

บทความวิจัย

การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบบูรณาการภาคีเครือข่าย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

รัชณี วงษ์คำ^{1*}

(วันรับบทความ 25 พฤษภาคม 2568, วันแก้ไขบทความ 11 พฤษภาคม 2569, วันตอบรับบทความ 12 พฤษภาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบบูรณาการภาคีเครือข่ายเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง มีระยะเวลาดำเนินการ 4 ระยะ ดังนี้ ระยะ 1 การวางแผน (Planning) ระยะ 2 การปฏิบัติการ (Action) ระยะ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) และระยะ 4 การสะท้อนผล (Reflection) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในอำเภอเกษตรวิสัย จำนวน 85 ราย ระยะเวลาการศึกษา พฤศจิกายน 2567-กันยายน 2568 ใช้สถิติเพื่อประเมินผลลัพธ์แบบวัดซ้ำ ด้วยสมการประมาณค่าทั่วไปนัยแบบพหุ (Generalized estimating equations: GEE)

ผลการวิจัย พบว่าการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงทำให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Kaset Wisai-Care-Team) โดยเริ่มจากการคัดกรองประชาชนที่เข้าสู่ระบบจนถึงการส่งต่อเข้าสู่ขั้นตอนการดูแลและจำหน่าย ซึ่งมีทีมสหวิชาชีพรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ญาติ ตำรวจ ฝ่ายปกครอง และทีมหมอครอบครัว หลังการใช้กระบวนการโดยบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายสามารถลดคะแนนความรุนแรงลงได้จากผลการติดตามผู้ป่วยในรอบ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน สรุปรูปภาพรวมค่าเฉลี่ยความรุนแรงเมื่อสิ้นสุดกระบวนการเมื่อควบคุมตัวแปรเพศ อายุ ผู้ดูแล และประเภทของยาเสพติด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความรุนแรงลดลง -5.10 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI=-1.21 to -7.92; p-value=0.021)

สรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่พัฒนาขึ้นโดยบูรณาการแนวความคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based approach) มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องและลดพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงสูง; การก่อความรุนแรง; กระบวนการดูแลแบบมีส่วนร่วม

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: r.wongkam@hotmail.com

Research Article

Development of an integrated collaborative process for involving patients with mental health issues at high risk of violence in care, Kaset Wisai District, Roi Et Province

Ratchanee Wongkam^{1*}

(Received: May 25, 2025; Revised: May 11, 2026; Accepted: May 12, 2026)

Abstract

This study is a participatory action research (PAR) aimed at developing and evaluating the outcomes of a participatory process in caring for high-risk psychiatric patients prone to violence through an integrated network approach, comparing before and after the intervention. The study was conducted in four phases: Phase 1: Planning, Phase 2: Action, Phase 3: Observation, and Phase 4: Reflection. The sample consisted of 85 high-risk psychiatric patients (SMI-V) in Kaset Wisai District. The study period was from November 2024 to September 2025. Results were analyzed using repeated measures statistics with Generalized Estimating Equations (GEE).

The findings showed that developing a participatory process in caring for high-risk psychiatric and substance abuse patients led to the creation of the Kaset Wisai Care Team model. This model begins with screening the population entering the system, followed by referral and care, involving a multidisciplinary team comprising medical personnel and family, relatives, police, local administration, and a family doctor team. After implementing this integrated process with network partners, the violence scores decreased over 1, 3, and 6 months of follow-up. Overall, the average violence score at the end of the process, controlling for gender, age, caregiver, and drug type, decreased by 5.10 points, which was statistically significant (95%CI= -1.21 to -7.92; p -value=0.021).

In conclusion, the developed model for caring for high-risk psychiatric and substance abuse patients prone to violence, based on a community-centered approach, proved effective and suitable for the local context. It helps ensure continuous follow-up and tangible reduction in violent behaviors.

Keywords: Psychiatric patients at high risk of violence; Violent behavior; Participatory care process; Kaset Wisai-Care-Team mode

¹ Ratchanee Wongkam, M.D., Senior Professional Level, Kaset Wisai Hospital. Roi et.

* Corresponding Author Email: r.wongkam@hotmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในสังคมไทยส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยจิตเวชและการใช้ยาเสพติดที่เรียกว่า Severe Mental Illness-High Risk to Violence (SMI-V) แม้ว่ากลุ่มผู้ป่วยนี้จะเป็นเพียงส่วนน้อยของปัญหาความรุนแรงทั้งหมด แต่กลับมีบทบาทสำคัญต่อเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรง เนื่องจากความเสี่ยงที่สูงต่อการใช้ความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ปัจจุบันปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในสังคมเพิ่มมากขึ้นทั้งในครัวเรือนและในชุมชน เมื่อติดตามสถานการณ์ความรุนแรงในสังคม ใน 5 เดือน (พ.ค.-ก.ย.2565) จำนวน 2,300 ข่าว พบว่าร้อยละ 18 ของความรุนแรงมาจากปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ร้อยละ 22 ของความรุนแรงเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ร้อยละ 38 ของความรุนแรงมาจากการดื่มสุรา และพบว่าสถานที่เกิดเหตุพบในชุมชนมากกว่าในบ้าน ซึ่งทำให้มีประชาชนที่เสี่ยงหรือสัมผัสความรุนแรงเพิ่มขึ้นด้วยในปีงบประมาณ 2565 มีรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากความรุนแรงสูงสุด ในเขตสุขภาพที่ 1, 5, 7, 8, และ 11 ตามลำดับ⁽¹⁾ และจากฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรงเพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 27,518 คน ในปี 2566 พบเพิ่มขึ้นจำนวน 42,851 คน การก่อความรุนแรงส่งผลกระทบต่อสังคม พบเหยื่อที่เกิดจากความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 445 คน และส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต 165 คน⁽²⁾ โรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วย SMI-V 4 อันดับโรค ได้แก่ 1) โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 2) โรคจิตเวชอื่น ๆ 3) โรคจิตเภท และ 4) โรคจิตเวชยาเสพติด สำหรับผู้ป่วยจิตเวช การใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สิน มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น⁽³⁾ ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้มีส่วนสำคัญที่อาจก่อเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสังคม เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการใช้ความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

การจัดการกับปัญหานี้จึงต้องการความเข้าใจในความซับซ้อนของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการดูแลรักษาที่เหมาะสมและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ดังนั้นการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จึงเป็นกรอบแนวคิดที่ดีเพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในสังคม การดำเนินงานนี้เป็นความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ รวมถึงการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตลอดจนหน่วยงานที่มีบทบาทในด้านความปลอดภัย เช่น องค์กรท้องถิ่น ตำรวจ และภาคประชาชน ซึ่งการบูรณาการนี้มีเป้าหมายเพื่อสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและระดับคะแนนอาการทางจิต ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁴⁾

การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพต้องได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักสาธารณสุขชุมชน เครือข่ายภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) และหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในชุมชนที่ทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ครั้งนี้ มาจากการบูรณาการแนวคิดในการใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based approach) ซึ่งประกอบด้วย 1) ระยะวางแผนและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะกำกับติดตาม และ 4) ระยะประเมินผล โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนทำให้ทุกฝ่ายได้ร่วมกันพัฒนาและเรียนรู้ไปพร้อมกัน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและลดความเสี่ยงในการก่อความรุนแรง ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด พบว่า ส่วนใหญ่รูปแบบ

การดูแลเป็นหน้าที่ของญาติหรือคนในครอบครัว ส่วนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจนและมีข้อจำกัด^(5, 6)

ในปี 2567 จากรายงานทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,697 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จำนวน 720 คน คิดเป็นร้อยละ 42.43 โรคจิตเภทและหลงลืม จำนวน 772 คน คิดเป็นร้อยละ 45.50 และความผิดปกติทางอารมณ์จำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 12.90 ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 273 คน คิดเป็นร้อยละ 16.25 จากสถานการณ์ดังกล่าว พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนเป็นประเด็นที่ท้าทาย เพราะเกี่ยวข้องกับหลายมิติทั้งด้านสุขภาพความปลอดภัย ครอบครัว และสังคม จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการมีส่วนร่วมจากครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายต่างๆ จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนากระบวนการดูแลที่ครอบคลุมและยั่งยืน การศึกษาในครั้งนี้จึงมีความจำเป็นที่จะสร้างความเข้าใจในปัญหานี้และพัฒนารูปแบบการดูแลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นการพัฒนาแนวทางการดูแลแบบเชิงรุกโดยทีมสหวิชาชีพในพื้นที่อำเภอเกษตรวิสัย เพื่อสร้างความพร้อมและส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกัน ป้องกันการกำเริบของอาการทางจิต และลดปัญหาความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน อำเภอเกษตรวิสัยยังขาดการศึกษาในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและการดูแลแบบสหวิชาชีพต่อผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม SMI-V จึงมีความสนใจในการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อลดอัตราการเกิดความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมอย่างปลอดภัย พัฒนาและส่งเสริมระบบการดูแลสุขภาพจิตของชุมชนให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบบูรณาการภาคีเครือข่าย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
- 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบบูรณาการภาคีเครือข่าย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

3. คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย

- 1) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบบูรณาการภาคีเครือข่าย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ควรเป็นอย่างไร
- 2) ผลของการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบบูรณาการภาคีเครือข่าย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังแตกต่างกันหรือไม่

4. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ครั้งนี้ มาจากการบูรณาการแนวคิดในการใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based approach) ตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ของ Kemmis, S., & McTaggart⁽⁷⁾ ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) และระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)



5. วิธีการดำเนินงานวิจัย

5.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยออกแบบเป็นกระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-methods research) ที่ผสมผสานข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) แบ่งเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะวางแผนและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน 2) ระยะปฏิบัติการ 3) ระยะสังเกตการณ์ และ 4) ระยะสะท้อนผล โดยมีระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือน พฤศจิกายน 2567-กันยายน 2568

5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาในครั้งนี้แบ่งประชากรเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ประชากร ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อำเภออำเภอเกษตรวิสัย ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ผู้รับผิดชอบงานจิตเวช ตัวแทนเภสัชกร ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยนอก ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งละ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และตัวแทนผู้นำชุมชนจาก 13 ตำบล เจ้าหน้าที่ปกครอง ตำรวจ ญาติผู้ป่วย ซึ่งในการเลือกกลุ่มตัวอย่างในประชากรกลุ่มที่ 1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้จำนวนรวมทั้งสิ้น 20 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ทั้งหมดในอำเภอเกษตรวิสัย จำนวน 273 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 85 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยที่มีรับบริการที่ OPD/ER/IPD ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เกณฑ์วินิจฉัยโรคตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก โดยบันทึกรหัสโรคของ ICD-10 หมวด F00.X-F99.X หรือ (X60.X-X84.X โดยที่จะต้องเป็น PDx เป็น S,T) ได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์ ไม่มีพยาธิสภาพทางกายที่ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ ต่ำกว่า 20 ปี ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยง

สูงต่อการก่อความรุนแรงที่ก่อความรุนแรงซ้ำ จากเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังกล่าว

5.3 การดำเนินการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 วางแผนและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และระบุปัญหา (Situation Analysis) โดยการจัดประชุมระดมความคิดเห็น (Brainstorming) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดเป็นเครื่องมือ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสะท้อนปัญหาการจัดการผู้ป่วย SMI-V ในอดีต เพื่อจำแนกเป็นประเด็นปัญหาสำคัญ (Pain Points) ของอำเภอเกษตรวิสัย

2. การยกร่างรูปแบบการดูแล "Kaset Wisai-Care-Team" พัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐาน (Community-Based) ร่วมกับแนวปฏิบัติ V-Care ของกรมสุขภาพจิต⁽⁸⁾ ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายร่วมกันนำองค์ประกอบ 5 ด้านของ V-Care มาปรับประยุกต์ (Adaptation) ให้เข้ากับบริบทพื้นที่ ดังนี้ การคัดกรองออกแบบการใช้ SMI-V Scan โดยให้อสม. และผู้นำชุมชนเป็นด่านหน้า การดูแลกำหนดระยะเวลาการเยี่ยมบ้านตามระดับความเสี่ยง การส่งต่อสร้างระบบ Fast Track ระหว่างสถานี่ตำรวจและโรงพยาบาล การเฝ้าระวังจัดตั้งกลุ่ม Line เพื่อรายงานสถานการณ์และการฟื้นฟูเน้นการสร้างอาชีพและลดการตีตราในชุมชน

3. การตกลงบทบาทหน้าที่และข้อตกลงร่วม กำหนดบทบาทภารกิจแต่ละภาคส่วน มีการจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติเบื้องต้นที่ระบุชัดเจนว่า เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง หรือพบผู้ป่วยขาดยา ใครจะเป็นผู้รับผิดชอบหลัก และใครจะเป็นหน่วยสนับสนุน เพื่อลดความซ้ำซ้อนและช่องว่างในการทำงาน

ผลลัพธ์ของระยะที่ 1 ได้ร่างรูปแบบการดูแล "Kaset Wisai-Care-Team" และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่พร้อมนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 2

การวิจัยระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ

1. การถ่ายทอดรูปแบบและการสร้างสมรรถนะ จัดการอบรมให้แก่ครอบครัว อสม. และเจ้าหน้าที่ตำบล ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การเฝ้าระวัง และการป้องกันเหตุการณ์รุนแรงเน้นการฝึกทักษะการคัดกรองความเสี่ยงด้วยเครื่องมือ SMI-V Scan และการใช้แนวทาง 3 ส (สอดส่องมองหา สวมกอดปลอดภัย โลม ส่งต่อเชื่อมโยง) รวมถึงการเรียนรู้วิธีสังเกตอาการเตือน (Warning Signs) ก่อนเกิดเหตุรุนแรง เพื่อให้คนในชุมชนเป็น "หูเป็นตา" และสามารถประเมินสถานการณ์เบื้องต้นได้ถูกต้อง

2. สนับสนุนการปฏิบัติงานจริงของภาคีเครือข่ายประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช อสม. และผู้นำชุมชน เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยถึงบ้าน การสื่อสารและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การป้องกันเหตุการณ์รุนแรง

3. การสร้างกลไกการสื่อสารและประสานงาน จัดตั้งกลุ่ม Line หรือกลุ่มสื่อสารอื่น ๆ ที่เข้าถึงง่ายและเป็นที่ยอมรับในชุมชน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานจากภาคีเครือข่ายทุกส่วนสามารถสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลได้อย่างสะดวก

การวิจัยระยะที่ 3 ระยะสังเกตการณ์

1. ตรวจสอบและติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงาน รวมถึงรวบรวมข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานและครอบครัวผู้ป่วย

2. การประเมินสภาพผู้ป่วยตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้าน ซึ่งใช้ในการติดตามเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชนให้ครอบคลุมประเด็น ความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย และเป็นข้อมูลในการเตรียมรับมือและวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย

3. ใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อตรวจสอบความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ป่วย ครอบครัว และ

เจ้าหน้าที่

การวิจัยระยะที่ 4 ระยะประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการดำเนินการและการติดตามผล

1. สรุปผลการวิจัยร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อสรุปบทเรียนและพิจารณาผลการดำเนินงาน
2. เผยแพร่ข้อมูลและผลลัพธ์ให้กับชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมความรู้และการยอมรับในรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

5.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่ายโรงพยาบาลเกษตรวิสัย (สำหรับการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการรายกรณี)
2. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care) อำเภอเกษตรวิสัย
3. แบบกำกับติดตามผลการติดตามเยี่ยมรายบุคคล ตามมาตรฐานการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ของกรมสุขภาพจิต⁽⁸⁾
4. แบบประเมินสัญญาณเตือน (SMI-V Scan) กรมสุขภาพจิต⁽⁸⁾ จำนวน 5 ข้อ
5. แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการก่อเหตุซ้ำ ของกรมสุขภาพจิต⁽⁸⁾ จำนวน 3 ด้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผลกระทบของผู้ดูแลและชุมชน 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับชุมชนและผู้ป่วย 2) ปัญหาและความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 3) ผลกระทบต่อผู้ดูแลและชุมชน 4) การมีส่วนร่วมและความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และ 5) แนวทางและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแล จำนวน 10 ข้อ
2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชของกรมอนามัย (2561)⁽³⁾ (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) จำนวน 9 ข้อ คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 32 คะแนน

การแปลผล ภาพรวมความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อผู้อื่น

- | | |
|-------------|--|
| 0-5 คะแนน | หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย |
| 6-13 คะแนน | หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง |
| 14-32 คะแนน | หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง |
- 2) แบบสัมภาษณ์แบบปลายเปิดประเมินความพึงพอใจและความเป็นไปได้ ในแนวทางปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงรุนแรง จำนวน 10 ข้อ

5.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและปรับปรุงขึ้น ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด และแบบประเมินความพึงพอใจ เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยผลการตรวจสอบข้อคำถามทั้งสิ้น 35 ข้อ พบว่ามีค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ โดยมีข้อที่มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 จำนวน 12 ข้อ และค่า IOC เท่ากับ 0.67 จำนวน 23 ข้อ ซึ่งถือว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาสามารถนำไปใช้ การหาความเที่ยง (Reliability) แบบประเมินระดับความรุนแรง PVSS: เป็นเครื่องมือ

มาตรฐานของกรมอนามัยที่มีการตรวจสอบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 แบบประเมินความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ: ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีบริบทใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน พบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Trustworthiness) โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ทั้งในด้านแหล่งข้อมูล (Person) และการยืนยันผลกลับไปยังกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้รับสะท้อนความเป็นจริงในพื้นที่มากที่สุด

5.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ประสานงานขออนุมัติจริยธรรมการวิจัย (COE 069/2567) พร้อมชี้แจง และขอความยินยอม (Informed Consent) เป็นลายลักษณ์อักษรจากภาคีเครือข่าย 20 คน และกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย
2. ระยะก่อนการทดลอง: สันทนากลุ่มภาคีเครือข่ายเพื่อวิเคราะห์ปัญหาเชิงคุณภาพ และประเมินคะแนนพื้นฐาน (Baseline) เชิงปริมาณของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมิน PVSS
3. ระยะดำเนินการ (6 เดือน): ภาคีเครือข่ายนำรูปแบบ Kaset Wisai-Care-Team ไปใช้ โดยบันทึกข้อมูลต่อเนื่องผ่าน SMI-V Scan, แบบประเมินปัจจัยเสี่ยง และแบบกำกับติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้วยการนิเทศงานทุกเดือนและการสื่อสารผ่านกลุ่ม Line
4. ระยะหลังการทดลอง: เก็บข้อมูลซ้ำด้วยแบบประเมิน PVSS และประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่าย เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลด้วยสถิติ GEE และถอดบทเรียนร่วมกัน

5.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. สถิติพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ สัญญาณเตือน (SMI-V scan) คะแนนเฉลี่ยรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) ความคิดเห็นต่อแนวทางปฏิบัติ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และจัดกลุ่มใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. สถิติอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชด้วย Generalized Estimating Equation: GEE โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์แบบวัดซ้ำ (Repeated measure) หลังจากการจำแนกประเภท SMI-V ครั้งที่ 1 (Baseline measurement) และจากติดตามที่ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และผลรวมทุกครั้งที่ติดตาม โดยทำการควบคุมปัจจัยกวน ได้แก่ เพศ อายุ ผู้ดูแล และชนิดของการใช้สารเสพติด

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data)

โดยการนำข้อมูลจากสนทนากลุ่ม ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมในการสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

5.8 การพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยเอ็ด เลขที่จริยธรรม COE 0692567 ลงวันที่ 14 ตุลาคม 2567

6. ผลการวิจัย

6.1 ผลการวิจัยระยะที่ 1 การสะท้อนบริบทและต้นทุนทางสังคมเพื่อวางแผนและพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน

จากการถอดบทเรียนผ่านการสนทนากลุ่มของภาคีเครือข่ายสหวิชาชีพและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีข้อสรุป สามารถสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อเป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลได้เป็น 3 ประเด็นหลัก (Themes) ดังนี้

6.1.1 วิถีการดำรงชีวิต เมื่ออาการทางจิตฟุ้งติดปัญหาสารเสพติดที่ประชุมสะท้อนภาพสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอเกษตรวิสัยว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมี "ยาเสพติด" เป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่ส่งผลให้พฤติกรรมมีความซับซ้อนและรุนแรงขึ้น ปัญหาหลักที่ภาคีเครือข่ายเผชิญคือ "ความไม่ร่วมมือในการรักษา" ของผู้ป่วย ทั้งการปฏิเสธยาและอารมณ์ที่ก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุต้องแบกรับความเครียดและความหวาดระแวงต่อความปลอดภัยในชีวิต ขณะที่ชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจ นำไปสู่การตีตราและลดทอนโอกาสในการกลับมาใช้ชีวิตปกติของผู้ป่วย

6.1.2 ช่องว่างในระบบและขีดจำกัดของทรัพยากรส่วนกลาง แม้จะมีความพยายามในการดูแล แต่ภาคีเครือข่ายระบุถึง "ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง" ที่เป็นอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่สมดุลกับปริมาณผู้ป่วย ความเหลื่อมล้ำด้านความรู้ในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชของเจ้าหน้าที่นอกสายสาธารณสุข (เช่น ตำรวจ และฝ่ายปกครอง) รวมถึงความไม่มั่นใจในข้อมูลกฎหมายและสวัสดิการคุ้มครองผู้ปฏิบัติงานเมื่อต้องเข้าระงับเหตุรุนแรง นอกจากนี้ ระบบการสื่อสารและประสานงานในบางพื้นที่ยังขาดความเป็นเอกภาพ ทำให้การติดตามผู้ป่วยในระยะยาวทำได้ยากและไม่ต่อเนื่อง

6.1.3 ความคาดหวังต่อระบบการดูแลเชิงรุกแบบ "บูรณาการไร้รอยต่อ" ข้อสรุปจากความต้องการของพื้นที่มุ่งเน้นไปที่การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ "เน้นชุมชนเป็นฐาน" โดยมีข้อเสนอแนะสำคัญ คือ

- การเสริมสร้างสมรรถนะ พัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะการดูแลและระงับเหตุเบื้องต้นให้แก่ อสม. และภาคีเครือข่าย

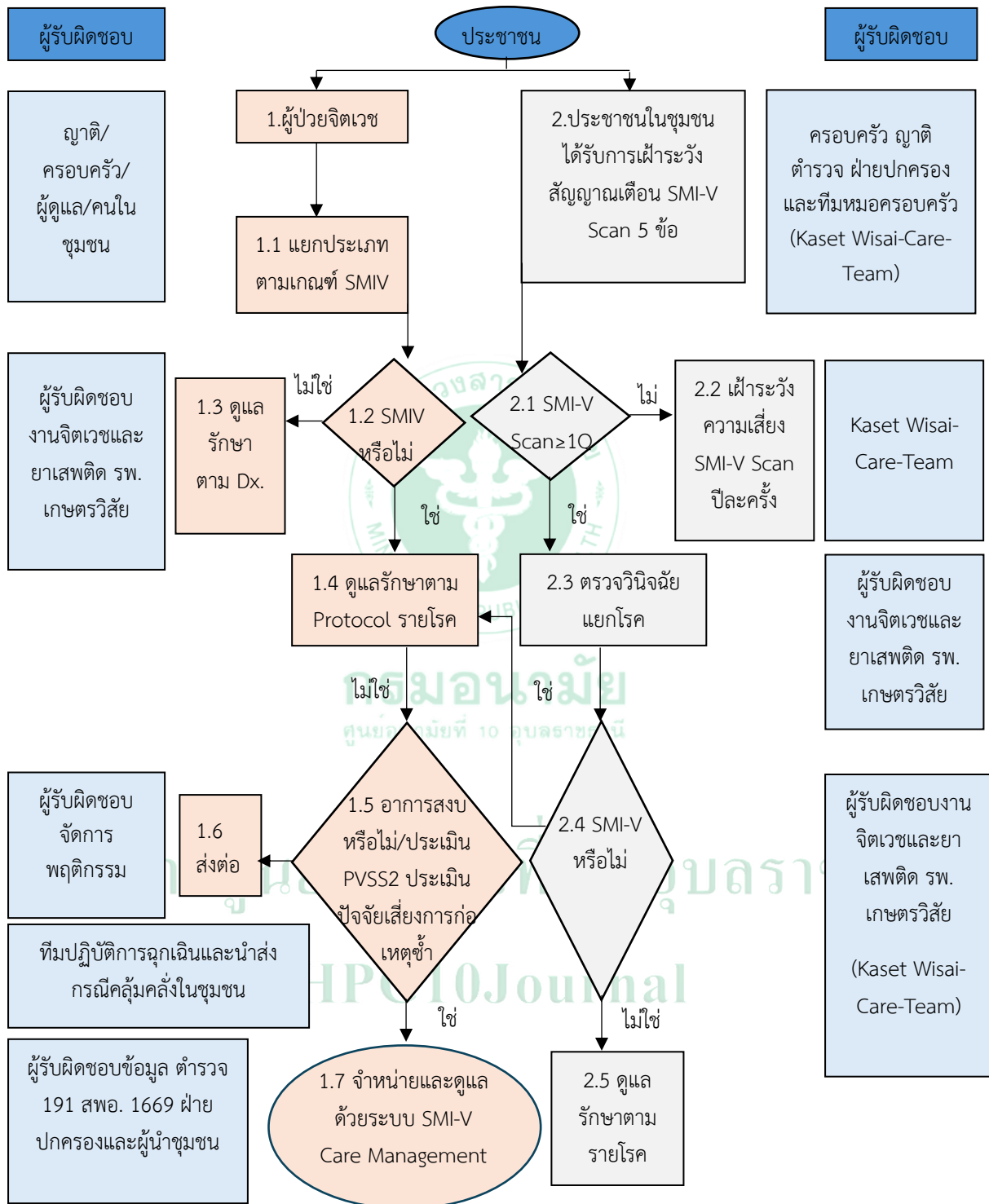
- ระบบเฝ้าระวังเชิงรุก ออกแบบโปรแกรมเยี่ยมบ้านที่ต่อเนื่องและใช้เทคโนโลยีช่วยสื่อสารปรึกษาผู้เชี่ยวชาญได้ตลอดเวลา

- กลไกทางสังคมและกฎหมาย ผลักดันนโยบายหรือข้อตกลงพื้นที่ที่ปลดล็อกข้อจำกัดในการทำงาน

- การฟื้นฟูศักยภาพ มุ่งเน้นการฝึกอาชีพและสร้างพื้นที่ทางสังคม (เช่น กิจกรรมกีฬา) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจและสามารถร่วมมือในการรักษาได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน

6.2 ผลการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

จากผลการศึกษาสภาพปัญหา และหาแนวทางในการดูแลร่วมกันกับตัวแทนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในเครือข่ายอำเภอเกษตรวิสัย ในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาและจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และนำไปใช้ในชุมชนดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
(Kaset Wisai-Care-Team)

6.3 จำนวนผู้ป่วย SMI-V จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง

จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง จำนวน 85 คน พบว่า ประเภทของความรุนแรงที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 75.29 รองลงมาคือ

มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 12.94 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วย SMI-V จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง (n=85)

ประเภทของ SMI-V	จำนวน	ร้อยละ
V1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต	3	3.53
V2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน	11	12.94
V3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย	64	75.29
V4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)	7	8.24
V5 ผู้ป่วยที่มีลักษณะความรุนแรงมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป	0	0.00

6.4 ผลการติดตามเยี่ยมรายบุคคล ตามมาตรฐานการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ผลการติดตามเยี่ยมรายบุคคลตามมาตรฐานการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในด้านผู้ดูแลหลักพบว่าส่วนใหญ่ยังคงเป็นบิดามารดา แม้จะมีสัดส่วนลดลงจาก 68.23% เหลือ 57.65% และมีผู้ป่วยบางส่วน (7.06%) ได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น ด้านการรับประทานยาพบการเปลี่ยนแปลง คือกินยาไม่สม่ำเสมอลดลงจาก 57.65% เหลือ 36.47% และกินยาประจำเพิ่มขึ้นจาก 32.94% เป็น 52.94% พบสัญญาณที่ดีในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี โดยพบว่าผู้ใช้สารเสพติดเป็นประจำลดลงอย่างมากจาก 57.65% เหลือเพียง 8.24% ขณะที่ผู้ใช้บ้างเป็นครั้งคราวเพิ่มขึ้นจาก 42.35% เป็น 62.35% และมีผู้ใช้สารเสพติดได้สำเร็จถึง 27.06% ผลการติดตาม 10 ด้าน โดยรวมพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปกติเพิ่มขึ้นจาก 37.65% เป็น 56.47% และผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติลดลงจาก 62.35% เหลือ 31.76% นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่จำหน่ายครบ 6 เดือน 8.24% ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการติดตามเยี่ยมรายบุคคล ตามมาตรฐานการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและระหว่างการดำเนินการ (n=85)

ผลการติดตามเยี่ยมรายบุคคล	ก่อน		หลังติดตาม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลหลัก				
บิดา มารดา	58	68.23	49	57.65
ญาติ	22	25.88	19	22.35
สามี ภรรยา	4	4.70	3	3.53
อสม.	1	1.17	1	1.18
เรือนจำ	-	-	4	4.71
มินิธัญรักษ์สถานพยาบาลอื่น	-	-	6	7.06
ติดตามไม่ได้ (ไม่อยู่ในพื้นที่)	-	-	3	3.53

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ผลการติดตามเยี่ยมรายบุคคล	ก่อน		หลังติดตาม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ				
การรับประทานยา				
ไม่รับประทานยา	8	9.41	4	4.71
กินยาไม่สม่ำเสมอ	49	57.65	31	36.47
กินยาประจำ	28	32.94	45	52.94
ติดตามไม่ได้	-	-	3	3.53
ปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ				
การรับประทานยา				
ไม่รับประทานยา	8	9.41	4	4.71
กินยาไม่สม่ำเสมอ	49	57.65	31	36.47
กินยาประจำ	28	32.94	45	52.94
ติดตามไม่ได้	-	-	3	3.53
การใช้สารเสพติด				
ใช้ประจำ	49	57.65	7	8.24
ใช้บ้าง	36	42.35	53	62.35
ไม่ใช้	0	0.00	23	27.06
ติดตามไม่ได้	-	-	3	3.53
ผลการติดตาม 10 ด้าน				
ปกติ	32	37.65	48	56.47
ผิดปกติ	53	62.35	27	31.76
จำหน่ายครบ 6 เดือน	-	-	7	8.24
ติดตามไม่ได้	-	-	3	3.53

6.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) 9 ด้าน

ผลการวิเคราะห์ความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) โดยใช้ Generalized Estimating Equation (GEE) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (PVSS) พบว่า ณ จุดเริ่มต้น (Baseline) ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงอยู่ที่ 23.24 (SD=4.63) ซึ่งอยู่ในระดับสูง หลังการดำเนินโครงการ พบว่าคะแนน PVSS ลดลงในทุกช่วงเวลาติดตาม ดังนี้ 1 เดือน ค่าเฉลี่ยลดลงจาก Baseline จำนวน -2.42 หน่วย (95% CI= -1.63 to -8.92, p -value=0.055) 3 เดือน ลดลง -3.86 หน่วย (95%CI=-1.95 to -8.64, p -value=0.036) 6 เดือน ลดลง -6.09 หน่วย (95%CI=-1.76 to -8.32, p -value=0.034) เมื่อวิเคราะห์ภาพรวม พบว่าคะแนนความรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ -5.10 หน่วย (95%CI=1.21 to -7.92, p -value= 0.021) หลังควบคุมตัวแปรเพศ อายุ ผู้ดูแล และชนิดของสารเสพติด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) แบบวัดซ้ำครั้งที่ 1 (Baseline) เปรียบเทียบกับผลการติดตาม 1,3,6 เดือน และผลรวมทุกครั้งของการติดตาม (n=85)

คะแนนความรุนแรง	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	ผลต่างค่าเฉลี่ย	ผลต่างค่าเฉลี่ยที่ปรับแล้ว	95%CI	p-value
เริ่มต้น	23.24 (4.63)	N/A	N/A	N/A	N/A
1 เดือน	20.82 (3.36)	-1.23	-2.42	-1.63, -8.92	0.055
3 เดือน	15.53 (2.21)	-3.45	-3.86	-1.95, -8.64	0.036
6 เดือน	13.72 (1.45)	-5.25	-6.09	-1.76, -8.32	0.034
ภาพรวม	N/A	-5.97	-5.10	-1.21, -7.92	0.021

6.7 ความพึงพอใจต่อกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ความพึงพอใจต่อกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของภาคีเครือข่าย พบว่าภาพรวมความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.22 (S.D.=0.22) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ กระบวนการดูแล SMI-V มีการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การมีระบบเฝ้าระวังและติดตามพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง (n=20)

ความพึงพอใจ	ระดับความคิดเห็น					Mean	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. กระบวนการดูแล SMI-V มีการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ	12 (60.0)	8 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.44	0.50	มาก
2. มีการประสานงานอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	5 (25.0)	12 (60.0)	3 (15.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.11	0.64	มาก
3. ระบบการดูแล SMI-V คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	12 (60.0)	8 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.1	0.50	มาก
4. ผู้ดูแล ผู้ป่วย และภาคีเครือข่ายได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการดูแล	4 (20.0)	10 (50.0)	6 (30.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.41	0.71	มาก
5. การใช้เทคโนโลยีหรือระบบดิจิทัลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล	7 (35.0)	10 (50.0)	3 (15.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.22	0.69	มาก
6. บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีทักษะและความรู้ในการจัดการกับผู้ป่วย SMI-V	9 (45.0)	8 (40.0)	3 (15.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.34	0.73	มาก
7. ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและติดตามการดูแล	8 (40.0)	7 (35.0)	5 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.15	0.81	มาก
8. มีระบบการเฝ้าระวังและติดตามพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3 (15.0)	13 (65.0)	4 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.95	0.60	มาก

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ความพึงพอใจ	ระดับความคิดเห็น					Mean	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
9. ชุมชนมีบทบาทสนับสนุนและร่วมมือในการป้องกันเหตุรุนแรงจากผู้ป่วย SMI-V	8 (40.0)	9 (45.0)	3 (15.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.26	0.71	มาก
10. กระบวนการดูแลแบบบูรณาการนี้มีประสิทธิภาพและสามารถป้องกันความรุนแรงได้จริง	8 (40.0)	11 (55.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.35	0.58	มาก
ภาพรวม						4.22	0.22	มาก

7. สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงในพื้นที่อำเภอเกษตรวิสัย ได้มีการออกแบบกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ภาครัฐเครือข่ายในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผ่านแผนผังการดำเนินงานภายใต้แนวคิด “(Kaset Wisai-Care-Team)” ซึ่งเป็นระบบที่มีการบูรณาการองค์ประกอบหลากหลายเข้าด้วยกัน โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ การจำแนกและดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบในสถานบริการสุขภาพ และการเฝ้าระวังร่วมกับชุมชนในระดับพื้นที่ ในด้านสถานบริการสุขภาพ มีการจำแนกผู้ป่วยตามเกณฑ์ SMI-V เพื่อระบุความเสี่ยงเบื้องต้น จากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัย รักษา และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือประเมินอาการและความเสี่ยงการก่อเหตุซ้ำ เช่น PVSS และการประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ นอกจากนี้ยังมีระบบ Case Management ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกจากสถานบริการให้สามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในส่วนของชุมชน ประชาชนในชุมชนและครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังผู้ป่วยผ่านการใช้แบบคัดกรอง SMI-V Scan ซึ่งมีการประเมินอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง หากพบความเสี่ยงสูงจะส่งต่อไปยังหน่วยบริการเพื่อรับการวินิจฉัยและดูแลต่อไป กระบวนการนี้สะท้อนถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริงในการป้องกันปัญหาความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่

จุดเด่นของแผนผังการดำเนินงานดังกล่าว คือ การออกแบบให้ครอบคลุมทั้งมิติการแพทย์และมิติชุมชนอย่างเชื่อมโยง โดยไม่เน้นเพียงการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับการดูแลระยะยาว การป้องกัน และการเฝ้าระวังในระดับพื้นที่ อีกทั้งยังมีการจัดระบบการส่งต่อ การประเมินอาการซ้ำ และการสื่อสารข้อมูลระหว่างภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถลดโอกาสการเกิดเหตุรุนแรงซ้ำซ้อนได้อย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานตามแผนผังดังกล่าวยังคงต้องพิจารณาข้อจำกัดบางประการ เช่น ความพร้อมของทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะในระดับชุมชนที่อาจยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการใช้เครื่องมือเฝ้าระวัง อีกทั้งระบบการสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่ายบางส่วนยังอาจมีความไม่ต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพและสร้างความตระหนักแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ระบบสามารถดำเนินไปได้อย่างยั่งยืน ซึ่งแนวทางดังกล่าวผู้วิจัยได้พัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง⁽³⁾ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษานโยบายการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอขามเฒ่า จังหวัดมหาสารคาม ที่ได้นำแนวทางของกรมสุขภาพจิตมาพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ โดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การดูแล 3 ระยะ คือ การดูแลระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (Pre-Hospital) การดูแลขณะในโรงพยาบาล (In-Hospital) และการดูแลต่อเนื่องหลังจากกลับสู่ชุมชน (Post-Hospital) ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและก่อความรุนแรงได้รับการดูแลฉุกเฉินและการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 100 ไม่เกิดอุบัติการณ์รุนแรงจากพฤติกรรมของผู้ป่วย SMI-V ซ้ำในชุมชน ชุมชนสามารถ

ประเมินและจัดการปฏิบัติการรณรงค์เบื้องต้นได้ และสามารถดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล⁽⁹⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) ในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการร่วมกันพัฒนา โดยมีการกระบวนการการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน คือ มีการสำรวจ กำหนดปัญหา และร่วมถอดบทเรียนการดำเนินงานสู่การปรับปรุงแนวทาง สร้างเสริม และพัฒนากิจกรรมการดำเนินงาน และนำไปสู่การนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่าหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมตามโครงการทั้งหมดผู้ป่วยยาเสพติดมีความต้องการเสพยาเสพติดลดลง หรือในรายที่มีอาการไม่รุนแรงไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเพิ่มขึ้น มีทักษะในการปฏิเสธมากขึ้น และมีความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงลดลง^(10, 11) จากผลการดำเนินงานที่รายงานในการศึกษาต่าง ๆ ยังชี้ให้เห็นว่า เมื่อมีระบบดูแลที่ชัดเจน และได้รับความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ทันทั่วถึง ได้รับการส่งต่อและดูแลต่อเนื่องครบถ้วน โดยไม่เกิดอุบัติเหตุรุนแรงซ้ำ ขณะเดียวกันชุมชนเองก็สามารถทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังและจัดการเหตุการณ์เบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนในเชิงรุก ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มพฤติกรรมที่ดีขึ้น มีความรู้ในการปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยง มีอาการลดลง และไม่หวนกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม ดังนั้นควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลที่เป็นระบบและมีมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความปลอดภัยให้กับทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมโดยรวมต่อไป

ผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบบูรณาการภาคีเครือข่าย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบบูรณาการภาคีเครือข่าย (V-Care) และประเมินประสิทธิผลของกระบวนการดังกล่าว โดยมุ่งลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช การพัฒนากระบวนการโดยบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายทำให้ได้มาซึ่งรูปแบบและแนวทางปฏิบัติที่มีความเหมาะสม และสามารถลดคะแนนความรุนแรงลงได้จากผลการติดตามผู้ป่วยในรอบ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน สรุปภาพรวมค่าเฉลี่ยความรุนแรงเมื่อสิ้นสุดกระบวนการ เมื่อควบคุมตัวแปรเพศ อายุ ผู้ดูแล และประเภทของยาเสพติด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความรุนแรงลดลง -5.10 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI=-1.21 to -7.92; p -value=0.021) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของการพัฒนากระบวนการดังกล่าว สอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชหลังการพัฒนากระบวนการดูแลพบผู้ป่วยมีอาการรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.59$, p -value<0.001) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชัยวุฒิ สุขสมานวงศ์ พบว่าหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมตามโครงการผู้ป่วยมีคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นและตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)^(11, 12) เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร พบว่าหลังการพัฒนากระบวนการผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอาการทางจิตก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ($Z=-4.903$, p -value=0.000)⁽¹³⁾ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบบูรณาการภาคีเครือข่าย มีความสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา โดยไม่มุ่งเน้นเพียงการดูแลรักษาในโรงพยาบาลหรือการจัดการทางคลินิกเท่านั้น หากแต่ยังออกแบบให้ครอบคลุมทั้งมิติการแพทย์และมิติชุมชนอย่างเชื่อมโยง โดยมีการสร้างระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องในระดับพื้นที่ การป้องกันการกำเริบซ้ำ การติดตามอาการอย่างเป็นระบบ ตลอดจนกลไกการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลระหว่าง

หน่วยบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ลักษณะดังกล่าวแตกต่างจากหลายงานวิจัยที่อาจมุ่งเน้นเพียงมาตรการรักษาทางการแพทย์หรือกิจกรรมในชุมชนแยกส่วนกัน ข้อค้นพบนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าการบูรณาการเครือข่ายบริการสุขภาพและชุมชนสามารถเสริมสร้างศักยภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุรุนแรงซ้ำซ้อนได้อย่างเป็นรูปธรรม และเป็นการเพิ่มคุณค่าทางวิชาการและการประยุกต์ใช้ในบริบทพื้นที่จริง

8. ข้อเสนอแนะ

8.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติดควรบูรณาการมิติทางการแพทย์เข้ากับมิติชุมชน เพื่อเชื่อมโยงการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ควรมีการอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งส่งเสริมบทบาทชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะครอบครัวที่ขาดศักยภาพ เพื่อเสริมความมั่นใจและเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยตามบริบทของตนเอง

8.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป

ควรมีการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บูรณาการการฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาอาชีพในระดับชุมชน เช่น การฝึกอาชีพ การสร้างกิจกรรมกลุ่ม และการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงในชีวิต ลดความเสี่ยงการกลับไปสู่พฤติกรรมเสี่ยง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

9. เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. แนวปฏิบัติการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและผู้ใช้ยาเสพติด. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2565.
2. กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. รายงานความก้าวหน้าประเด็นการดำเนินงานที่สำคัญของกรมสุขภาพจิต ประจำปีเดือนกุมภาพันธ์ ปีงบประมาณ 2568. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2568.
3. กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1303>
4. มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์, จารุมณ ลัคนาวีวัฒน์, สุวินิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2023;8(1):130-142.
5. กิริติยา อุ่นเจริญ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม [สารนิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
6. ศักดิ์ หมูธิมา, บุญเอื้อ บุญฤทธิ์. การจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันปัญหาเสพติดในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาเขตสวนหลวง. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี. 2562;13(2):13-24.
7. Kemmis, S., & McTaggart, R. The Action Research Planner (3rd ed.). Geelong, Australia: Deakin; 1988.
8. กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://tdc.thailis.or.th>. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1394>
9. ประครอง ประภีระนะ, จันทร์เพ็ญ สว่างไธสง, ดนัย บุญมี, กาญจนา จันทะนุญ, อรุณ ไซยสันต์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม

- ร่วม อำเภออย่างสี่สุราข จังหวัดมหาสารคาม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(6):218-228.
10. อารณ ภูมิ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2567;8(16):70-85.
 11. ชัยวุฒิ สุขสมานวงศ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา. วารสารสิ่งแวดล้อม ศึกษา การแพทย์ และสุขภาพ. 2566;8(4):374-383.
 12. กรองจิต วลัยศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):909-917.
 13. โกศล เจริญศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร: กรณีศึกษาบ้านนาทาม-ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):286-296.



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal