

ประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อ
การก่อความรุนแรงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี

**Effectiveness of a Participatory Network-Based Care Model for
Psychiatric Patients with Substance Use at High Risk
of Violent Behavior in Chanthaburi Province**

พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ, พย.ม.*¹

Puttiporn Pongnantakunkij, M.N.S.

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแล และเปรียบเทียบ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 20 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้ สารเสพติด จำนวน 10 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความ เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีระยะเวลาการอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 2) แบบสอบถามสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 3) แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล ความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ (เคอาร์-20) และทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ ประสบสถานการณ์ (สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค) ในกลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพมีค่าเท่ากับ .92 และ .91 และใน กลุ่มผู้ดูแล เท่ากับ .89 และ .87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบวิลส์คอกซ์ชันซายน์แรงค์

ผลการวิจัย หลังเข้าร่วมกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ ความรู้และทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบ สถานการณ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และเมื่อติดตามในสัปดาห์ที่ 4 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายสามารถขยายผลไปใช้ในผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล, ผู้ป่วยจิตเวช, สารเสพติด, กระบวนการมีส่วนร่วม

¹พยาบาลวิชาชีพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี

Registered Nurse, Chanthaburi Provincial Public Health Office, Chanthaburi Province

Corresponding Author: [*aeiputtiporn29@gmail.com](mailto:aeiputtiporn29@gmail.com)

ABSTRACT

This one-group pretest–posttest quasi-experimental study aimed to compare the knowledge and situational assistance skills of multidisciplinary team members and caregivers, as well as to examine the caregivers’ quality of life. The sample consisted of two groups: 20 multidisciplinary team members and 10 caregivers of psychiatric patients with substance use disorders. Research instruments included: (1) a participatory network-based care model for psychiatric patients with substance use disorders who were at high risk of violent behavior. A 2-day workshop was conducted, followed by home visits over a 4-week period. (2) a questionnaire for multidisciplinary team members, and (3) a questionnaire for caregivers. The reliability of the knowledge questionnaire (KR-20) and situational assistance skills questionnaire (Cronbach’s alpha) was .92 and .91, respectively, for the team members, and .89 and .87 for the caregivers. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that, after participating in the 2-day workshop, both the knowledge and situational assistance skills of the multidisciplinary team members and caregivers significantly improved compared to before the intervention. In addition, after 4-week follow up the caregivers’ quality of life significantly improved at the .05 level.

The participatory network-based care model for psychiatric patients with substance use disorders at high risk of violent behavior can be adapted and applied in other contexts with similar settings.

Keywords: Care model, Psychiatric patients, Substance use, Participatory approach

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญของคนทั่วโลก ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงเสียชีวิตเร็วกว่าประชากรทั่วไป 10 ถึง 20 ปี และการมีสุขภาพจิตไม่ดีจะถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน โดยส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจของภาวะสุขภาพจิตอย่างมหาศาล¹ และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดกำลังเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทย จากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับชาติล่าสุด ปี พ.ศ. 2566² ในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป พบความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) และความชุก 12 เดือน (12-month prevalence) ของโรคจิตเวชและความผิดปกติร่วมของพฤติกรรมการใช้สุรา/สารเสพติดสูงถึงร้อยละ 30.8 (15.9 ล้านคน) และร้อยละ 13.4 (6.9 ล้านคน) นำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง เช่น การทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด³ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ขาดการรักษา ขาดการรับประทายอย่างต่อเนื่อง ขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ประกอบกับการใช้สารเสพติดร่วม และระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชายังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะระยะหลังพบข้อมูลที่บ่งชี้ถึงผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดร่วม โดยเฉพาะยาบ้าและสุราถึงร้อยละ 70⁴ ส่งผลต่อการกลับมาป่วยซ้ำ บางรายหลังใช้ยาเสพติดมีภาวะประสาท

หลอนก่อนอันตรายรุนแรงทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่น ส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศชาติ⁵

ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดในปัจจุบันก่อความรุนแรงมากขึ้นหลังการใช้สารเสพติดทั้งต่อตนเอง บุคคลในครอบครัว และในสังคม โดยพบการใช้สารเสพติดร่วมจนทำให้มีอาการทางระบบประสาท เช่น ภาวะเห็นภาพหลอนก่อนก่อความรุนแรง จากพฤติกรรมจากองค์ประกอบขึ้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด⁶ พบว่า ก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติดมากกว่า 2 ชนิด โดยเฉพาะสุราพร้อมกับยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ยาไอซ์ เป็นต้น มาก่อนจนเกิดเป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป การสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกในกลุ่มผู้ดูแล/ญาติ พบว่าไม่ทราบถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจึงไม่นำเข้าระบบการรักษา บางรายนำเข้าระบบการรักษาแต่ขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเรื้อรังจากการขาดยา ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ร่วมกับสภาพชุมชนและสังคมมีการใช้สารเสพติดอย่างเสรี เช่น กัญชา เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และพบว่ามี การใช้สารเสพติดมากกว่า 2 ชนิด ขึ้นไป⁷ จากการประชุมชี้แจงงานสุขภาพจิตร่วมกับเจ้าหน้าที่และผู้แทนทุกภาคส่วนในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี พบว่า อัตราผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 มีจำนวน 187 ราย และมีจำนวน 4 ราย ที่ก่อความรุนแรงและเป็นข่าวในหลายช่องทาง ซึ่งในปีงบประมาณ 2568 มีผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด จำนวน 514 ราย และก่อความรุนแรงโดยการเผาบ้านตัวเอง 1 ราย⁸

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดในจังหวัดจันทบุรี พบว่า อำเภอที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงคืออำเภอท่าใหม่ อำเภอแก่งหางแมว และอำเภอขลุง โดยมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (กลุ่มสีแดง) (Serious Mental Illness-Violence, SMI-V) จำนวน 47, 39 และ 29 ตามลำดับ โดยพบว่ามี การก่อความรุนแรงในพื้นที่ ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ในชุมชนจนเกิดความกลัว ถูกตีตราในสังคม หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งรูปแบบสะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักถึงความสำคัญของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลให้มีความรู้และสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้ได้รับการรักษา การรับประทายยา การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นได้ถูกขยายผลต่อในพื้นที่อำเภอที่มีความเสี่ยงสูงคืออำเภอท่าใหม่ ซึ่งก่อนจะนำไปใช้อย่างแพร่หลาย การทดลองใช้ในพื้นที่จึงมีความจำเป็น การศึกษานี้จึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี เพื่อให้

ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงกลุ่มนี้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดการกลับมาป่วยซ้ำ เพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมุ่งหวังการขยายผลในกลุ่มบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ทั้งฝ่ายปกครอง ตำรวจ ครอบครัวยุวมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ของอำเภอท่าใหม่ รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งแต่เดิมรูปแบบที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดของอำเภอท่าใหม่ มีเพียงการเยี่ยมบ้านหลังกลับจากโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเท่านั้น ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงตามรูปแบบฯ ซึ่งมีหลักการที่สำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว การบำบัดรักษาผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดร่วม และการส่งต่อเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือเพื่อไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ ผู้ป่วยมีโอกาสใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ ลดการตีตราในสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติรวมถึงผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมไปถึงลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว โรงพยาบาล และภาครัฐบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

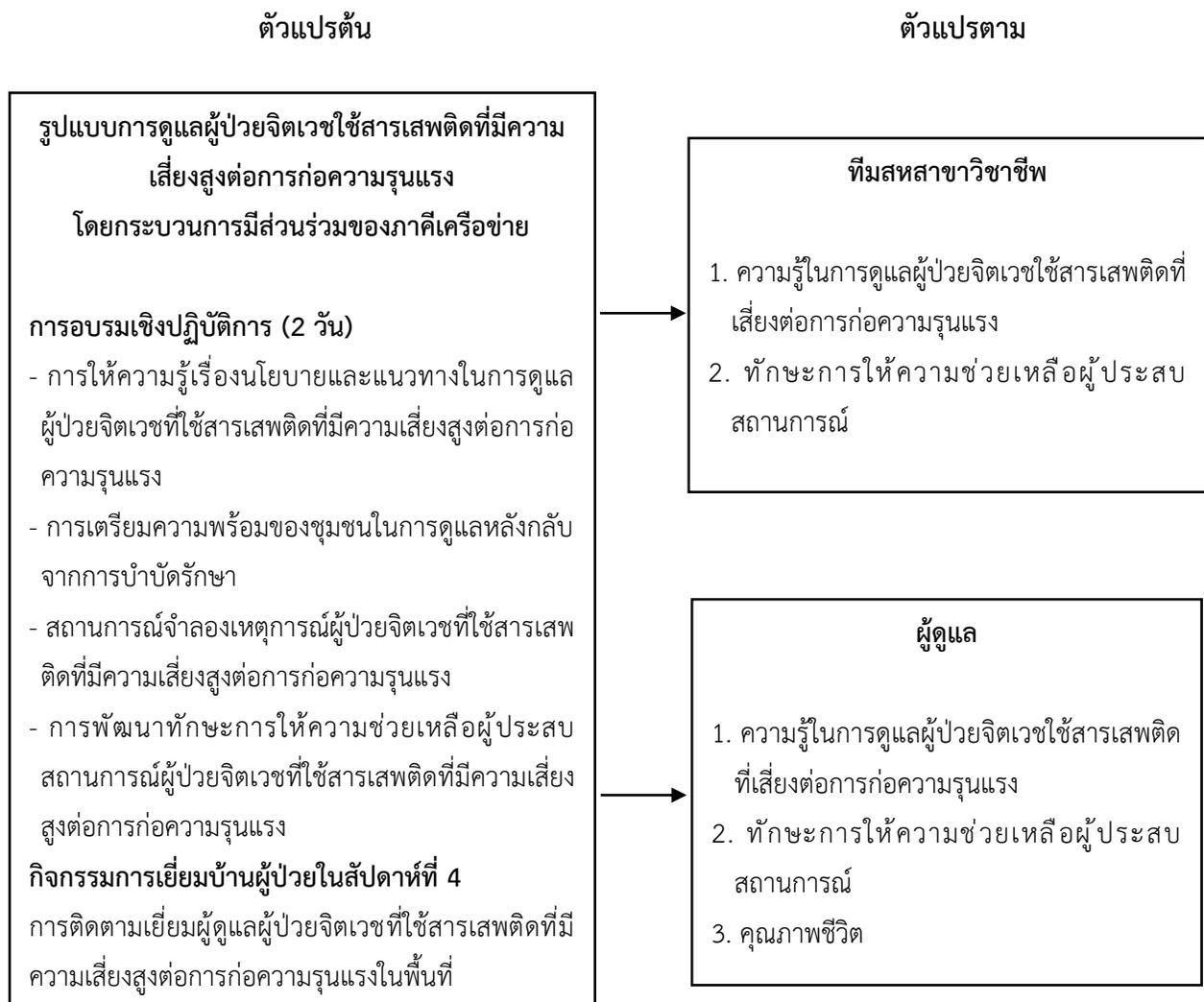
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

สมมติฐานงานวิจัย

1. หลังเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ
2. หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีเดิมมิ่ง PAOR ของ Kemmis และ Mc Taggart (1990)^๑ ซึ่งนำรูปแบบมาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี ของทิพย์วิมล ตั้งชูทวี ทรัพย์, พุทธิพร พงศ์นันทกุลกิจ และสุภาพ ขวัญพูล (2567)^๒ โดยการวิจัยครั้งนี้นำรูปแบบมาต่อยอดในการกำหนดกิจกรรมในพื้นที่อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นอำเภอที่มีผู้ป่วย SMI-V มากที่สุดของจังหวัดจันทบุรี เพื่อนำกิจกรรมไปใช้ในการดูแลและป้องกันผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดไม่เกิดความรุนแรงซ้ำดังกรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มตัวอย่างเดียว (One group design) โดยการเปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลัง (pretest-posttest) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 2 มกราคม ถึงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้แก่ ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง ตำรวจ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 150 คน และ 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 50 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง ตำรวจ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งชายและหญิงที่รับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด อย่างน้อย 1 ปี และอายุเกิน 18 ปี เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ดูแล/ญาติทั้งชายและหญิงที่รับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และอายุเกิน 18 ปี เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยแผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยได้จากการศึกษาดำรง เอกสารวิชาการ ทฤษฎี และแนวคิดจากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ¹⁰ คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง¹¹ มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V care) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน¹²

โดยนำมาประยุกต์ในการทำกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง นโยบายการดูแลรวมถึงการเตรียมความพร้อมของชุมชนในการดูแลหลังกลับจากการบำบัดรักษา

กิจกรรมที่ 2 สถานการณ์จำลองเหตุการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

กิจกรรมที่ 3 ทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

กิจกรรมที่ 4 การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วัน ส่วนผู้ดูแลจะนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดนาน 4 สัปดาห์ และจะได้รับการเยี่ยมบ้านเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การนับถือศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบสอบถามส่วนนี้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสารวิชาการ ทฤษฎี และแนวคิดจากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ รวมเป็น 22 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นคำตอบถูก ไม่แน่ใจ และไม่ถูกต้อง แบ่งคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom (1968)¹³ มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 ขึ้นไป (17.60-22.00 คะแนน) หมายถึง ระดับความรู้สูง คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ ร้อยละ 60-79.99 (13.20-17.59 คะแนน) หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า ร้อยละ 60 (น้อยกว่าร้อยละ 13.20 คะแนน) หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ

ส่วนที่ 3 ทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดก่อความรุนแรง เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยนำมาจาก เจตน์วิชัยนำมาจาก เจตน์วิชัย บัณฑิต, สุทธิพร มุลศาสตร์ และวันเพ็ญ แก้วปาน (2566) และ

นำมาปรับเนื้อหาให้เข้ากับทักษะเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ดีมาก ค่อนข้างดี ปานกลาง ควรปรับปรุง ไม่ดีเลย จำนวน 28 ข้อ พิจารณาอิงเกณฑ์ของ Best (1981)¹⁴ มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ ระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง หมายถึง มีทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ ระดับควรปรับปรุง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ ระดับไม่ดี

2.2 แบบสอบถามความรู้ ทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และคุณภาพชีวิต สำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การนับถือศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการดูแล จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบสอบถามส่วนนี้มีความคล้ายคลึงกับแบบสอบถามฯ สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ส่วนที่ 3 ทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดก่อความรุนแรง แบบสอบถามส่วนนี้มีความคล้ายคลึงกับแบบสอบถามฯ สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL –BREF–THAI)¹⁵ โดยเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ จำนวน 3 ข้อ กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก จำนวน 23 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 26 ข้อ มีระดับมาตรวัดคะแนน 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด การแปลผลคะแนน โดยคะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และคะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบและความหมายของคะแนนคุณภาพชีวิตตามแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL –BREF–THAI)

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านสุขภาพจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามส่วนความรู้และทักษะไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษรับผิดชอบงานผู้ป่วยใน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน เพื่อตรวจสอบครอบคลุมของเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาและนำแนวคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) แบบสอบถามถูกนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 คน เพื่อทำความเข้าใจในการตอบคำถาม ทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาของภาษาที่ใช้ ตรวจสอบความชัดเจนของข้อความคำถามและความสะดวกในการนำเครื่องมือไปใช้โดยพิจารณาจากคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนความรู้ (KR-20) และสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของส่วนทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ในกลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ .92 และ .91 และกลุ่มผู้ดูแล เท่ากับ .89 และ .87

วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนการดำเนินงานวิจัย

1.1 ก่อนดำเนินการวิจัยชี้แจงรายละเอียดของกิจกรรม เนื้อหา วัตถุประสงค์ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง รวมถึงการติดตามวัดและประเมินผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

1.2 การดำเนินการรวบรวมข้อมูลก่อนการทำกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดฯ ตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นก่อนเริ่มการอบรมเชิงปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาดำเนินงานวิจัย

ดำเนินงานวิจัยตามกิจกรรมในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการพร้อมกันทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพและกลุ่มผู้ดูแล ซึ่งมีแผนดำเนินการ ดังนี้

2.1 กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง นโยบาย รวมถึงการเตรียมความพร้อมของชุมชนในการดูแลหลังกลับจากการบำบัดรักษา โดยการบรรยายให้ความรู้ วันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2568 เวลา 9.00-12.00 น. จำนวน 3 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบสถานการณ์ตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลและสามารถส่งต่อเข้ารับการรักษาได้อย่างถูกต้อง เนื้อหาประกอบด้วย 1) สถานการณ์และนโยบายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของจังหวัดจันทบุรี 2) แนวทางการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดระดับครอบครัวและชุมชน 3) แนวปฏิบัติการส่งตัวผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิตในระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง และตำรวจ 4) แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลชุมชนในการส่งตัวผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิตเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดจันทบุรี 5) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 6) บทบาทของบุคลากรและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และ 7) ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

2.2 กิจกรรมที่ 2 สถานการณ์จำลองเหตุการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดก่อความรุนแรง ในวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2568 เวลา 13.30-15.30 น. จำนวน 2 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสามารถสังเกตสัญญาณเตือนและสามารถเข้าจำกัดพฤติกรรมหรือแจ้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าดูแล เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เรื่องความหมายของผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การแบ่งแยกของพฤติกรรมก้าวร้าว การสังเกตสัญญาณเตือน 5 สัญญาณ วิธีการเข้าจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย วิธีการอบรมโดยการบรรยายให้ความรู้ ชมวิดีโอทัศน์สถานการณ์การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ทีมวิทยากรจำลองสถานการณ์การเข้าจำกัดพฤติกรรม และแบ่งกลุ่มในการฝึกปฏิบัติ

2.3 กิจกรรมที่ 3 ทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดก่อความรุนแรง ในวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2568 เวลา 9.00-12.00 น. จำนวน 3 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ประสบเหตุการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดก่อความรุนแรง สามารถช่วยเหลือ ปฐมพยาบาล นำส่งโรงพยาบาล และฟื้นฟูภาวะวิกฤติได้ เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เรื่องทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้

สารเสพติดก่อความรุนแรง วิธีการอบรมโดยการบรรยายให้ความรู้ ตัวอย่างสถานการณ์ และการจำลองสถานการณ์ โดยผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านได้ฝึกปฏิบัติตามทักษะการให้ความช่วยเหลือ

เมื่อสิ้นสุดการอบรมเชิงปฏิบัติการ ทั้งกลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลจะได้รับการประเมินความรู้และทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดก่อความรุนแรง โดยดำเนินการในวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2568 เวลา 13.30-15.30 น. จำนวน 2 ชั่วโมง

2.4 กิจกรรมที่ 4 การติดตามเยี่ยมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในพื้นที่ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามเยี่ยมให้กำลังใจและเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หลังเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและออกเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เลขที่ CTIREC 040/67 ลงวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตบันทึกเทปและจดบันทึก และผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในแบบฟอร์มการให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และข้อมูลมีการกระจายแบบปกติซึ่งทดสอบโดยค่า Kolmogorov Smirnov test กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ซึ่งมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การนับถือศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแล และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการตามรูปแบบฯ และหลังการใช้รูปแบบเมื่อสัปดาห์ที่ 4 โดยใช้สถิติทดสอบไชน์วิลค็อกซันไซน์แรงค์ (Wilcoxon Signed Rank Test) เพราะข้อมูลไม่มีการกระจายแบบโค้งปกติ

ผลการศึกษาวิจัย

1. ผลการศึกษาในกลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของทีมสหสาขาวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 เพศชาย ร้อยละ 20.00 โดยมีอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 85.00 รองลงมาอายุ 20-40 ปี ร้อยละ 15.00 ส่วนใหญ่นับถือศาสนา พุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 60.00 รองลงมาโสด ร้อยละ 40.00 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 85.00 รองลงมาอนุปริญญา ร้อยละ 15.00 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 90.00 รองลงมาอาชีพพนักงานของรัฐ 10.00 โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อยู่ที่ 6-10 ปี ร้อยละ 80.00 รองลงมามากกว่า 20 ปี ร้อยละ 20.00

1.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของทีมสหสาขาวิชาชีพ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการดีกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

1.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของทีมสหสาขาวิชาชีพ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการดีกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ (n = 20)

การดูแลผู้ป่วยจิตเวช	M	SD	Z	p
ความรู้ในการดูแล				
ก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการ	13.50	3.25	-7.790	.000
หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ	20.10	1.25		
ทักษะการช่วยเหลือ				
ก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการ	2.52	.32	-25.997	.000
หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ	4.60	.12		

***p < .05

2. ผลการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแล

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 เพศชาย ร้อยละ 20.00 โดยมีอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 80.00 รองลงมาอายุ 20-40 ปี ร้อยละ 20.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.00 รองลงมาศาสนาคริสต์ ร้อยละ 10.00 สถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 90.00 รองลงมาหย่า ร้อยละ 10.00 การศึกษาอยู่ที่มัธยมศึกษา ร้อยละ 40.00 รองลงมาปริญญาตรี ร้อยละ 60.00 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.00 รองลงมา อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.00 โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด อยู่ที่ 6-10 ปี ร้อยละ 70.00 รองลงมามากกว่า 10-15 ปี ร้อยละ 30.00

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ดูแล

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ดูแล ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการดีกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

1.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ดูแล

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ของผู้ดูแล หลังการใช้รูปแบบดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

1.4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 4 ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล หลังการใช้รูปแบบดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการและใช้รูปแบบเมื่อสัปดาห์ที่ 4 (n = 10)

การดูแลผู้ป่วยจิตเวช	M	SD	Z	p
ความรู้ในการดูแล				
ก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการ	10.20	4.44	-2.814	.005
หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ	18.00	1.88		
ทักษะการช่วยเหลือ				
ก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการ	2.58	0.40	-2.805	.005
หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ	4.62	0.17		
คุณภาพชีวิต				
ก่อนการใช้รูปแบบ	83.40	8.68	-7.807	.005
หลังใช้รูปแบบเมื่อสัปดาห์ที่ 4	99.40	4.00		

***p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในกลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.1 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการตามกิจกรรมของรูปแบบ ความรู้ของทีมสหสาขาวิชาชีพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกิจกรรมในรูปแบบฯ ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง¹⁶ ที่ศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วมผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและก่อความรุนแรงได้รับการดูแลฉุกเฉินและการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 100 ไม่เกิดอุบัติการณ์รุนแรงจากพฤติกรรมของผู้ป่วย SMI-V เข้าในชุมชน ชุมชนสามารถประเมินและจัดการอุบัติการณ์รุนแรงเบื้องต้น และสามารถดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด¹⁷ ผลการศึกษาหลังการพัฒนาแบบภาคีเครือข่ายมีความรู้เพิ่มขึ้น ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงลดลง

1.2 ทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการตามกิจกรรมในรูปแบบ ทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ดีกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกิจกรรมประกอบด้วย การให้ตัวอย่างสถานการณ์และการจำลองสถานการณ์ โดยผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านได้ฝึกปฏิบัติตามทักษะการให้ความช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาข้างเคียง เจตน์วิษุวัตม์ บริรักษ์ และคณะ¹⁹ การพัฒนาจิตอาสาให้มีความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในสถานการณ์สาธารณภัยให้ได้รับการดูแลก่อนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเข้าถึงจะช่วยลดความรุนแรงความพิการและการเสียชีวิต โดยรูปแบบการพัฒนาจิตอาสาเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบสาธารณภัยในชุมชน ประกอบด้วย การสร้างความตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการป้องกันสาธารณภัยการปลูกจิตสำนึกการเป็นจิตอาสา การคัดเลือกจิตอาสาตามคุณสมบัติ การอบรมเชิงปฏิบัติการและการฝึกซ้อมแผนสาธารณภัย

2. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในกลุ่มผู้ดูแล

2.1 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ดูแลพบว่า หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการความรู้ดีกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามกิจกรรมในรูปแบบดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับการศึกษาของพินณรัฐ ศรีหารักษา²⁰ ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง หลังได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนและการมีทีมสุขภาพในรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ก่อความรุนแรงในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด¹⁷ โดยผลการศึกษาหลังการพัฒนาารูปแบบญาติและผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 ทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ ทักษะของผู้ดูแลดีกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามกิจกรรมในรูปแบบดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา¹⁸ พบว่าหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมตามโครงการผู้ป่วยยาเสพติดมีความต้องการเสพยาเสพติดลดลงไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ มีทักษะในการปฏิเสธ และมีความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงลดลง ผู้ดูแลมีความรู้ทัศนคติต่อผู้ป่วยที่ดี

2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบฯ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และหลังได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการตามกิจกรรมในรูปแบบ และนำกลับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย พบว่าเมื่อสัปดาห์ที่ 4 ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เกิดจากการมีระบบในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านแบบรายกรณี ซึ่งการสร้างความร่วมมือ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและการกำหนดบทบาทหน้าที่ทุกภาคส่วนให้ชัดเจน ส่งผลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนช่วยในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงทำให้สามารถจัดการกับปัญหาในชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลจึงดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05²¹ และสอดคล้องกับการศึกษาข้างเคียงด้านดัชนีความสุขของครอบครัวและคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.01$ ²²

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- บุคลากรทางด้านสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง เช่น ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ควรนำผลการวิจัยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยสามารถนำไปจัดกิจกรรมเพื่อการป้องกันผู้ป่วยและครอบครัวจากภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในพื้นที่
- ผู้บริหารและบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด สามารถนำผลการวิจัยนี้เสนอต่อหน่วยงาน เพื่อกำหนดเป็นนโยบายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงฯ และป้องกันการเกิดความเสี่ยงผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดก่อความรุนแรงซ้ำในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด เช่น ปัจจัยภายในของบุคคลด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อม สังคม รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน
- การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงมุมมอง ความคิดเห็น ความเชื่อ และเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เพื่อนำไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในระยะยาวอย่างยั่งยืน

REFERENCES

- World Health Organization. Mental health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health>
- Mental Health Knowledge Repository. Prevalence of self-control disorders: National mental health epidemiological survey 2023. [In-Thai]
- Lekmeechai S. Prevalence and Associated Factors of Violence in Psychiatric Patients Admitted as Inpatients of Phaholpolpayuhasena Hospital. Phaholpolphayuhasena Hospital Journal. 2024;12(2):60-75. [In-Thai] Available from: <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/PPHJ/article/view/1001/894>
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. WHOQOL-BREF-THAI: A World Health Organization Quality of Life assessment. 2024. [In-Thai]
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for continuous follow-up care of psychiatric patients with alcohol/drug/substance addiction (pilot version). Prosperous Plus Co., Ltd.; 2020. [In-Thai]
- Tungchutaweesub T, Pongnanthakunkij P, Kwanpool S. Development of a care model psychiatric on high-risk substance toward violence by the participation process of

- network partners, Chanthaburi Province. 2024. [In-Thai] Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/276597>
7. Muang District Public Health Office. Data on psychiatric patients using substances. 2024. [In-Thai]
 8. Chanthaburi Provincial Public Health Office. Data on psychiatric patients using substances: Non-communicable diseases, mental health, and substance abuse division. 2025. [In-Thai]
 9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1992
 10. Saengchan Printing Partnership Ltd. Manual for the care of chronically mentally ill patients at risk in the community for primary care personnel. Bangkok: Saengchan Printing Partnership Ltd. 2016. [In-Thai]
 11. Prosperous Plus Co., Ltd. Manual for the care system of psychiatric patients at high risk of violence for institutions/hospitals under the Department of Mental Health. Bangkok: Prosperous Plus Co., Ltd. 2016. [In-Thai]
 12. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for the care of psychiatric patients at high risk of violence for psychiatric institutions/hospitals under the Department of Mental Health. 2020. [In-Thai]
 13. Bloom BM. Learning for mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs. 1968;1:1-12.
 14. Best JW. Research in education. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
 15. World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring, and generic version of the assessment. Geneva: World Health Organization; 1996. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>
 16. Prakirana P, Sawangthaisong C, Boonmee D, Chantanui K, Chaison O. Guidelines for the care of drug addicts with mental illness and high risk of violence with community participation in Yangsisurach District, Maharakham Province. J Environ Health Commun Health. 2024;9(6):218-28. [In-Thai]
 17. Walaisee K. Development of a care model for serious mental illness with high risk to violence in the community through the participation process of network partners, Selaphum District, Roi-et Province. J Environ Community Health. 2023;8(3):909-917. [In-Thai] Available from: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1864/1393>
 18. Suksamarnwong C. Development care model for serious mental illness with high risk to violence (SMI-V) patients with community participation in Chana District, Songkhla. J Health Environ Educ. 2023;8(4):374-383. [In-Thai]
 19. Borirak C, Moolsart S, Keawpan W. The model of volunteer development for basic response to disaster in the community, Yala Province. SCNJ. 2023;10(2):1-12. [In-Thai]
 20. Sriharaksa P. Caring for schizophrenic patients at risk of violence through the use of participatory case management in the community, Muang District, Sakon Nakhon Province: A case study in Khamin Subdistrict, Mueang District, Sakon Nakhon Province. J Health Environ Educ. 2022;8(1):436-47. [In-Thai]

21. Sinthusopa W. The effects of a group social support program on quality of life in schizophrenia's caregivers [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. [In-Thai] [http://doi 10.58837/CHULA.THE.2017.1114](http://doi.org/10.58837/CHULA.THE.2017.1114)
22. Chudpimai R. Development of a care model for chronic psychiatric patients at-risk groups in the community through participatory process of network partners, Lamplaimat District, Buriram Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(3):851-67. [In-Thai]