

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Developing a Model for Caring for Psychiatric Patients in Communities at High Risk of Violence in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

นวรรตน์ ธรรมรัตน์โสภณ

Navarat thammratsopon

Corresponding author E-mail: navarat0381@gmail.com

(Received: February 9, 2025; Revised: May 13, 2025; Accepted: June 4, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบท สถานการณ์ และสภาพปัญหา การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และ 3) ประเมินประสิทธิผล ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 222 คน และผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัด พระนครศรีอยุธยา 40 คน เครื่องมือวิจัยเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรงของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า

จังหวัดพระนครศรีอยุธยากำลังเผชิญปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เพิ่มขึ้น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดกรองความเสี่ยงด้าน จิตเวช 2) วางแผนการดูแลรายกรณี 3) ติดตามผลและเยี่ยมบ้าน 4) เสริมพลังทีมสุขภาพและครอบครัว 5) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 6) ปรับปรุงแผน และ 7) การประเมินผล ประสิทธิภาพของรูปแบบ พบว่า ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 174 คน ได้รับการติดตามเพิ่มขึ้น 26 คน ลดอัตราการก่อ ความรุนแรงซ้ำของผู้ป่วยจากร้อยละ 7.27 เหลือร้อยละ 0.77 และลดจำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหลงผิด คิดทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ร้อยละ 1.65

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานสาธารณสุขควรขยายผลรูปแบบนี้ไปยังชุมชนอื่น โดยการเสริมกำลังทีม สุขภาพ ครอบครัว และชุมชนในการดูแลและติดตามผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดพฤติกรรมเสี่ยง และลดความรุนแรงได้อย่างชัดเจน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช การก่อความรุนแรง การดูแลในชุมชน การมีส่วนร่วมของครอบครัว



Abstract

This action research aimed to 1) study the context, situation, and challenges in the community-based psychiatric care, 2) develop a community-based care model for psychiatric patients, and 3) evaluate the effectiveness of the developed model. The samples comprised 222 healthcare personnel and 40 psychiatric patients in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The research instruments consisted of a care model for psychiatric patients at high risk of violence, questionnaires, interviews, and focus group guidelines. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The results revealed that:

Phra Nakhon Si Ayutthaya Province is facing an increasing problem of psychiatric patients with a high risk of violence. The developed care model comprised seven steps: 1) psychiatric risk screening, 2) case care planning, 3) follow-up and home visits, 4) empowerment of healthcare teams and families, 5) community participation, 6) plan adjustment, and 7) evaluation. This model resulted in increased health service access for 174 psychiatric patients and improved follow-up rates for 26 patients meeting the specified criteria. The recurrence rate of violent behaviors among patients decreased from 7.27% to 0.77%, while the proportion of patients exhibiting delusions or attempting life-threatening harm to themselves or others was reduced by 1.65%.

It is recommended that public health agencies extend this model to other communities by strengthening healthcare teams, families, and community networks for continuous care and follow-up of psychiatric patients, in order to improve service accessibility, reduce risky behaviors, and clearly lower violence rates.

Keywords: Psychiatric patients, Violence, Community-based care, Family Engagement

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพต่าง ๆ มากมาย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Juntapim & Nuntaboot, 2018) ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพประเทศไทย โดยประมาณการว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาด้านสุขภาพจิตซึ่งจะเห็นได้จากภาพข่าวตามสื่อต่างๆ ที่นำเสนอเหตุการณ์รุนแรงสะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นในครอบครัวหรือสังคม ผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่เป็นบุคคลปกติทั่วไปที่ไม่ได้มีปัญหาด้านจิตเวช แต่มีส่วนหนึ่งที่ผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนแล้วผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย บางรายมีการใช้สุราและสารเสพติด จึงทำให้อาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะไว้วาย หูแว่ว ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง และอาจก่อความรุนแรง

ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน พบว่า ผู้ก่อเหตุเป็นผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 20 และมักเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง (Department of Mental Health, 2022)

องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่า โรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชจะเป็นปัญหาที่สำคัญของ สาธารณสุข พบว่า มีผู้ป่วยประมาณ 1,500 ล้านคนทั่วโลก ตลอดจนคาดการณ์ว่า สัดส่วนของโรคทางจิตเวช ที่ก่อให้เกิดภาวะสูญเสียความสามารถจะสูงขึ้นจากร้อยละ 10.5 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2565 กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรง (SMI) นั้น พบว่า มีร้อยละ 5-15 ที่สามารถก่อเหตุรุนแรงกับชุมชนได้ นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) สูงถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจิตเวช (World Health Organization, 2020) และ ภาวะการเจ็บป่วยทางจิตคิดเป็นร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทุกโรครวมกัน (Burden of Disease) (World Health Organization, 2020) โรคจิตเวชมีผลกระทบต่อครอบครัว คือ ญาติมีความเครียดอันเนื่องมาจาก ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา มีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม รู้สึกอับอาย (Wachiradilok et al., 2020) ผลกระทบต่อสังคมคือ การสร้างความเดือดร้อนให้ชุมชน เนื่องจากมีอาการ หวาดระแวง หลงผิด พกอาวุธ หรือทำข้าวของเสียหาย ผลกระทบต่อประเทศก่อให้เกิดการสูญเสีย ทางเศรษฐกิจ และขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ (Charoensakulsup et al., 2022) สำหรับสถิติ ในประเทศไทยปีงบประมาณ พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการในสถานบริการด้านสุขภาพของ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2,322,497 คน โดยคาดการณ์ว่า เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรง จำนวน 200,000-300,000 คน (Department of Mental Health, 2022) ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีผู้ป่วย จิตเวชที่ก่อความรุนแรง จำนวน 241 คน ข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงแนวโน้มปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชที่มีโอกาส ก่อความรุนแรงซึ่งนำไปสู่การเกิดปัญหาสำคัญอื่นๆ ของประเทศตามมา

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการสนับสนุนให้มี การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยมุ่งหวังให้เกิดระบบ การดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันทางการแพทย์ฉุกเฉินและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องให้มีการดำเนินการดังกล่าวครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ (Suraaronsamr, 2020) สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาท หน้าที่ในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขทั้งจังหวัด รวมทั้งการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าเกณฑ์ มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ลดการกำเริบของอาการทางจิตและการถูกรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงลดการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น จากการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชของจังหวัด พระนครศรีอยุธยา ระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 พบว่า สถิติจำนวนของผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกอำเภอ อย่างชัดเจน โดยในปี พ.ศ. 2564 พบจำนวน 8,729 คน และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 10,968 ราย โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 241 คน และเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2566 จำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 316 คน ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมาแต่ละพื้นที่ต่างปฏิบัติตาม ประสิทธิภาพของแต่ละบุคคล วิธีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน เกิดการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ซ้ำ ในปี พ.ศ.2564 สูงถึงร้อยละ 13 (Phra Nakhon Si Ayutthaya Provincial Public Health Office, 2023) จากการศึกษาพบว่า ในอดีตการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มักดำเนินการภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือโรงพยาบาลชุมชน โดยมี



การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการ และการจ่ายยาอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครอบครัว ขาดการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อสม. หน่วยงานองค์กรปกครองท้องถิ่น มีข้อจำกัดในเรื่องการติดตามผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งอาจนำไปสู่การก่อเหตุรุนแรงได้ ขาดการจัดการกรณีผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาทำให้การดูแลไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีบทบาทโดยตรงในการบริหารจัดการ วางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จึงพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัด พระนครศรีอยุธยาขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหการก่อความรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเวชและทำให้ผู้ป่วยจิตเวชดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

คำถามการวิจัย

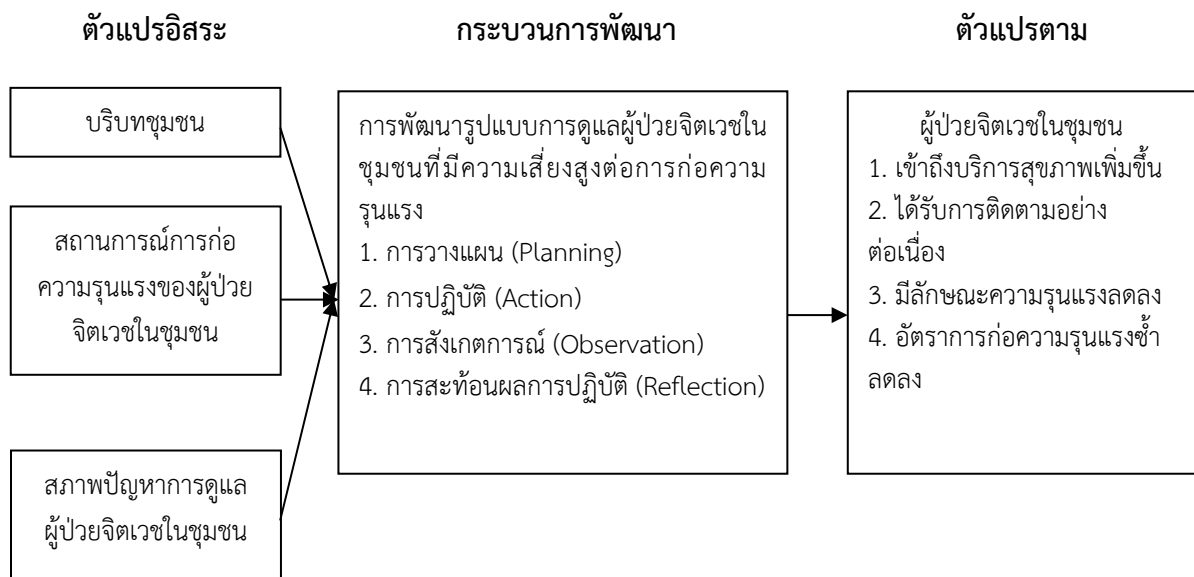
1. บริบท สถานการณ์ และสภาพปัญหาในปัจจุบันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยามีลักษณะอย่างไร
2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่สอดคล้องกับบริบทในชุมชน ควรเป็นอย่างไร
3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยามีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ และสภาพปัญหาในปัจจุบันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และใช้แนวคิด PAOR ของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan), การลงมือปฏิบัติ (Act), การสังเกตการณ์ (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) กรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในภาพ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบการศึกษาวิจัยแบบวงจรการวิจัยปฏิบัติการรูปแบบ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 222 คน และผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนที่ได้รับการสำรวจและขึ้นทะเบียนในช่วงเวลาที่ศึกษา เดือนมิถุนายน 2567 ถึงเดือนกันยายน 2567 จำนวน 1,132 ราย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่

1. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวน 222 คน จำแนกเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 16 อำเภอๆ ละ 1 คน รวม 16 คน และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 206 ตำบลๆ ละ 1 คน รวมเป็น 206 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนไม่น้อยกว่า 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เจ็บป่วย/ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ และเดินทางออกนอกพื้นที่ระหว่างการศึกษา

2. กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 40 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusive criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V ตามเกณฑ์การจำแนกของกรมสุขภาพจิต และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย



เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และผู้ป่วยถูกส่งต่อเข้าเรือนจำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เรื่องการศึกษาบริบท สถานการณ์ และสภาพปัญหาในปัจจุบันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบ คือ แนวทางการสนทนากลุ่ม เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ใช้สำหรับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อระดมความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 8 ข้อ ตัวอย่างคำถาม เช่น ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงในชุมชน แนวทางการดูแลในปัจจุบันมีจุดเด่นและจุดด้อยอย่างไร รูปแบบการดูแลใหม่ควรจะมีองค์ประกอบใดบ้างเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล คือ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และแบบสอบถามผลการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 10 ข้อ ตัวอย่างคำถาม เช่น จำนวนผู้ป่วยจิตเวชรายเก่า รายใหม่มารับบริการและได้รับการติดตามตามเกณฑ์ อัตราของผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรงซ้ำ เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยจำนวน 3 ชุด ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช การวิจัย และการสร้างเครื่องมือวิจัย ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) อยู่ในช่วง 0.66 - 1.00 จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และ 2) ด้านความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่า เท่ากับ 0.82 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีและเหมาะสมสำหรับการเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบการศึกษาวิจัยแบบวงจรการวิจัยปฏิบัติการรูปแบบ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988)

1. การเตรียมการ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตและการยินยอม ขออนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด การเตรียมเครื่องมือวิจัย พัฒนาและทดสอบเครื่องมือวิจัยเพื่อให้แน่ใจว่ามีความน่าเชื่อถือและความถูกต้อง
2. การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบการศึกษาวิจัยแบบวงจรการวิจัยปฏิบัติการรูปแบบ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

2.1 การวางแผน (Plan) ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาบริบท สถานการณ์ และสภาพปัญหา ในปัจจุบันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัด พระนครศรีอยุธยาโดยใช้แบบสัมภาษณ์แล้วนำมาวิเคราะห์ และจัดการประชุมสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อระดมความคิดเห็นเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2.2 การลงมือปฏิบัติการ (Act) ขั้นตอนนี้เป็นการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่พัฒนาขึ้น ไปลงมือปฏิบัติการในพื้นที่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2.3 การสังเกตการณ์ (Observe) ขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องทำการสังเกตการณ์ การลงมือปฏิบัติการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัด พระนครศรีอยุธยาที่พัฒนาขึ้น เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น

2.4 การสะท้อนผล (Reflect) ขั้นตอนนี้เป็นการสะท้อนผลที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาไปใช้ปฏิบัติการจริงจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ลำดับที่ 17/2567 วันที่รับรอง 24 มิถุนายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาบริบท สถานการณ์ และสภาพปัญหาในปัจจุบันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1.1 บริบทและสถานการณ์ปัญหา ผลการศึกษา พบว่า ปัจจุบันจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เผชิญกับปัญหาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลเชิงสถิติแสดงให้เห็นว่าในช่วงปี 2564-2566 จังหวัดพระนครศรีอยุธยามีผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นจากจำนวน 241 ราย ในปี 2564 เป็นจำนวน 316 รายในปี 2566 โดยเฉพาะในเขตอำเภอท่าเรือ มีผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นจากจำนวน 18 ราย ในปี 2564 เป็นจำนวน 48 รายในปี 2566 ซึ่งสะท้อนถึงการขยายตัวของปัญหาในชุมชน ทั้งนี้ ภายในระยะเวลาเพียงสองสัปดาห์ในช่วงเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน 2565 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก จำนวน



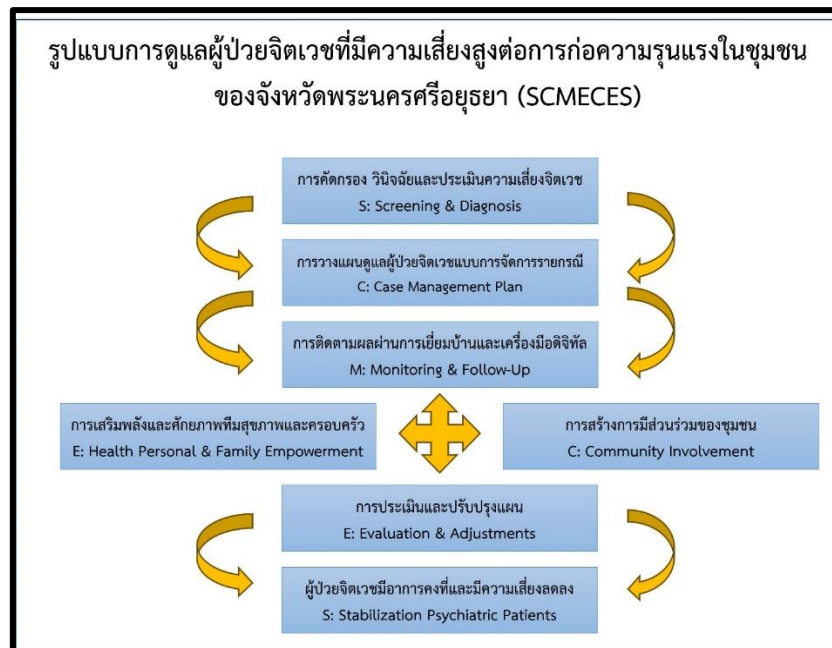
32 ราย เป็นจำนวน 41 ราย และมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศรีธัญญาถึงจำนวน 6 ราย โดยบางวันต้องส่งตัวผู้ป่วยมากถึงจำนวน 2 รายในวันเดียว ในด้านสถานการณ์ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมักแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เช่น การทำร้ายบุคคลอื่น การทำลายทรัพย์สิน และการมีอาชญากรรมหลงผิด หูแว่ว และเห็นภาพหลอน ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมของชุมชน

1.2 สภาพปัญหา ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มักมีประวัติการเสพสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะแอมเฟตามีน ซึ่งนำไปสู่อาการทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง ตัวอย่างหนึ่งคือผู้ป่วยที่เสพสารเสพติดวันละ 5-8 เม็ดต่อเนื่องมานานกว่า 10 ปี ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่เพียงมีปัญหาในการดูแลตนเองเท่านั้น แต่ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะเส้นเลือดในสมองแตก และพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น นอกจากนี้ ชุมชนเองยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลและการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ความกลัวและความหวาดระแวงของชุมชนมักทำให้ผู้ป่วยถูกกีดกันจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และขาดการสนับสนุนจากคนรอบข้าง

1.3 ข้อค้นพบที่สำคัญ ผลการศึกษา พบว่า บริบทในชุมชนและระบบการดูแลในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดหลายประการ การขาดทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในพื้นที่ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องและการจัดการที่มีประสิทธิภาพ แม้ว่าจะมีความพยายามในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แต่ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาลงในระยะยาวได้

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน โดยการบูรณาการแนวคิดการจัดการรายกรณีเข้ากับแนวทางการดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในระยะยาว ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

จากภาพที่ 2 สามารถอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานตาม "รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา" ได้ดังนี้

1. การคัดกรองและวินิจฉัย (Screening & Diagnosis) เริ่มต้นด้วยการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้เครื่องมือทางจิตเวชที่ได้รับมาตรฐาน เช่น แบบประเมินความเสี่ยงด้านจิตเวช และการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น นักจิตวิทยาและจิตแพทย์ การวินิจฉัยครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อแยกแยะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2. การวางแผนดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบการจัดการรายกรณี (Case Management Plan) การวางแผนดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกระบุว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงจะได้รับ การวางแผนดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบการจัดการรายกรณีโดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การวางแผนพิจารณาจาก ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ประวัติสุขภาพ สภาพแวดล้อมครอบครัว และความพร้อมของชุมชน

3. การติดตามผลและเยี่ยมบ้าน (Monitoring & Follow-Up) ในขั้นตอนนี้ ทีมสุขภาพชุมชน ดำเนินการติดตามผู้ป่วยผ่านการเยี่ยมบ้านเป็นระยะ พร้อมใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันที่ช่วยบันทึก ข้อมูลพฤติกรรมของผู้ป่วย การติดตามนี้มุ่งเน้นการสังเกตพฤติกรรมและตอบสนองต่อสถานการณ์ที่อาจเกิด ความรุนแรง

4. การเสริมพลังและศักยภาพทีมสุขภาพและครอบครัว (Empowerment) การเสริมพลังและ ศักยภาพทีมสุขภาพและครอบครัว ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยง สมาชิกในครอบครัวได้รับการ ฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น การจัดการอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ขณะเดียวกัน ทีมสุขภาพจะได้รับการเพิ่มพูนทักษะเฉพาะทาง เช่น การใช้เทคนิคการสื่อสารและการให้คำปรึกษา

5. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Involvement) ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการลดตราบาททางสังคม (Stigma) โดยผ่านกิจกรรมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวช เช่น การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดอบรมแก่ผู้นำชุมชน และการรณรงค์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์

6. การประเมินและปรับปรุงแผน (Evaluation & Adjustments) หลังการดำเนินงาน ทีมสหวิชาชีพทำการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยใช้ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ เช่น อัตราการลดพฤติกรรม ความรุนแรงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หากพบปัญหาในกระบวนการจะมีการปรับแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

7. ผลลัพธ์สุดท้ายที่ต้องการคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการจิตใจที่คงที่ มีความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงลดลง (Stabilization Psychiatric Patients) และชุมชนมีความปลอดภัยมากขึ้น พร้อมกับเกิดความเข้าใจที่ดีขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สะท้อนถึงกระบวนการที่เป็นระบบและครอบคลุมทั้งการป้องกัน การดูแล และการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช โดยเน้นความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชนอย่างยั่งยืน

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

จากการประเมินประสิทธิผลที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในพื้นที่เป็นระยะเวลา 6 เดือน สามารถนำเสนอผลการดำเนินงานดังตาราง 1 และตาราง 2 ดังนี้

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มารับบริการ และได้รับการติดตาม ดูแล เฝ้าระวังตามแนวทางที่กำหนด ก่อนและหลังการพัฒนา

กิจกรรม	หน่วย นับ	ก่อนการ พัฒนา	หลังการ พัฒนา	การ เปรียบเทียบ	ร้อยละ
ผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการ	คน	30	204	เพิ่มขึ้น 174	580.00
ผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการและได้รับการติดตามตามเกณฑ์	คน	7	33	เพิ่มขึ้น 26	371.43
ผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่มารับบริการ	คน	29	184	เพิ่มขึ้น 155	534.48
ผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง	คน	6	20	เพิ่มขึ้น 14	175.00
ผู้ป่วยจิตเวชรายเก่ามารับบริการ	คน	1	20	เพิ่มขึ้น 19	-33.33
ผู้ป่วยจิตเวชรายเก่าได้รับการติดตามอย่างน้อย 2 ครั้ง	คน	1	13	เพิ่มขึ้น 12	1200.00
อัตราของผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรงซ้ำ	%	7.27	0.77	ลดลง 6.50	-

จากตาราง 1 พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการเพิ่มขึ้นจำนวน 174 คน (580%)และได้รับการติดตามตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เพิ่มขึ้นจำนวน 26 คน จำแนกเป็นผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่มารับบริการเพิ่มขึ้นจำนวน 155 คน และได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง เพิ่มขึ้นจำนวน 14 คน และผู้ป่วยจิตเวชรายเก่ามารับบริการเพิ่มขึ้น 19 คน

ได้รับการติดตามอย่างน้อย 2 ครั้ง เพิ่มขึ้นจำนวน 12 คน และลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจากร้อยละ 7.27 เหลือเพียงร้อยละ 0.77 (ลดลงร้อยละ 6.50)

ตาราง 2 การเปรียบเทียบร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ก่อนและหลังการพัฒนา

ลักษณะความรุนแรง	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	ผลการเปรียบเทียบ
V1 มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต	20.54	22.16	เพิ่มขึ้น 1.62
V2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรง ทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน	57.47	57.45	ลดลง 0.02
V3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง	18.67	17.02	ลดลง 1.65
V4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)	3.32	2.84	ลดลง 0.48
รวม	100.00	100.00	

จากตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบร้อยละผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา หลังการพัฒนา พบว่า สามารถลดสัดส่วนของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง (V3) ได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.65 รองลงมา คือ กลุ่มเคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) (V4) ร้อยละ 0.48 และกลุ่มที่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรง ทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน ร้อยละ 0.02 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.62

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขอเสนออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่า จังหวัดพระนครศรีอยุธยาประสบปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในเขตอำเภอท่าเรือ ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากจำนวน 18 รายในปี 2564 เป็นจำนวน 48 รายในปี 2566 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการขาดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การไม่รับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอง หรือปัจจัยกระตุ้นจากการใช้สารเสพติดและสุรา รวมถึงความไม่พร้อมของครอบครัวและชุมชนในการเฝ้าระวังและสนับสนุนผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chueasrakhu (2024) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มกลับมาป่วยซ้ำและเสี่ยงก่อความรุนแรงเมื่อขาดการรักษาและการดูแลต่อเนื่องจากครอบครัวและชุมชน และยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมักมีประวัติการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะแอมเฟตามีน ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำไปสู่อาการทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง เช่น การหลงผิด การได้ยินเสียงหรือภาพหลอน และพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการใช้สารเสพติดในปริมาณสูงอย่างต่อเนื่อง เช่น เสพวันละ 5-8 เม็ดติดต่อกันมานานกว่า 10 ปี



ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ความดันโลหิตสูงและความเสี่ยงต่อภาวะเส้นเลือดในสมองแตก รวมถึงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ ชุมชนที่ขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำให้เกิดความกลัวและหวาดระแวง ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกกีดกันจากกิจกรรมและขาดการสนับสนุนจากครอบครัว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Charoensri (2023) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด เช่น แอมเฟตามีน มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และการขาดระบบสนับสนุนจากชุมชนทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการฟื้นฟู รวมถึงความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนมีผลอย่างมากต่อการลดความเสี่ยงของการก่อความรุนแรง

2. จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่พัฒนาขึ้น มีความโดดเด่นในการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน โดยกระบวนการประกอบด้วย การคัดกรอง การจัดการรายกรณี การติดตามผล การเสริมพลัง และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งช่วยให้เกิดการป้องกันและฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการออกแบบที่เน้นการตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะบุคคล และการประสานงานระหว่างผู้เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Charoensri (2023) ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยลดอาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การสร้างความเข้าใจในชุมชนยังช่วยลดการตีตราและเพิ่มความร่วมมือในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

3. จากผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการเพิ่มขึ้นจำนวน 174 คน (580%) ได้รับการติดตามตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เพิ่มขึ้นจำนวน 26 คน (371.43%) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นจากจำนวน 29 รายเป็นจำนวน 184 ราย (534.48%) และผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามตามเกณฑ์ขั้นต่ำเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่ม ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและการดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการบูรณาการแนวทางการดูแลที่ครอบคลุม เช่น การคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ และการติดตามเชิงรุก นอกจากนี้ การพัฒนารูปแบบยังช่วยลดจำนวนและสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นและก่อเหตุรุนแรง (V2) ที่ลดลงอย่างชัดเจน ในขณะที่อัตราการก่อความรุนแรงซ้ำลดลงจากร้อยละ 7.27 เหลือเพียงร้อยละ 0.77 ซึ่งแสดงถึงผลลัพธ์ในเชิงบวกต่อความมั่นคงด้านความปลอดภัยในชุมชน ทั้งนี้อาจเกิดจากการเน้นการเฝ้าระวังและป้องกันเชิงรุกภายใต้ระบบการดูแลที่พัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Intachomwong et al. (2021) ที่พบว่าการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวและเพิ่มการเข้าถึงบริการในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ Charoensri (2023) ระบุว่า การสนับสนุนจากชุมชนและครอบครัวผ่านการอบรมและให้ความรู้ช่วยลดความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jansam (2022) ที่ยืนยันว่าการพัฒนาระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อโดยมีการติดตามต่อเนื่องช่วยลดอัตราการก่อความรุนแรงซ้ำและสร้างเสถียรภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุขควรให้การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณแก่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการจัดอบรมและเพิ่มศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้เกิดการขยายผลรูปแบบการดูแลในพื้นที่อื่น ๆ และส่งเสริมการเข้าถึงบริการในวงกว้าง
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดกิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้นำชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการหรือกิจกรรมรณรงค์สร้างความเข้าใจ เพื่อให้ชุมชนสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและลดการตีตราทางสังคม
3. กรมสุขภาพจิตควรร่วมมือกับทีมสุขภาพต่าง ๆ ในชุมชนจัดทำระบบติดตามและเฝ้าระวังเชิงดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันที่บันทึกข้อมูลและติดตามอาการของผู้ป่วยแบบเรียลไทม์ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็วและลดความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน เช่น พื้นที่ชนบท พื้นที่เมือง และพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบในบริบทที่หลากหลาย
2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการดำเนินงานของทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อหาแนวทางปรับปรุงการดำเนินงานให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาผลกระทบระยะยาวของการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของชุมชน รวมถึงประเมินถึงประสิทธิผลด้านการลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก่อความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชอย่างยั่งยืน

References

- Charoensri, K. (2023). Development of a psychiatric patient care model with a high risk of violence through network partner participation, Don Tan District, Mukdahan Province: A case study of Ban Na Tam - Huai Sai, Pa Rai Subdistrict, Don Tan District, Mukdahan Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 8(2), 286–296. (in Thai)
- Chareonsakutsap, P., Sarakan, K., & Thanee, T. (2022). Development of a model for managing aggressive behavior in psychiatric patients in the community using creative problem-solving. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(2), 30–40. (in Thai)



- Chuesakoo, R. (2024). Research and development of psychiatric and substance abuse patient care at high risk of violence (SMI-V) in Ubon Ratchathani Province. *Mukdahan Provincial Public Health Office*. (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2022). *The care system for psychiatric patients at high risk of violence for institutions/hospitals* (1st ed.). Bangkok: Cooperative Union of Thailand Printing House. (in Thai)
- Intachomwong, S., Jaimoonwong, J., & Poomiprapath, W. (2021). The effects of a care model to prevent violent behavior on overall ability and psychiatric symptoms in psychiatric patients. *Tak Provincial Public Health Journal*, 1–11. (in Thai)
- Jansam, S. (2022). Development of a seamless psychiatric care service system in the service area, Yasothon Province. *Journal of Health Science*, 31(1), s74–s84. (in Thai)
- Juntapim, S., & Nuntaboot, K. (2018). Care of schizophrenia patients by the community. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(2), 68–76. (in Thai)
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Victoria: Deakin University.
- Phra Nakhon Si Ayutthaya Provincial Public Health Office. (2023). *Annual report 2023, Phra Nakhon Si Ayutthaya Provincial Public Health Office*. (in Thai)
- Suraaroonamr, B. (2020). The situation of psychiatric patients at high risk of violence. In *Conference on the Development of Seamless and Integrated Crisis Mental Health Care Guidelines in the Area* (1st ed.). Bangkok: Cooperative Union of Thailand Printing House. (in Thai)
- World Health Organization. (2020). *The global burden of disease of mental disorders 2020*. Global Health Estimates.