

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการ  
ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม  
โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of nursing care Model for Violence Severity in Serious illness Patients of  
Orem's self-care theory of Network Partners in Phothong District Roi-Et Province.

(Received: October 24,2024 ; Revised: October 26,2024 ; Accepted: October 28,2024)

กชพร นรารธร<sup>1</sup>  
Kochakorn Narathon<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้รูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการศึกษาในช่วงเดือนมกราคม-ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลา 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรและภาคีเครือข่าย จำนวน 50 คน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล จำนวน 20 คน ประกอบด้วย กิจกรรมการพัฒนา, แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินดัชนีความสุขในชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) แบบวัดความเครียด และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Percentage differences

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 20 คน ส่วนมากเพศชาย ร้อยละ 80.00 มีอายุต่ำกว่า 20 ปี 25.00 สถานภาพโสด ร้อยละ 50.00 ระดับการศึกษามัธยมปลายและปวช. ร้อยละ 40.00 ส่วนมากทำไร่นา ร้อยละ 40.00 ภายหลังการใช้รูปแบบพบว่า ความรุนแรงลดลง ภาวะความเครียดลดลง และคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

คำสำคัญ: จิตเวชใช้ความรุนแรง, การพยาบาล, การมีส่วนร่วม

Abstract

This research was Participatory Action Research (PAR) aimed to developing and using model for nursing caring for psychiatric patients at high risk of violence with Orem's self-care theory and participation of network partners in Phon Thong District, Roi Et Province. Study was during January-December 2023 total of 12 months. Sample group consisted of 50 personnel and network partners, 20 psychiatric patients with mental symptoms and at risk of violence, and their caregivers. Data were collected using development activities, general data collection forms, behavioral violence scales, stress scales, and quality of life scales. The data were analyzed using descriptive statistics and compared the 2 groups using inferential statistics. Percentage differences.

Results of the study found that the sample group of 20 psychiatric patients at high risk of violence was mostly male 80.00%, were under 20 years old 25.00%, 50.00% were single, 40.00% had high school and vocational certificate education, and 40.00% were mostly farmers. After using the model, violence was reduced and stress was reduced. and the quality of life improved significantly at the statistical level of .05.

**Keywords:** psychiatric patients SMIV, Nursing, Participation

บทนำ

ปัญหาจิตเวชใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญ

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพธิ์ทอง

ทั้งในเรื่องของสุขภาพ อาชญากรรม สิทธิมนุษยชน ความยากจน ในปัจจุบันไม่ได้มีเพียงการป้องกันการปราบปราม และการบำบัดรักษา แต่ยังมีการลดทอนความเป็นอาชญากรรม จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก<sup>1</sup> พบผู้ขายยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีผู้ขายยาเสพติดประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี (ปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลก มีผู้ขายยาเสพติดประมาณ 269 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.4 ของประชากรโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี) โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ขายยาเสพติดประมาณ 299 ล้านคน ยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุดคือ กัญชา 188 ล้านคน รองลงมาคือฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น 53 ล้านคน กลุ่มแอมเฟตามีน 29 ล้านคน ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ในกลุ่มแอมเฟตามีน มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบมากที่สุดในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และทวีปอเมริกาเหนือ ตามลำดับ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นตลาดเมทแอมแอมเฟตามีนที่ใหญ่ที่สุดในโลก มีการจับกุมและตรวจยึดเมทแอมเฟตามีนได้สูงถึง 120 ตัน โรคจิตเวชใช้สารเสพติดนั้น เกิดจากผู้เสพยาที่มีการใช้สารเสพติดมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง รวมถึงชนิดและความถี่ของการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งแอมเฟตามีน และสารละลาย ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมองทำให้เกิดอาการจิตประสาทหลอนได้ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental with High Risk to Violence : SMI-V) สารเสพติดมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5 จึงมีความจำเป็นต้องเร่งแก้ไขปัญหายาอย่างเร่งด่วน<sup>2</sup>

ปัญหาการใช้ความรุนแรงเริ่มพบมากขึ้นในผู้ขายยาเสพติด เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต มีภาวะหวาดระแวง ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำ

ร้ายบุคคลใกล้ชิด<sup>3</sup> ในระดับประเทศพบว่าผู้ขายยาเสพติดภายใน ปี 2564 ปีเดียว มีจำนวน 1.4 ล้านคน แบ่งเป็นผู้ขายยาเสพติดจำนวน 1.1 ล้านคน และเป็นผู้ติดสารเสพติด จำนวน 3.2 แสนคน ในจำนวนนี้เข้าสู่ระบบการบำบัดของกรมสุขภาพจิตจำนวน 24,196 คน เป็นผู้ป่วยจิตเวชติดสารเสพติดรุนแรง จำนวน 5,757 คน<sup>4</sup> และเป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 577 คน นอกจากนี้ ยังพบสถิติผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชก่อเหตุรุนแรงในสังคมเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น 3.92 เท่า ในปี 2566 โดยผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชก่อเหตุรุนแรง จำนวน 267 ราย แบ่งเป็นชาย จำนวน 259 ราย และเป็นหญิงจำนวน 7 ราย<sup>5</sup> โดยลักษณะของการก่อความรุนแรงในสังคมพบมีการทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่นมากที่สุด จำนวน 90 คน รองลงมาเป็นการทำร้ายผู้อื่นจนถึงแก่ความตาย จำนวน 58 คน ลักทรัพย์ จำนวน 47 คน และทำลายข้าวของ จำนวน 44 คน ตามลำดับ ผู้ที่ก่อเหตุรุนแรงในข่าวเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการบำบัด จำนวน 104 คน<sup>6</sup> จากรายงานของระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติดรายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี 2563-2564 มีผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐประมาณ 4 พันรายต่อปี พบผู้ป่วยปี 2562-2564 จำนวน 3,956 ราย 3,984 ราย และ 4,100 ราย ตามลำดับ<sup>7</sup>

อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นพื้นที่เฝ้าระวังปัญหาสารเสพติดและเป็นจังหวัดหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีการแพร่ระบาดของสารเสพติดเนื่องจากมีอำเภอนองพอก และอำเภอโพธารองที่เป็นทางผ่านของเส้นทางลำเลียงสารเสพติดมาจากประเทศเพื่อนบ้าน โดยผ่านอำเภอโพธารอง ผู้ป่วยสารเสพติดมารับบริการในโรงพยาบาลโพธารอง<sup>8</sup> มีจำนวนมากขึ้นทุกปี โดยปีงบประมาณ 2564-2566 มีจำนวน 244, 157 และ 423 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีมากกว่าร้อยละ 50 กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชก่อเหตุความรุนแรง

กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2564-2566 มีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและก่อความรุนแรง จำนวน 61, 111 และ 148 ราย ตามลำดับ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด พบว่าส่วนใหญ่รูปแบบการดูแลเป็นหน้าที่ของญาติหรือคนในครอบครัว ส่วนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจนและยังมีข้อจำกัด การศึกษาและวิจัยยังมีน้อย ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างอย่างเป็นระบบ และสามารถใช้กลไกการดูแลร่วมกับชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

### วิธีการวิจัย

การศึกษามูลของรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ

รุนแรงและญาติผู้ดูแล ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี เป็นการวิจัยและพัฒนา ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 12 เดือน ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2566

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ในเชิงคุณภาพศึกษาในบุคลากรและภาคีเครือข่าย จำนวน 50 คน ในเชิงปริมาณศึกษาใน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง และญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง ในเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรและภาคีเครือข่าย จำนวน 50 คน (บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานจิตเวช จำนวน 12 คน ผู้รับผิดชอบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 20 คน ตัวแทนที่ว่าการอำเภอ จำนวน 4 คน ตัวแทนผู้นำชุมชนจำนวน 14 คน ตัวแทน อสม. 14 คน ตำรวจผู้รับผิดชอบงาน จำนวน 4 คน ตัวแทนเทศบาล อบต. จำนวน 14 คน) ในเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงจำนวน 20 คน โดยคัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจให้เข้าร่วมกระบวนการอบรมตามโปรแกรมส่งเสริมประสิทธิภาพและความปลอดภัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมเชิงคุณภาพ ได้แก่ กระบวนการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงก่อความรุนแรงสูง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กลุ่ม กำหนดมาตรการ ประชาคม การถอดบทเรียน
2. เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่

2.1) แบบประเมินความเครียด ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ประเมินผู้ป่วยและญาติ)

2.2) แบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบวัดขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (ประเมินผู้ป่วยและญาติ)

2.3) แบบประเมินดัชนีความสุขในชีวิตของญาติผู้ป่วยยาเสพติด (ประเมินญาติผู้ดูแล)

2.4) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) (ประเมินผู้ป่วย)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับคะแนนความเครียด และระดับคุณภาพชีวิต หลังการพัฒนารูปแบบทำการเทียบประชากร 2 กลุ่มด้วย Percentage differences

### จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

### ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงภายในพื้นที่ อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบปัญหาการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นพื้นที่แพร่ระบาดของสารเสพติด เนื่องจากเป็นทางผ่านของเส้นทางลำเลียงสารเสพติดมาจากพรมแดนประเทศเพื่อนบ้าน โดยผ่านอำเภอโพธารอง ผู้ป่วยสารเสพติดมารับบริการในอำเภอโพธารองมีจำนวนมากทุกปี และกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชก่อเหตุความรุนแรงกับบุคคลใกล้ชิด

ครอบครัว และชุมชน เมื่อผู้ป่วยจำนวนมากนี้ได้รับการรักษาบำบัดแบบผู้ป่วยใน หรือส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนมักกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากปัญหาครอบครัวและสังคม ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่องนำไปสู่การก่อความรุนแรงซ้ำ ทำให้คนในชุมชนเกิดความเดือดร้อนรำคาญ และหวาดกลัว ชุมชนมีทัศนคติว่าเป็นหน้าที่ของญาติเท่านั้น ไม่มีส่วนร่วมการดูแลระดับอำเภอยังขาดการบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพอย่างจริงจัง หรือเป็นรูปแบบการสั่งการเชิงอำนาจ ขาดการประสานงานระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 20 คน ส่วนมากเพศชาย จำนวน 16 คน ร้อยละ 80.00 รองลงมาเพศหญิง จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 ช่วงอายุส่วนมากต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 25.00 รองลงมาอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 และ อายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 3 คน ร้อยละ 15.00 ตามลำดับ สถานภาพสมรสส่วนมากโสด จำนวน 10 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมาแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 6 คน ร้อยละ 30.00 และหม้าย จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากมัธยมปลายและปวช. จำนวน 8 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมา ประถมศึกษา จำนวน 6 คน ร้อยละ 30.00 ตามลำดับ อาชีพ ส่วนมากทำไร่นา จำนวน 8 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมารับจ้างทั่วไป จำนวน 5 ร้อยละ 25.00 และ ค่าขายธุรกิจส่วนตัว จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ รายได้ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนมาก ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 8 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมา รายได้ 10,000-20,000 บาท จำนวน 6 คน ร้อยละ 30.00 และ รายได้ 50,000 บาทขึ้นไป จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ

ความรุนแรงและญาติผู้ดูแล ร่วมกับการประยุกต์ใช้  
ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อำเภอโพธิ์ทอง  
จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย การรวบรวมและ  
วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาในพื้นที่ จำนวนผู้ป่วย  
จิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การ  
ก่อความรุนแรง ความพึงพอใจในการรักษาบริการ  
ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัด  
ร้อยเอ็ด โดยใช้ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยบำบัด  
ในปี 2564-2566 จากนั้นจึงกำหนดมาตรการ  
กิจกรรมในการแก้ไขปัญหา สถานการณ์ การดูแล  
ผู้ป่วยเสี่ยงก่อความรุนแรง และญาติผู้ดูแลร่วมกับ  
ภาครัฐและภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน  
กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหา  
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงก่อความรุนแรง  
และญาติผู้ดูแล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแล  
ตนเองของโอเร็ม โดยมีมีนทัศน์หลักของทฤษฎี  
ดังนี้ บุคคล เป็นผู้ที่มีความสามารถในการ  
ผสมผสานการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ เข้าด้วยกันทั้ง  
ทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล  
และสังคม สิ่งแวดล้อม เป็นลักษณะทางกายภาพ

เคมี ชีวภาพ และสังคมวัฒนธรรม บุคคลกับ  
สิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันไม่สามารถ  
แยกจากกันได้ สุขภาพ เป็นภาวะของร่างกาย  
จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสังคมที่เป็น  
ความต่อเนื่องกันโดยไม่สามารถแยกจากกันได้ การ  
พยาบาล เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแล  
สุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพียงพอกับ  
ความต้องการในการดูแลตนเอง ดำเนินการตาม  
รูปแบบ มาตรการ กิจกรรมและบทบาททุกภาคี  
เครือข่าย ได้รูปแบบดังนี้ Phonthong Model  
ประกอบด้วย SPF model 1) Self - Care  
Agency (ความสามารถในการดูแลตนเอง)  
กิจกรรมที่ 1 รู้จักตัวฉัน กิจกรรมที่ 2 ฉันมีคุณค่า  
2) P : Power Components: enabling  
Capabilities For Self-Care (พลังความสามารถ  
ในการดูแลตนเอง) กิจกรรมที่ 3 สุขภาพของฉัน  
กิจกรรมที่ 4 ฉันทำได้ F : Foundtional  
Capabilities & Disposition (ความสามารถและ  
คุณสมบัติพื้นฐาน) กิจกรรมที่ 5 ฉันมีความสุข  
กิจกรรมที่ 6 ฉันรักตัวเอง ดังแสดงในภาพ 1



ภาพประกอบ 1 SPF Model ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

3. ผลของรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

3.1 ผลการดูแลพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงภายหลังการใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองร้อยละ 90

รองลงมาคือมีพฤติกรรมก้าวร้าวในระดับน้อย ร้อยละ 10 ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก ร้อยละ 80 รองลงมาคือมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก ระดับน้อย ร้อยละ 20 ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สิน ร้อยละ 90 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สินในระดับน้อย ร้อยละ 10 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

**ตาราง 1** ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด (n=20)

| ลักษณะพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง                                 | Emergency | Urgency | Semi-urgency | ไม่มี    |
|---------------------------------------------------------------|-----------|---------|--------------|----------|
|                                                               | n(%)      | n(%)    | n(%)         | n (%)    |
| 1.พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อตนเอง                             | 0(0.0)    | 0(0.0)  | 2(10.0)      | 18(90.0) |
| 2.พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก | 0(0.0)    | 0(0.0)  | 4(20.0)      | 16(80.0) |
| 3.พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สิน                         | 0(0.0)    | 0(0.0)  | 2(10.0)      | 18(90.0) |
| เฉลี่ยโดยรวม                                                  | 0(0.0)    | 0(0.0)  | 3(15.0)      | 17(85.0) |

3.2 ผลการดูแลภาวะความเครียดและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าภายหลังการพัฒนาพบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ภายหลังการใช้รูปแบบ ค่าความเครียด

น้อยลงคิดเป็นร้อยละ 62.8 แต่มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 54.8 หลังใช้รูปแบบมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 73.8 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 2

**ตาราง 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

| ตัวแปร      | N  | Mean (SD) | ร้อยละ | Percentage differences |
|-------------|----|-----------|--------|------------------------|
| ความเครียด  |    |           |        |                        |
| กลุ่มทดลอง  | 10 | 3.14(.66) | 62.8   | -37.35                 |
| กลุ่มควบคุม | 10 | 1.43(.22) | 28.6   |                        |
| คุณภาพชีวิต |    |           |        |                        |
| กลุ่มทดลอง  | 10 | 3.69(.25) | 73.8   | +20.71                 |
| กลุ่มควบคุม | 10 | 2.74(.45) | 54.8   |                        |

3.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละคะแนนความเครียดและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ญาติ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมี

ความเครียดน้อยลงคิดเป็นร้อยละ 62.8 แต่มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 54.8 หลังใช้รูปแบบมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 73.8 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3

**ตาราง 3** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแล ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

| ตัวแปร      | n  | Mean (SD) | ร้อยละ | Percentage differences |
|-------------|----|-----------|--------|------------------------|
| ความเครียด  |    |           |        |                        |
| กลุ่มทดลอง  | 10 | 3.14(.66) | 62.8   | -37.35                 |
| กลุ่มควบคุม | 10 | 1.43(.22) | 28.6   |                        |
| คุณภาพชีวิต |    |           |        |                        |
| กลุ่มทดลอง  | 10 | 3.69(.25) | 73.8   | +20.71                 |
| กลุ่มควบคุม | 10 | 2.74(.45) | 54.8   |                        |

### สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงภายในพื้นที่อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เนื่องจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่จำนวนมากเพราะเส้นทางลำเลียงจากประเทศเพื่อนบ้าน เมื่อผ่านการบำบัดผู้ป่วยมักเสพซ้ำ และชุมชนไม่ให้ความสำคัญ ไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และมองว่าเป็นหน้าที่ของหน่วยงานรัฐ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ส่วนมากเพศชาย ส่วนมากอายุต่ำกว่า 20 ปี สถานภาพโสด ระดับการศึกษาส่วนมากมัธยมปลายและปวช. อาชีพทำไร่นา และมีรายได้น้อย สอดคล้องกับ สยาภรณ์ เดชดี และ อรรพรรณ หนูแก้ว<sup>8</sup> และสอดคล้องกับ โกศล เจริญศรี<sup>9</sup>

Phonthong Model (SPF) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ความรุนแรงโดยเน้นการรักษาพยาบาลและบำบัดโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ กระตุ้นและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองมากขึ้น

เห็นคุณค่าในตนเอง เชื้อมั่น และใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยอาศัยชุมชนเข้ามามีบทบาทและส่วนร่วม ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนได้ สอดคล้องกับ ณฐพร ผลงาม<sup>10</sup> และสอดคล้องกับ อิตารัตน์ห้วยทราย และคณะ<sup>11</sup>

ผลการใช้รูปแบบทำให้ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก

และพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สิน ลดลงตลอดจนภาวะความเครียด และ คุณภาพชีวิต ทั้งผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ดูแลดีขึ้น เนื่องจากการดูแลอย่างจริงจัง และชุมชนภาคีเครือข่ายเข้ามาช่วยเหลือหลายหน่วยงานจึงประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับ วชิราภรณ์ สอระสัน<sup>12</sup>

### ข้อเสนอแนะ

1.ควรนำรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปใช้กับบริบทพื้นที่อำเภอใกล้เคียงและควรมี

การติดตามผู้ป่วยระยะยาวจึงได้ผลดีและมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. ควรมีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้ต่อเนื่องและทำประจำทุกปีและเฝ้าระวังอยู่เป็นประจำร่วมกับการทำงานในเครือข่ายชุมชน
3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในบริบทพื้นที่จะทำให้ได้รูปแบบที่มีมิติมากขึ้นและสามารถแก้ไขปัญหาได้ครอบคลุมขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนทองที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ ในการให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพนทอง เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยงานสุขภาพจิตในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The global burden of disease: 2018 update. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford press; 1979.
3. สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พ.ศ.2561เอกสารรายงานการใช้ยาเสพติดโลก (world drug report) ปี พ.ศ.2564 [อินเทอร์เน็ต>.2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://wdr.unodc.org/wdr2019>
4. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปราม ปี 2565. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เลขที่ 5 แขวง สามเสนใน เขต พญาไท กรุงเทพฯ. 2565.
5. Organization; 2008 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. จัปตาทิศทางสุขภาพจิตคนไทยปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/thaihealthwatch/>
6. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเวช สุรา ยา สารเสพติด โรงพิมพ์บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด กรุงเทพมหานคร. 2563.
7. โรงพยาบาลพนทอง. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ความรุนแรง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. 2566.
8. สยาภรณ์ เดชดี และ อรรพรรณ หนูแก้ว. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2563; 35(1): 120-132.
9. โกศล เจริญศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566; 8(1): 119-128.
10. ณัฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารสาธารณสุขชนวนตกรรม 2564; 1(2): 112-118.
11. อิดารัตน์ ห้วยทราย และคณะ. ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช.วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2565; 24(1): 121-130.
12. วชิราภรณ์ สอระสัน. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566; 8(1): 1-8.