

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีปัญหาต่อความรุนแรง
อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

The Development of a Care Model for Psychiatric Patients with Substance Use and
Violence Risk, Kham Muang District, Kalasin Province

บุญญรัตน์ ฐานะรุ่งเรืองเลิศ

Bunyarat Thanarungrueangloed

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลคำม่วง

(Received: November 25, 2025; Accepted: December 25, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาสารเสพติดและพฤติกรรมรุนแรง ในบริบทอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ดำเนินการวิจัยตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งครอบคลุมกระบวนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาสารเสพติดและผู้ดูแล จำนวนรวม 26 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) แบบติดตามผลการดูแลในชุมชน และแบบประเมินภาระของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินการ

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) ระบบการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง 2) การบำบัดฟื้นฟูต่อเนื่องในชุมชน 3) การดำเนินงานโดยทีมสหวิชาชีพ 4) การบูรณาการภาคีเครือข่ายชุมชน และ 5) ระบบการติดตาม ฝ้าระวัง และการส่งต่อ ซึ่งองค์ประกอบทั้งหมดเชื่อมโยงกันเป็นระบบนิเวศการดูแลสุขภาพ ภายหลังจากนำรูปแบบไปใช้ พบว่าผู้ป่วยมีระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อาการทางจิต และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ในขณะที่ผลลัพธ์การดูแลในชุมชนมีพัฒนาการที่ดีขึ้น และภาระในการดูแลของผู้ดูแลลดลง ข้อค้นพบจากการวิจัยแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาสารเสพติดและเสี่ยงต่อความรุนแรงในการนำไปประยุกต์ใช้ระดับชุมชน ภายใต้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยอาศัยกลไกการบูรณาการระหว่างทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องและความยั่งยืนในการดูแลระยะยาว

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาสารเสพติด; การดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน; ความเสี่ยงต่อความรุนแรง



Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a care model for substance-induced psychiatric patients exhibiting violent behavior within the context of Kham Muang District, Kalasin Province. The study emphasized the importance of community-based participation and collaboration among network partners. The research process followed the action research framework of Kemmis and McTaggart, comprising situational analysis, model development, implementation, and reflection. The sample consisted of 26 participants, including psychiatric patients with substance use issues and their caregivers. Research instruments included the Psychiatric Violence Screening Scale (PVSS), the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), the 8-Question Suicide Risk Assessment (8Q), a community care follow-up form, and a caregiver burden assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and pre-post comparison.

The results indicated that the developed care model consisted of five key components: 1) risk screening and assessment; 2) continuous care and rehabilitation in the community; 3) multidisciplinary team engagement; 4) integration of network partners and the community; and 5) a monitoring, surveillance, and referral system. These components functioned as an interconnected care ecosystem. Post-implementation findings revealed a declining trend in the levels of violence risk, psychiatric symptoms, and suicide risk among patients. Concurrently, community care outcomes showed improvement, while the caregiver burden demonstrated a decreasing trend. These findings demonstrate the potential of this care model for application at the community level within the primary health care context. By leveraging the integration of multidisciplinary teams and community networks, the model promotes the continuity and sustainability of long-term care.

Keywords: Substance-induced psychiatric patients; Community-based care; Violence risk

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตที่สืบเนื่องจากการใช้สารเสพติดนับเป็นวาระเร่งด่วนทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อวงกว้างต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติการใช้สารเสพติดร่วมกับความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง (Serious Mental Illness with Violence Risk) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำซ้อน แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และขาดความต่อเนื่องในการรักษา ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น (Monahan et al., 2001; กรมสุขภาพจิต, 2566) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยนี้จัดเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนสูงและจำเป็นต้องได้รับการดูแลภายใต้ระบบที่ออกแบบมาโดยเฉพาะ ซึ่งแตกต่างจากการบริหารในสถานพยาบาลทั่วไป

สำหรับประเทศไทย ระบบบริการสุขภาพจิตได้มีการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์โดยมุ่งเน้นนโยบายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อลดความแออัดและการพึ่งพาการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผ่านกลไกการทำงานของทีมสุขภาพระดับอำเภอและภาคีเครือข่ายชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2565) อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงยังคงประสบปัญหาเชิงโครงสร้าง ทั้งการขาดระบบคัดกรองความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ความไม่ต่อเนื่องในการติดตามผลหลังการจำหน่าย และข้อจำกัดในการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน (ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร, 2566)

การบำบัดดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงนี้ไม่สามารถพึ่งพาเพียงเภสัชบำบัดหรือการรักษาทางการแพทย์เพียงลำพัง แต่จำเป็นต้องประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ซึ่งผลานการรักษาทางคลินิกเข้ากับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทางจิตสังคมและการดำรงชีวิตในชุมชน (Thornicroft & Tansella, 2004) สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศที่บ่งชี้ว่า ระบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนจากเครือข่ายในพื้นที่ เป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญในการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ลดระดับความรุนแรง และเสริมสร้างความปลอดภัยให้แก่ชุมชน (Cohen & Uphoff, 1980; ปรียาภัสสร เหล็กเพชร และคณะ, 2567)

ในบริบทของอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทที่มีโครงสร้างระบบบริการปฐมภูมิประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมีประวัติการขาดยาและก่อเหตุวุ่นวายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง สภาพปัญหานี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการสร้างความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และครอบครัว เพื่อวางระบบเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงที่ครอบคลุมและยั่งยืน

จากการวิเคราะห์ช่องว่างของการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าพื้นที่ดังกล่าวยังขาดรูปแบบการดูแล (Care Model) ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับบริบทเฉพาะของอำเภอคำม่วง การพัฒนาารูปแบบการดูแลที่สามารถเชื่อมโยงกระบวนการตั้งแต่การคัดกรอง การบำบัดรักษา การติดตามต่อเนื่อง จนถึงการฝึกกำลังของภาคีเครือข่าย จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสร้างพื้นที่ปลอดภัยในชุมชน



ด้วยเหตุนี้ การวิจัยเรื่อง "การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีปัญหาต่อความรุนแรง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์" จึงมุ่งเน้นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และพัฒนาแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปปฏิบัติจริงในระบบสุขภาพระดับอำเภอ และใช้เป็นต้นแบบในการขยายผลสู่พื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในระดับชุมชน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน และเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลดังกล่าวในด้านความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อาการทางจิต ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และภาระในการดูแลของผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงจรแนวคิด PAOR ของ Kemmis and McTaggart (วางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล) ดำเนินการศึกษาในพื้นที่อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ จำนวน 40 คน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม. และญาติผู้ดูแล

2. กลุ่มประเมินผลลัพธ์: จำนวน 26 ราย คือ ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

เกณฑ์คัดเข้า (1) วินิจฉัยโรคกลุ่มจิตเภท (F20–F29) (2) มีประวัติใช้สารเสพติดร่วมกับพฤติกรรมรุนแรง (3) คะแนนความเสี่ยง (PVSS) ระดับปานกลางถึงสูง และ (4) อาศัยในอำเภอคำม่วง

เกณฑ์การคัดออก (1) ผู้ป่วยที่ย้ายถิ่นฐานออกนอกพื้นที่ระหว่างการศึกษา (2) ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางกายรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ (3) ผู้ที่ถูกคุมขังในเรือนจำระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2) แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Potential Violence Severity Scale: PVSS) จำนวน 9 ข้อ ใช้ในการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วย โดยจำแนกระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

3) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) จำนวน 18 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18–126 คะแนน โดยการแปลผลคะแนนรวมไม่เกิน 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย และคะแนนรวมมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับมาก

4) แบบติดตามผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ครอบคลุมการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยใน 10 ด้าน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10–30 คะแนน โดยคะแนนรวมไม่เกิน 10 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติ และคะแนนรวมระหว่าง 11–30 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลติดตามหรือส่งต่อเพื่อรับการรักษาย่างใกล้ชิด

5) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) ของกรมสุขภาพจิต ใช้สำหรับประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย โดยจำแนกระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง

6) แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของ Best (1970) โดยแบ่งระดับภาวะในการดูแลออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อยที่สุด ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) และแนวทางการสะท้อนผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย เพื่อใช้รวบรวมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์และการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้มีความสมบูรณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 สำหรับการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ

มาตรฐาน ได้แก่ แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) และแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแล พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ระหว่าง 0.72–0.91 ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือในระดับที่ยอมรับได้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้วงจรแนวคิด PAOR ของ Kemmis and McTaggart แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Planning): เป็นการศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และความต้องการในพื้นที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย เพื่อนำข้อมูลมาสังเคราะห์และกำหนดแนวทางในการยกย่องรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอคำม่วง

2. ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Action): นำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยเน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพครอบครัว และชุมชน ครอบคลุมกระบวนการคัดกรองความเสี่ยง การบำบัดรักษา การติดตามเยี่ยมบ้าน และการเฝ้าระวังทางสังคม

3. ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation): ติดตามและประเมินผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการดูแล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกตและการสะท้อนผล เพื่อติดตามพัฒนาการของผู้ป่วยและประสิทธิภาพของระบบ

4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection): นำผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับ

ภาคีเครือข่าย เพื่อถอดบทเรียน ปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาารูปแบบการดูแลให้มีความสมบูรณ์และยั่งยืนยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2566 ภายหลังจากได้รับการพิทักษ์สิทธิและได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการประเมินผลกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแล 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) และระยะหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน 5 ชุด ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS), แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS), แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q), แบบติดตามผลลัพธ์การดูแลในชุมชน และแบบวัดภาระในการดูแล

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ: ดำเนินการถอดถอดกระบวนการวิจัยตามวงจร PAOR โดยเฉพาะในขั้นการวางแผนและขั้นสะท้อนผล ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบเพื่อรวบรวมข้อมูลบริบท ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงรูปแบบการดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยจำแนกตามลักษณะของข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล

วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสะท้อนผลการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอน วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ ปัจจัยความสำเร็จ และข้อจำกัดของการดำเนินงาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 143/2566 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวช (n=26) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.9 มีอายุเฉลี่ย 33.81 ปี (S.D.= 8.17 ส่วนใหญ่มีระดับอาการทางจิตปานกลางถึงบ่อย ร้อยละ 92.3 และมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับสูง (SMI-V ระดับ 3) ร้อยละ 96.2 สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล (n=26) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.5 มีอายุเฉลี่ย 62.88 ปี (SD = 7.92) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 100.0

2. ผลการพัฒนาารูปแบบการดูแล รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ระบบการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง (2) การดูแลรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่องในชุมชน (3) การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ (4) การบูรณาการภาคีเครือข่ายและชุมชน และ (5) ระบบการติดตาม เฝ้าระวัง และการส่งต่อ ซึ่งเชื่อมโยงเป็นระบบนิเวศการดูแล (Ecosystem of Care)



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีปัญหาต่อความรุนแรง (Kham Muang SMI-V Care Model)

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแล

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสัดส่วนระดับความรุนแรงของผลลัพธ์สำคัญก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล (n = 26)

ตัวแปรและระดับ	ก่อนการใช้รูปแบบ n (%)	หลังการใช้รูปแบบ n (%)
ระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS)		
ระดับเล็กน้อย	0 (0.0)	26 (100.0)
ระดับปานกลาง	0 (0.0)	0 (0.0)
ระดับสูง	26 (100.0)	0 (0.0)
ระดับอาการทางจิต (BPRS)		
อาการระดับน้อย (≤ 36 คะแนน)	0 (0.0)	26 (100.0)
อาการระดับมาก (> 36 คะแนน)	26 (100.0)	0 (0.0)
ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q)		
ไม่มีความเสี่ยง (0 คะแนน)	1 (3.8)	26 (100.0)
ความเสี่ยงระดับน้อย (1-8 คะแนน)	23 (88.5)	0 (0.0)
ความเสี่ยงระดับปานกลาง (9-16 คะแนน)	1 (3.8)	0 (0.0)
ความเสี่ยงระดับรุนแรง (≥ 17 คะแนน)	1 (3.8)	0 (0.0)

หมายเหตุ: คะแนนที่ลดลงสะท้อนถึงความรุนแรงของผลลัพธ์ที่ลดลง

จากตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบ สัดส่วนระดับความรุนแรงของผลลัพธ์สำคัญก่อนและ

หลังการใช้รูปแบบการดูแลในกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย ก่อน การใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยทั้งหมดมีระดับความเสี่ยง

ต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) และอาการทางจิต (BPRS) อยู่ในระดับสูง ขณะที่หลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีระดับความเสี่ยงและอาการทางจิตลดลงมาอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ ก่อนการใช้

รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับน้อยถึงรุนแรง อย่างไรก็ตาม หลังการใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรผลลัพธ์สำคัญก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล (n = 26)

ตัวแปรผลลัพธ์	ก่อนการใช้รูปแบบ (Mean ± SD)	หลังการใช้รูปแบบ (Mean ± SD)	t	p-value
ระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS)	16.58 ± 2.23	0.96 ± 0.60	37.59	< .001*
อาการทางจิต (BPRS)	95.54 ± 8.16	21.92 ± 4.76	39.18	< .001*
ภาระในการดูแลของผู้ดูแล	4.55 ± 0.26	2.10 ± 0.36	30.86	< .001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรผลลัพธ์สำคัญก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลในกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) อาการทางจิต (BPRS) และภาระในการดูแลของผู้ดูแล ลดลงภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ ทุกตัวแปร) สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ในทิศทางที่ดีขึ้นหลังการดำเนินงาน

อภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลตามบริบทและปัญหาของพื้นที่

ผลการศึกษาและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีปัญหาต่อความรุนแรงพบว่า รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอคำม่วงเป็นรูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบในระยะเริ่มต้นของการวิจัยที่สะท้อนให้เห็นว่าระบบการดูแลเดิมขาดความต่อเนื่อง และชุมชนยังมีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะในการจัดการความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช การ

นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มาใช้ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) เอื้อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาที่มีความซับซ้อน โดยเฉพาะการดึงศักยภาพของ “ทุนทางสังคม” ในพื้นที่ เช่น ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีบทบาทเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (partnership) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1980) ที่ระบุว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างความต่อเนื่องและความยั่งยืนของระบบบริการ รวมถึงสอดคล้องกับผลการศึกษาของ โกศล เจริญศรี (2566) ที่รายงานว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสามารถสนับสนุนการจัดการปัญหาผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงในบริบทชนบทได้อย่างเหมาะสม

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลต่อความรุนแรงและอาการทางจิต

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ในประเด็นสำคัญหลายด้าน โดยสามารถอภิปรายผลในด้านการลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้ดังนี้



2.1 ด้านการลดความเสี่ยงต่อการก่อ
ความรุนแรง

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ประเมินด้วยแบบประเมิน PVSS มีแนวโน้มลดลงภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลซึ่งสามารถอธิบายได้จากการมีระบบเฝ้าระวังทางสังคม (social surveillance) ที่เข้มแข็งมากขึ้น โดยชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสังเกต ติดตาม และส่งต่อสัญญาณความเสี่ยง ทำหน้าที่เสมือนกลไกเตือนภัยล่วงหน้า (early warning system) ส่งผลให้ทีมสหวิชาชีพสามารถเข้าดำเนินการดูแลและจัดการความเสี่ยงได้อย่างทัน่วงที่ก่อนเกิดเหตุความรุนแรง

กลไกดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงเชิงพลวัต (dynamic risk management) ของ Douglas and Skeem (2005) ซึ่งเสนอว่าความเสี่ยงต่อความรุนแรงเป็นภาวะที่เปลี่ยนแปลงได้และสามารถลดลงได้ผ่านการประเมินและการตอบสนองอย่างต่อเนื่องในบริบทจริง นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิภรณ์ พลโคตร (2567) ที่รายงานว่าการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อระหว่างหน่วยบริการและชุมชนมีส่วนช่วยลดอุบัติการณ์ความรุนแรงในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

2.2 ด้านการลดอาการทางจิตและ
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนอาการทางจิตที่ประเมินด้วยแบบประเมิน BPRS และระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงภายหลังการใช้รูปแบบการดูแล ซึ่งสามารถอธิบายได้จากความต่อเนื่องของการดูแล (continuity of care) ที่เชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนอย่างเป็นระบบ การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอช่วยลดปัญหาการขาด

ยา เสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา และลดโอกาสการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีเสถียรภาพทางอาการมากขึ้นและลดความเปราะบางด้านอารมณ์

ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร (2566) ที่ระบุว่า การดูแลต่อเนื่องในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการกำเริบของอาการและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (re-admission) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย

2.3 ด้านผลลัพธ์การดูแลในชุมชน
และภาระของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยรวมมีแนวโน้มดีขึ้น ขณะเดียวกันระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลมีแนวโน้มลดลง ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทของการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและชุมชนในการแบ่งเบาภาระการดูแล (shared responsibility) การมีระบบสนับสนุนที่ชัดเจนช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับครอบครัวผู้ดูแล ทั้งในด้านความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรียาภัสสร เหล็กเพชร และคณะ (2567) ที่รายงานว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการมีเครือข่ายช่วยเหลือในชุมชนสามารถลดความเครียดและภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเหมาะสม และมีส่วนส่งเสริมความยั่งยืนของการดูแลในระยะยาว

3. ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน

จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน พบว่าปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ (Key Success Factors) ของรูปแบบการดูแลนี้ ประกอบด้วย



3.1 การบูรณาการทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Integration): การทำงานร่วมกันอย่างไร้รอยต่อระหว่างฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง และตำรวจ ช่วยให้การจัดการภาวะวิกฤตมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

3.2 ความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน (Community Strength): การที่ชุมชนมีความตระหนักรู้และยอมรับบทบาทในการเฝ้าระวัง ช่วยสร้าง "ตาข่ายความปลอดภัย" (Safety Net) ที่ครอบคลุมในระดับพื้นที่

3.3 ระบบข้อมูลและการสื่อสารที่รวดเร็ว การมีช่องทางประสานงานด่วน (Hotline) และ การใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐาน (PVSS, BPRS) เป็นภาษากลางในการสื่อสาร ช่วยให้การตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นไปอย่างถูกต้องและแม่นยำ

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานที่พบในครั้งนี้จะสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีปัญหาต่อความรุนแรง จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการการทำงานของหลายภาคส่วน ความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน และระบบข้อมูลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพร่วมกัน ปัจจัยดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความต่อเนื่องของการดูแลและลดช่องว่างในการจัดการความเสี่ยงในบริบทชุมชน อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ทั้งในด้านบริบทพื้นที่ ทรัพยากร และความพร้อมของระบบบริการ ซึ่งนำไปสู่ความจำเป็นในการอภิปรายข้อจำกัดของการวิจัยและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ หน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิสามารถนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงไปประยุกต์ใช้ โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และเครือข่ายชุมชน และการใช้ระบบเฝ้าระวังทางสังคมควบคู่กับเครื่องมือประเมินมาตรฐาน เพื่อสนับสนุนการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชีวิตจริงของผู้ป่วย นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสังเกตสัญญาณความเสี่ยงและประสานการดูแลกับทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในเชิงนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในระดับชุมชน โดยส่งเสริมกลไกความร่วมมือระหว่างภาคสาธารณสุข ภาคการปกครอง และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้มีความชัดเจนและต่อเนื่อง ควบคู่กับการพัฒนาระบบข้อมูลและช่องทางการสื่อสารที่เอื้อต่อการประเมินและจัดการความเสี่ยงอย่างทันทั่วถึง การกำหนดนโยบายที่สนับสนุนการดูแลแบบต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของชุมชนจะช่วยเสริมสร้างความยั่งยืนของระบบการดูแล และลดภาระต่อระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). *รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตของประเทศไทย*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2565). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและสารเสพติด*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2567). *สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดในประเทศไทย*. กระทรวงสาธารณสุข.
- โกศล เจริญศรี. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ชนบท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 31(2), 45–58.
- ปรียากัสส์ เหล็กเพชร, สมชาย ใจดี, และอรัญ สุขเกษม. (2567). บทบาทของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 38(1), 23–36.
- พิภรณ์ พลโคตร. (2567). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 10(4), 184-194
- ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร. (2566). การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดในระบบสุขภาพปฐมภูมิ. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 19(3), 67–81.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213–235.
- Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(3), 347–383.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- McKetin, R., Lubman, D. I., Baker, A. L., Dawe, S., & Ali, R. L. (2014). Dose-related psychotic symptoms in chronic methamphetamine users: Evidence from a prospective longitudinal study. *JAMA Psychiatry*, 71(3), 319–324.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Grisso, T., & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. Oxford University Press.
- Nilsson, T., Hammarström, A., & Stattin, H. (2019). Substance use disorders and continuity of care: A longitudinal perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 1–8.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care. *British Journal of Psychiatry*, 185(4), 283–290.
- Wearne, T. A., Cornish, J. L., & McGregor, I. S. (2014). The impact of methamphetamine on mental health and violent behaviour. *Drug and Alcohol Review*, 33(3), 307–314.



World Health Organization. (2010). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. WHO Press.

World Health Organization. (2024). *Mental health and social connection in Thailand*. Retrieved March 10, 2025, from <https://www.who.int>