบคุม การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในพื้นที่เดียว และระยะเวลาการติดตามผลที่ค่อนข้างสั้น ซึ่งอาจส่งผลต่อการสรุปผลเชิงเหตุและผลและการนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทอื่น นอกจากนี้ การดำเนินการวิจัยในชุมชนอาจได้รับอิทธิพลจาก Hawthorne effect ซึ่งผู้เข้าร่วมอาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเนื่องจากทราบว่าจะถูกสังเกตในการศึกษา⁽¹⁰⁾

ด้านความยั่งยืนของการดำเนินงาน แม้ว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจะช่วยสร้างความเป็นเจ้าของร่วมของชุมชน แต่ความต่อเนื่องของรูปแบบการดูแลยังขึ้นอยู่กับสนับสนุนด้านนโยบาย

งบประมาณ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ ขณะเดียวกัน การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยต่อเครือข่ายในชุมชนอาจก่อให้เกิดทั้งผลเชิงบวกต่อการเฝ้าระวังและความท้าทายด้าน การตีตราทางสังคม (stigma) หากขาดการสื่อสารและการจัดการที่เหมาะสม⁽¹¹⁾ ดังนั้น การนำ WNM-C Model ไปใช้ในพื้นที่อื่นควรพิจารณาความพร้อมของเครือข่ายชุมชนและบริบทของพื้นที่ รวมทั้งควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในหลายพื้นที่หรือการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลในระยะยาว⁽⁹⁾

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกมิติ ได้แก่ การวางแผนและตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล เพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบ สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (participatory approach) ซึ่งระบุว่าการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามา มีบทบาทในทุกขั้นตอนของกระบวนการ จะช่วยเสริมสร้างความเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของการดำเนินงาน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Brown และคณะ⁽¹³⁾ และ Smith และคณะ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ ที่พบว่า การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน สามารถลดความถี่และความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว และเพิ่มความปลอดภัยในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและขาดจิตแพทย์ประจำ รูปแบบการดูแลที่เน้นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน ถือเป็นแนวทางที่เหมาะสม และสอดคล้องกับนโยบาย Service Plan ด้านสุขภาพจิตของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁻²⁾ ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสามารถช่วยลดภาระของสถานบริการ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแล และสร้างความปลอดภัยให้กับชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม การนำรูปแบบไปใช้ในระยะยาวควรได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทั้งด้านนโยบาย งบประมาณ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและภาคีเครือข่าย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในระดับชุมชน⁽⁷⁾

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น ขอขอบคุณภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวผู้ป่วย ที่อนุเคราะห์ในการเข้าร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูล จนการศึกษานี้ สำเร็จด้วยดี

7. เอกสารอ้างอิง

- (1) Department of Mental Health. Manual for care of psychiatric patients at high risk of violence (SMI-V) for healthcare personnel. Bangkok: Department of Mental Health; 2020.
- (2) Department of Mental Health. Mental health service system and continuity of care in the community. Bangkok: Department of Mental Health; 2022.

- (3) Laongsi S, Srichaikul B, Pimchan N. Development of a community-based care model for psychiatric patients in Phai Subdistrict, Rattanaiburi District, Surin Province. *J Public Health*. 2017; 26 (4): 67 – 79.
- (4) Nurak P. Psychiatric Violence Severity Scale (PVSS): development and psychometric validation in Thai psychiatric patients. Chiang Mai: Suan Prung Hospital; 2016.
- (5) Sroiphet J, Limsakul M. Social capital and care for patients with schizophrenia in the community. *J Ment Health Thai*. 2023; 31(2): 85 – 97.
- (6) World Health Organization. Mental disorders [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2025 Mar 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- (7) Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and future directions. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4 (10): 846 – 56.
- (8) Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care and family involvement. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4 (9): 684 – 96.
- (9) Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
- (10) Buchanan A, Allen A. Violence and psychiatric disorders: risk assessment and management. *Br J Psychiatry*. 2007; 190: 12 – 7.
- (11) Fazel S, Wolf A, Geddes JR, Dahl M. Psychiatric morbidity and violent behavior: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3 (3): 223 – 30.
- (12) Fazel S, Wolf A, Larsson H, et al. Identification of risk factors for violent behavior in patients with severe mental illness. *PLoS Med*. 2016; 13 (9): e1002036.
- (13) Brown S, Smith J, Taylor K. Community-based interventions for reducing violent behavior in psychiatric patients: a systematic review. *J Psychiatr Res*. 2019; 112: 45 -52.
- (14) Smith J, Clark P, Roberts L, et al. Family and multidisciplinary team involvement in reducing aggression and relapse in psychiatric patients. *Community Ment Health J*. 2019; 55 (7): 1234 – 45.
- (15) Brown J, Smith K, Jones M. Integrated community-based care for patients with serious mental illness. *J Ment Health*. 2019; 28 (3): 234 – 41.

- (16) Smith R, Williams H, Johnson P. Community networks and their role in psychiatric patient rehabilitation. *Int J Ment Health Syst.* 2020; 14: 78.
- (17) Smith L, Green R, Taylor P. Community network participation and violence reduction in psychiatric patients. *Community Ment Health J.* 2020; 56 (4): 612 – 20.