



## The Development of a Surveillance and Continuous Care System for Psychiatric Patients with Substance Abuse and High Risk of Violence through Community Participation in the Service Area of Mukdahan Hospital

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร

|           |            |           |           |
|-----------|------------|-----------|-----------|
| Kobsak    | Pimanpang* | กอบศักดิ์ | พิมานแพง* |
| Kamonporn | Poodaen**  | กมลพร     | ภูடன்**   |

### Abstract

Continued drug use damages the brain areas that control thought and emotion, resulting in a lack of self-control and potentially leading to aggressive and violent behavior towards oneself, one's family, and the community. This can result in a high risk of violence for psychiatric patients with substance abuse disorders. This research and development aimed to develop and evaluate the effectiveness of a surveillance and continuous care system for psychiatric patients with substance abuse and a high risk of violence through community participation mechanisms in the service area of Mukdahan Hospital. The study proceeded by three phases: (1) situation analysis from key informants; (2) development of a prototype system; and (3) effectiveness evaluation, using a pretest-posttest design with independent experimental and control groups (33 each). The participants were psychiatric patients with substance abuse and a high risk of violence, selected by purposive sampling. Instruments included the continuous surveillance and care system, in-depth interview guidelines, the Overt Aggression Scale (OAS), and the Prasri Violence Severity Scale (PVSS). Data were analyzed using descriptive statistics, ANCOVA, and GEE.

The findings from Phase 1 revealed three systemic problems: (1) decreased observation of risky behaviors and warning signs; (2) discontinuity in community care; and (3) community fear related to the problem. In Phase 2, a prototype system was developed comprising two processes: surveillance of violent behavior and prevention of repeated violence. In Phase 3, the effectiveness of the surveillance and continuity-of-care system was evaluated. The experimental group had significantly lower aggressive behavior scores and violence risk severity scores than the control group at each monthly follow-up ( $p < 0.001$ ). Overall, the mean difference in aggressive behavior scores between the control and experimental group was 0.70 (95% CI: 0.49–0.90,  $p < 0.001$ ). Similarly, the overall mean difference in violence risk severity scores was 5.79 (95% CI: 4.44–7.14,  $p < 0.001$ ) with lower scores observed in the experimental group.

These findings indicate that the system was effective. Therefore, it should be further implemented in high-risk areas as a step toward provincial-level implementation. This expansion should involve the integration of relevant agencies and community stakeholders to establish community-level operational teams.

**Keywords:** Community participation; Continuous care; Primary care; Psychiatric patients with substance abuse; Violent behavior

\* Corresponding author, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; e-mail: kobsak.pi@pi.ac.th

\*\* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Received 5 January 2026; Revised 9 February 2026; Accepted 18 February 2026



## บทคัดย่อ

การใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องจะเกิดการทำลายบริเวณสมองที่ควบคุมความคิดและอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ไข้ขาดการยับยั้งชั่งใจ และอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน นำไปสู่การเป็นผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ (1) ศึกษาสถานการณ์จากผู้ให้ข้อมูล (2) พัฒนาระบบต้นแบบ และ (3) ประเมินประสิทธิผลโดยวัดผลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์ เครื่องมือประกอบด้วย ระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่อง แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ ANCOVA และ GEE

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบปัญหาเชิงระบบ 3 ประการ ได้แก่ (1) การสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงและสัญญาณเตือนลดลง (2) การดูแลในชุมชนขาดความต่อเนื่อง และ (3) ชุมชนมีความหวาดกลัวต่อปัญหาดังกล่าว ระยะที่ 2 ได้พัฒนาระบบต้นแบบ ประกอบด้วย 2 กระบวนการ ได้แก่ การเฝ้าระวังพฤติกรรมก่อความรุนแรง และการป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ ระยะที่ 3 ได้ประเมินประสิทธิผลของระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่อง พบว่าในการติดตามผลทุกเดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและคะแนนระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยภาพรวม ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 0.70 (95% CI: 0.49–0.90,  $p < 0.001$ ) เช่นเดียวกัน ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยภาพรวมเท่ากับ 5.79 (95% CI: 4.44–7.14,  $p < 0.001$ ) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าระบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรขยายการดำเนินงานไปยังพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อเป็นขั้นตอนสู่การนำระบบไปใช้ในระดับจังหวัด โดยการขยายการดำเนินงานควรบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อจัดตั้งทีมดำเนินงานระดับชุมชน

**คำสำคัญ:** การมีส่วนร่วมของชุมชน การดูแลต่อเนื่อง การดูแลปฐมภูมิ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด พฤติกรรมรุนแรง

\* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

e-mail: kobsak.pi@bcns.ac.th

\*\* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก



การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง  
ต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของยาเสพติด เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสังคมไทย มีผู้ใช้รายใหม่เพิ่มจำนวนขึ้นทุกวัน ขณะที่ผู้ใช้รายเดิมก็ยังคงการใช้อย่างต่อเนื่องต่อไป โดยเฉพาะปัญหาการใช้ยาบ้ามีสัดส่วนที่ใหญ่ที่สุด พบร้อยละ 66.5 รองลงมาเป็นการใช้ยาแก้ไอผสมน้ำกระท่อม ร้อยละ 24.3 ไอซ์ ร้อยละ 3.9 สารระเหย ร้อยละ 3.7 และทามาดอล ร้อยละ 1.6 (National Statistical Office, 2023) การใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องจะเกิดการทำลายสมองส่วนควบคุมความคิดและอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ใช้ขาดการยับยั้งชั่งใจ หงุดหงิดฉุนเฉียว อารมณ์ร้อน และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน นำไปสู่การเป็นผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยมีอาการหวาดระแวง ประสาทหลอน หูแว่ว และหลงผิด (Department of Mental Health, 2018)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะเกิดการกำเริบของโรคและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการเสพสารเสพติดซ้ำ ร่วมกับมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ หรือหยุดกินยารักษา จึงส่งผลให้เกิดอาการแสดงที่เป็นสัญญาณเตือน เช่น แยกตัว หงุดหงิด พุดบ่นคนเดียว สะสมอาวุธ หรือชู้สาวผิด โดยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กำหนดให้ผู้ดูแล หรือครอบครัว หรือผู้พบเหตุต้องแจ้งตำรวจเพื่อนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบรักษาโรงพยาบาลทันที เพื่อความปลอดภัยสาธารณะ ในการนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องพัฒนาระบบเฝ้าระวังตั้งแต่ในระดับชุมชน ระบบการส่งต่อฉุกเฉิน ระบบการรักษาในโรงพยาบาล และระบบติดตามต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดภาวะอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและสาธารณสุข และโรงพยาบาลมุกดาหาร มีผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด 2 ปีซ้อนหลัง (2565-2566) เพิ่มขึ้นจาก 372 เป็น 541 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการก่อความรุนแรง มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 212 เป็น 262 ราย และในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยมีการก่อความรุนแรงซ้ำ จำนวน 215 ราย (Mukdahan Hospital, 2024) ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า ครอบครัวสังเกตสัญญาณเตือนน้อยลง ไม่รู้กระบวนการแจ้งเหตุ และการดูแลในชุมชนไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยหยุดรักษา เสพซ้ำ ชุมชนหวาดกลัว

การเฝ้าระวังและป้องกันผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เป็นการสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย โดยครอบครัวและชุมชน เพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลใกล้บ้าน โดยการแจ้งตำรวจ ฝ่ายปกครอง ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อพบสัญญาณเตือน ซึ่งการเฝ้าระวังและป้องกันผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำ มี 2 ส่วน ประกอบด้วย การเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง และการป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ (Department of Mental Health, 2023) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน วินิจฉัยโรค และให้การดูแลที่เหมาะสมตามสภาพปัญหารายบุคคลโดยสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถจำหน่ายกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ได้รับการป้องกันไม่ให้เกิดกำเริบและกลับมาเป็นซ้ำ หรือไม่ก่อความรุนแรงซ้ำทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบงานวิจัยการดูแลเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย (Wijitphanya et al., 2022) โดยจะต้องบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 ด้าน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Cohen & Uphoff, 1986) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งมีผู้ทำการวิจัยไว้แล้วพบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมมีผลต่อการส่งเสริมและพัฒนากิจกรรมงานแก้ไขและป้องกันปัญหาสารเสพติดในชุมชน (Fansim & Sodsong, 2021; Saloo & Yenyuak, 2023)

นอกจากการมีส่วนร่วมแล้ว การพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน 4 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลตนเอง การดูแลด้านป้องกัน การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการประสานความร่วมมือ (Krainuwat & Koshakri, 2018) ซึ่งเป็นแนวทางให้บริการตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพโดยตรง ที่เน้นการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยมีครอบครัว ผู้ดูแล และเครือข่ายทางสังคมทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ



การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง  
ต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร

ครอบครัวให้ดีขึ้นภายใต้บริบทชุมชน ซึ่งมีผู้ทำการวิจัยไว้แล้วว่า การพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานมีผลต่อการดูแลตนเอง และการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วย (Suntaphun et al., 2020)

ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและพบการก่อความรุนแรงซ้ำจำนวนมาก สาเหตุสำคัญมาจากปัญหาเชิงระบบของการดูแลในชุมชนไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำจนอาการกำเริบ ครอบครัวขาดทักษะการสังเกตสัญญาณเตือนและการแจ้งเหตุฉุกเฉิน และชุมชนมีความหวาดกลัวและกังวลต่อความปลอดภัย ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีระบบเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องที่ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมสำหรับกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร เพื่อสร้างระบบดูแลต่อเนื่อง ยั่งยืน ลดความเสี่ยงรุนแรงในชุมชน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร
2. เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร

### สมมติฐานการวิจัย

ประสิทธิผลระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร กับโรงพยาบาลตามมาตรฐานรูปแบบเดิม แตกต่างกัน

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (R&D) แบบ R1D1-R2D2 แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ (R1: situation analysis) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ (D1: model development) และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผล (R2/D2: evaluation/effectiveness assessment) (Tayraukhum, 2014) เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร โดยบูรณาการ 3 แนวคิดหลัก ประกอบด้วย

1. แนวคิดการเฝ้าระวังและป้องกันผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Department of Mental Health, 2023) ซึ่งมี 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง โดยเน้นสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงและสัญญาณเตือน 5 ข้อหลัก คือ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว และหวาดระแวง และ (2) การป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ โดยเน้นกระบวนการดูแลที่เหมาะสมในชุมชนด้วย 4 ขั้นตอนย่อย คือ คัดกรองเบื้องต้น ประสานส่งต่อรับบริการ บำบัดรักษาในสถานพยาบาล และดูแลต่อเนื่องในชุมชน

2. แนวคิดการมีส่วนร่วม (Cohen & Uphoff, 1986) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การเฝ้าระวังและการป้องกันประสบความสำเร็จและมีความยั่งยืน แบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยการร่วมกำหนดปัญหาและแนวทางการดำเนินงาน (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยเครือข่าย



# The Development of a Surveillance and Continuous Care System for Psychiatric Patients with Substance Abuse and High Risk of Violence through Community Participation in the Service Area of Mukdahan Hospital

## การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร

ในชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ตำรวจ อปท. และ รพ.สต.) เพื่อเฝ้าระวังและสนับสนุนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (3) การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ เพื่อสร้างความรับผิดชอบ ความต่อเนื่องและความยั่งยืนของดำเนินงาน และ (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบ

3. แนวคิดการพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Krainuwat & Koshakri, 2018) เพื่อสร้างกลไกทางคลินิกและความต่อเนื่องของการดูแลในบริบทของชุมชน มี 4 ประการหลัก ได้แก่ (1) การดูแลตนเอง เพื่อเสริมความรู้และทักษะแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการอาการและการดำรงชีวิตประจำวัน (2) การดูแลด้านป้องกันการกำเริบของโรคและภาวะทุพพลภาพ ด้วยการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและปรับสภาพแวดล้อม (3) การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยจัดระบบติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ (4) การประสานความร่วมมือ โดยการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน เพื่อบูรณาการการดูแลให้ครอบคลุมมิติกาย จิตใจ และสังคม

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบบ R1D1-R2D2 โดยแบ่งดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องตรวจจิตเวช กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร และได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จำนวน 541 คน (Mukdahan Hospital, 2024) โดยเข้ารับบริการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนสิงหาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรได้ ผู้วิจัยจึงกำหนดวิธีการคัดเลือกและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามระยะการวิจัย ดังนี้

**ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ (R1: situation analysis)** โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 30 คน โดยวิธีการคัดเลือกแบบโควตา จาก 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน (จิตแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจจิตเวช 4 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 4 คน)
2. กลุ่มผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว และญาติของผู้ป่วย จำนวน 10 คน
3. กลุ่มเครือข่ายการมีส่วนร่วมโดยชุมชน จำนวน 10 คน (ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ตำรวจ อปท. และ รพ.สต. กลุ่มละ 2 คน)

**ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ (D1: model development)** โดยการวางแผนพัฒนาระบบต้นแบบด้วยแนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) แล้วนำไปทดลองใช้ (try-out) พร้อมตรวจสอบ และประเมินผล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้ระยะนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีลักษณะที่กำหนดไว้ในต้นแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 30 คน (Kijpreedabrisut, 2017) โดยคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เช่นเดียวกับระยะที่ 3

**ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผล (R2/D2: evaluation/effectiveness assessment)** โดยเปรียบเทียบสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในระยะนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องตรวจจิตเวช กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาล



การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง  
ต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร

มุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร และได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนสิงหาคม 2568 จำนวน 66 คน ซึ่งไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างในระยะพัฒนาด้านแบบ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการพยาบาลตามต้นแบบระบบเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 33 คน

2. กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานรูปแบบเดิม โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตน การสนับสนุนผู้ป่วยของครอบครัว รวมทั้งการประเมินด้านสุขภาพจิต การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และการประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 33 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G\*Power Version 3.1.9.7 กำหนดค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ค่าอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 90 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ อัชฌา หรัยลอย และคณะ (Railoy et al., 2024) และปรับเพิ่มอัตราการศึกษา ร้อยละ 20 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ ธนิตา ธนโชติพิพิธ และคณะ (Thanachotpipit et al., 2020) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) มีดังนี้ (1) อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติด (F12x และ F15x) (2) เคยมีประวัติก่อความรุนแรง ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป (3) มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประเมินโดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (PVSS) คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป (4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ (5) ไม่เคยเป็นกลุ่มตัวอย่างในระยะพัฒนาด้านแบบ หรือการทดลองใช้ (6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายให้ความยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ต้องโทษจำคุกมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป

เกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากการทดลอง (withdrawal of participant criteria) มีดังนี้ (1) ขาดการเข้ากิจกรรมจนครบ (2) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมติดต่อกันมากกว่า 3 ครั้ง (3) ขาดนัดติดตามอาการ มากกว่า 3 เดือน (4) ย้ายที่อยู่ไปต่างจังหวัด หรือไม่สามารถติดต่อได้มากกว่า 3 เดือน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ใช้ในระยะที่ 3 คือ ระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร ประกอบด้วย (1) การเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง ด้วยการฝึกอบรมเครือข่ายให้สังเกตสัญญาณเตือน และ (2) การป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ โดยเน้นการบำบัดรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ การจัดการรายกรณี และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องในชุมชน ดำเนินการติดตามและวัดผลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน โดยผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงจากการบูรณาการแนวคิดการเฝ้าระวังและป้องกันผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Department of Mental Health, 2023) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วม (Cohen & Uphoff, 1986) และแนวคิดการพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Krainuwat & Koshakri, 2018)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 1 ได้แก่

1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเรื่อง การเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร ซึ่งผู้วิจัยสร้างโดยใช้แนวคิดและทฤษฎีจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (จิตแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะ-



การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง  
ต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร

ทางจิตเวช 1 ท่าน) พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.50 และมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.87

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 2 และ 3 จำนวน 2 เครื่องมือ ได้แก่

1) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) โดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, 2020) เป็นการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง ต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก และต่อทรัพย์สิน เพื่อตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรง โดยใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินลักษณะพฤติกรรม ซึ่งแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ (1) ระดับกึ่งเร่งด่วน (semi-urgency) OAS = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง (2) ระดับเร่งด่วน (urgency) OAS = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีอาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง และ (3) ระดับฉุกเฉิน (emergency) OAS = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันที และจากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (จิตแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวช 1 ท่าน) พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.50 และมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.89

2) แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) โดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, 2020) เป็นการประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช โดยสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ ว่าในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมาจนถึงวันที่ประเมินว่า ผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมอย่างไร ด้วยคำถาม 9 ข้อ และหาข้อมูลแวดล้อมร่วมกับการสังเกตอาการผู้ป่วย เพื่อติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ป่วย การแปลผลพิจารณาจากภาพรวมความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อผู้อื่น โดยมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 32 คะแนน แบ่งระดับคะแนน 3 ระดับ คือ (1) คะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย (2) คะแนน 6-13 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง และ (3) คะแนน 14-32 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง และจากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (จิตแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวช 1 ท่าน) พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.50 และมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมุกดาหาร หมายเลขการวิจัย MEC 02/68 วันที่อนุมัติ 9 ตุลาคม 2567 ซึ่งให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างภายใต้หลัก 3 ประการ คือ (1) หลักความเคารพในบุคคล โดยผู้วิจัยชี้แจงสิทธิและให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมอย่างเป็นอิสระ และให้รู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายต้องให้ความยินยอมร่วมด้วย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในลักษณะภาพรวมเท่านั้น (2) หลักคุณประโยชน์ และไม่ก่ออันตราย โดยระยะที่ 2 จะพัฒนาต้นแบบและปรับปรุงให้สมบูรณ์และปลอดภัยที่สุดก่อนนำไปใช้จริง และระยะที่ 3 กลุ่มควบคุมยังคงได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานรูปแบบเดิม เพื่อผู้ป่วยไม่เสียประโยชน์ทางการรักษา ในขณะที่เข้าร่วมวิจัย และ (3) หลักความยุติธรรม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ชัดเจน กระจายผลประโยชน์อย่างเท่าเทียม และใช้การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ให้ทั้งครอบครัวและชุมชนได้รับความ



ปลอดภัยและความสงบสุขจากการใช้ระบบนี้อย่างเท่าเทียมกัน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยและพัฒนา (R&D) ครั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 10-31 ตุลาคม 2567 เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และความต้องการสำหรับนำไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในการร่างต้นแบบ

**ระยะที่ 2** พัฒนาระบบต้นแบบ ตามแนวคิดวงจรคุณภาพ (Deming, 2018) โดยผู้วิจัยร่วมกับจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวช พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. ตำรวจ ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. รวมทั้งสิ้น 14 คน ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน-31 ธันวาคม 2567 ดังนี้

1. Plan: วางแผนการทดลองและพัฒนาระบบต้นแบบจากข้อมูลระยะที่ 1 (R1)
2. Do: ทดลองใช้ต้นแบบกับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 30 คน ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์
3. Check: ตรวจสอบและประเมินผลการทดลองใช้ รวมถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ
4. Act: ปรับปรุงและแก้ไขต้นแบบตามผลการตรวจสอบให้เป็นฉบับสมบูรณ์

**ระยะที่ 3** ผู้วิจัยนำต้นแบบที่ได้รับการปรับปรุงและแก้ไขไปดำเนินการทดลองใช้ ด้วยรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามต้นแบบระบบเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องๆ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานรูปแบบเดิม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

**ระยะที่ 1** ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ของข้อมูลเชิงคุณภาพ

**ระยะที่ 2** ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อประเมินลักษณะพฤติกรรมและระดับความรุนแรงเบื้องต้นทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม

**ระยะที่ 3** ใช้สถิติ independent t-test ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังยืนยัน homogeneity ของ baseline แล้วจึงใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อยืนยันผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้น โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  ดังนี้

1. ใช้สถิติ ANCOVA หลังปรับตัวแปรร่วมที่เหมาะสม เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับยืนยันประสิทธิภาพที่แตกต่างกัน
2. ใช้สถิติ GEE วิเคราะห์ข้อมูลที่สัมพันธ์กันจากการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง สำหรับพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของคะแนน OAS และ PVSS ในแต่ละช่วงเวลา

### ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร

จากผลการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร พบปัญหา อุปสรรค และความต้องการ ประกอบด้วย

1.1 การเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงในชุมชนพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตลอดจนชุมชน และเครือข่ายการเฝ้าระวังและป้องกันในชุมชน มีความต้องการและโอกาสในการพัฒนา เนื่องจากความเข้าใจและตระหนักในปัญหาและมีส่วนร่วมในการสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดลดลง ไม่ทราบอาการและสัญญาณเตือนเริ่มต้นของการก่อความรุนแรงที่ชัดเจน และ



การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง  
ต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร

ไม่ทราบวิธีจัดการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ไม่เข้าใจกระบวนการแจ้งเหตุเมื่อพบผู้ป่วยมีสัญญาณเตือน จึงนำไปสู่การลดลงของประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงซ้ำ

1.2 การป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ พบความต้องการและโอกาสในการพัฒนาการป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพยาเสพติดซ้ำ ระดับการดูแลตนเองลดลง ขาดนัดติดตามและหยุดรับการรักษารักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาและความต้องการซับซ้อน และจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานที่หลากหลายมิติ การดูแลในชุมชนไม่ต่อเนื่อง และชุมชนรู้สึกหวาดกลัวต่อปัญหา ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการดูแลและการสนับสนุนโดยชุมชนลดลง

สรุปได้ว่ามีปัญหาเชิงระบบที่จำเป็นต้องแก้ไขโดยเร่งด่วน 3 ประการ คือ การสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงและสัญญาณเตือนลดลง การดูแลในชุมชนไม่ต่อเนื่อง และชุมชนหวาดกลัวต่อปัญหา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ให้เกิดประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน

บูรณาการผลการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และความต้องการ เพื่อสร้างระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มี 2 กระบวนการหลัก ประกอบด้วย การเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง และการป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่วนร่วมในการดำเนินงาน ส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ และส่วนร่วมในการประเมินผล เพื่อให้บริการดูแลต่อเนื่องในการดูแลตนเอง การดูแลด้านป้องกัน การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการประสานความร่วมมือในการส่งเสริม ป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ และผลการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่มีแนวโน้มของพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และเครือข่ายชุมชนมีความมั่นใจในการสังเกตสัญญาณเตือนภัยเพิ่มขึ้น ระบบมีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชนและนำไปปฏิบัติได้จริง ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากการทดลองใช้มาปรับปรุงกระบวนการพยาบาลชุมชนและการจัดการรายกรณีให้มีความกระชับและชัดเจนยิ่งขึ้น จนได้เป็นต้นแบบระบบฯ (D1 Model) ที่มีความสมบูรณ์พร้อมทดสอบประสิทธิภาพในระยะต่อไป ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร

| กระบวนการหลัก                    | กลไกการดำเนินงาน                                                                         | กลไกการมีส่วนร่วม                                            | กลไกการพยาบาลชุมชน                                  |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1. การเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง  | การฝึกอบรมครอบครัวและเครือข่าย สำหรับการสังเกตสัญญาณเตือนและการแจ้งเหตุฉุกเฉิน           | 1. การตัดสินใจ<br>2. การดำเนินงาน                            | 1. การดูแลตนเอง<br>2. การดูแลด้านป้องกัน            |
| 2. การป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ | 1. การดูแลบำบัดฟื้นฟูโดยสหวิชาชีพ<br>2. การจัดการรายกรณี<br>3. การติดตามต่อเนื่องในชุมชน | 1. การดำเนินงาน<br>2. การได้รับผลประโยชน์<br>3. การประเมินผล | 1. การดูแลอย่างต่อเนื่อง<br>2. การประสานความร่วมมือ |



การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง  
ต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร

จากตารางที่ 1 ระบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการเสริมสร้างความรู้และทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวจัดการอาการ  
โดยพยาบาลเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้สนับสนุนให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักในชุมชน ซึ่งแก้ไขปัญหามาจากระยะที่ 1 ผ่าน  
การฝึกทักษะสังเกตสัญญาณเตือน 5 ข้อ ให้เกิดการแจ้งเหตุฉุกเฉินที่รวดเร็ว รับประทานยาต่อเนื่อง และหลีกเลี่ยง  
ปัจจัยกระตุ้น เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวเฝ้าระวังและแก้ไขเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3. ประสิทธิผลระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อ  
การก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร

3.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลจากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง  
พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงมีความเท่าเทียมกันของกลุ่ม  
ตัวอย่างก่อนเริ่มการทดลอง

กลุ่มควบคุม เพศชาย ร้อยละ 100.0 มีอายุเฉลี่ย 31.9 ปี (SD = 9.14) ต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 52 ปี  
สถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 36.4 อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45.5 ระดับ  
การศึกษา ส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 48.5 ชนิดสารเสพติดที่ใช้ ส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า ร้อยละ 90.9  
ระยะเวลาเฉลี่ยในการใช้สารเสพติด 7.1 ปี (SD = 5.36) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 29 ปี และระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการ  
วินิจฉัยป่วยเป็นโรคจิตเวช 4.1 ปี (SD = 3.32) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 12 ปี

กลุ่มทดลอง เพศชาย ร้อยละ 100.0 มีอายุเฉลี่ย 33.6 ปี (SD = 8.92) ต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 54 ปี  
สถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 48.5 อาชีพ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.5 ระดับ  
การศึกษา ส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 42.4 ชนิดสารเสพติดที่ใช้ ส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า ร้อยละ 93.9  
ระยะเวลาเฉลี่ยในการใช้สารเสพติด 7.5 ปี (SD = 5.26) ต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 27 ปี และระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการ  
วินิจฉัยป่วยเป็นโรคจิตเวช 5.1 ปี (SD = 4.97) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 25 ปี

3.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง  
การทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ซึ่งผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่ม  
ควบคุม เท่ากับ 0.70 (95% CI: 0.49 – 0.90,  $p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ก่อนและหลังการทดลอง

| ค่าเฉลี่ยคะแนน<br>พฤติกรรมก้าวร้าว<br>รุนแรง | กลุ่มควบคุม<br>(n = 33)<br>M (SD) | กลุ่มทดลอง<br>(n = 33)<br>M (SD) | Mean<br>difference | 95% CI       | p-value |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------|--------------|---------|
| ก่อนทดลอง                                    | 2.76 (0.44)                       | 2.64 (0.63)                      | -                  | -            | -       |
| เดือนที่ 1                                   | 1.94 (0.75)                       | 1.27 (0.76)                      | 0.67               | 0.30 to 1.04 | 0.001   |
| เดือนที่ 2                                   | 1.55 (0.67)                       | 0.91 (0.68)                      | 0.64               | 0.30 to 0.97 | < 0.001 |
| เดือนที่ 3                                   | 1.39 (0.86)                       | 0.48 (0.57)                      | 0.91               | 0.55 to 1.27 | < 0.001 |
| เดือนที่ 4                                   | 1.15 (0.67)                       | 0.21 (0.49)                      | 0.94               | 0.65 to 1.23 | < 0.001 |
| เดือนที่ 5                                   | 0.97 (0.85)                       | 0.06 (0.24)                      | 0.91               | 0.60 to 1.22 | < 0.001 |
| เดือนที่ 6                                   | 0.73 (0.84)                       | 0.03 (0.17)                      | 0.70               | 0.40 to 0.99 | < 0.001 |
| Overall (GEE)                                |                                   |                                  | 0.70               | 0.49 to 0.90 | < 0.001 |

หมายเหตุ: ใช้สถิติ ANCOVA สำหรับการเปรียบเทียบหลังการทดลอง และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ GEE สำหรับ  
ผลในภาพรวม (Overall) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง  
ต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร

3.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ซึ่งผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 5.79 (95% CI: 4.44-7.14,  $p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและหลังการทดลอง

| ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง | กลุ่มควบคุม<br>(n = 33)<br>M (SD) | กลุ่มทดลอง<br>(n = 33)<br>M (SD) | Mean difference | 95% CI       | p-value |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------|--------------|---------|
| ก่อนทดลอง                                                     | 17.39 (2.60)                      | 14.70 (2.77)                     | -               | -            | -       |
| เดือนที่ 1                                                    | 13.55 (3.91)                      | 8.61 (4.74)                      | 4.94            | 2.80 to 7.07 | < 0.001 |
| เดือนที่ 2                                                    | 11.55 (3.85)                      | 6.70 (4.31)                      | 4.85            | 2.84 to 6.86 | < 0.001 |
| เดือนที่ 3                                                    | 10.97 (4.46)                      | 4.48 (3.67)                      | 6.48            | 4.48 to 8.49 | < 0.001 |
| เดือนที่ 4                                                    | 10.27 (3.83)                      | 3.12 (2.93)                      | 7.15            | 5.47 to 8.83 | < 0.001 |
| เดือนที่ 5                                                    | 9.24 (4.25)                       | 1.73 (1.92)                      | 7.52            | 5.89 to 9.14 | < 0.001 |
| เดือนที่ 6                                                    | 8.09 (3.74)                       | 1.18 (1.21)                      | 6.91            | 5.54 to 8.27 | < 0.001 |
| Overall (GEE)                                                 |                                   |                                  | 5.79            | 4.44 to 7.14 | < 0.001 |

หมายเหตุ: ใช้สถิติ ANCOVA สำหรับการเปรียบเทียบหลังการทดลอง และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ GEE สำหรับผลในภาพรวม (Overall) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## การอภิปรายผล

### 1. ระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากผลการวิจัยพบปัญหาเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร ได้แก่ การสังเกตสัญญาณเตือนโดยครอบครัวลดลง การดูแลในชุมชนไม่ต่อเนื่อง และชุมชนวิตกกังวลด้านความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชารินา ทะโละ และ นวรัตน์ ไชยมภู (Tahloh & Waichompu, 2024) ที่พบว่า สภาพปัญหาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมาจากขาดการเตรียมความพร้อมการส่งต่อเมื่อพฤติกรรมรุนแรงกำเริบ ญาติไม่สามารถจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง แนวทางการช่วยเหลือไม่ชัดเจน และมีความเสี่ยงก่อความรุนแรงซ้ำในครอบครัวและชุมชนในระดับสูง

ผลการวิจัย สะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องฯ แบบบูรณาการในระดับชุมชน โดยพลังชุมชน และเพื่อชุมชน โดยนำแนวคิดการเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงและการป้องกันการก่อความรุนแรงเข้ามาใช้ (Department of Mental Health, 2023) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินงาน ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล (Cohen & Uphoff, 1986) เพื่อสร้างคุณค่า ความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบร่วมจากครอบครัวและชุมชน และบูรณาการแนวทางการพยาบาล



การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง  
ต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร

โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Krainuwat & Koshakri, 2018) โดยปรับบทบาทพยาบาลจากผู้ให้การดูแลโดยตรงเป็นผู้สนับสนุน ให้เกิดกลไกการดูแลทางคลินิกที่เหมาะสม

การสร้างพลังชุมชนในการดูแลตนเองที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างยั่งยืนผ่านกระบวนการ PDCA ได้แก่ การวางแผนร่วมกัน การดำเนินงานในชุมชน การตรวจสอบผล และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง กลไกการทำงานประกอบด้วย การฝึกอบรมเพื่อให้สามารถสังเกตสัญญาณเตือน 5 ข้อ และแจ้งเหตุฉุกเฉิน การจัดการรายการโดยทีมสหวิชาชีพ การติดตามต่อเนื่องในชุมชน และการประเมินผลร่วมกัน ซึ่งกลไกดังกล่าวช่วยลดช่องว่างในการเฝ้าระวัง เพิ่มทักษะครอบครัว เสริมพลังชุมชน และลดความวิตกกังวลด้านความปลอดภัย ส่งผลให้เกิดระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและมีความยั่งยืน ซึ่งแตกต่างจากการพยาบาลตามรูปแบบเดิมที่เน้นโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลาง การติดตามไม่สม่ำเสมอ และขาดการมีส่วนร่วมโดยตรงจากชุมชน ดังงานวิจัยของ ชัตติยา แก้วสมบัติ และคณะ (Kaewsombat et al., 2024) ที่พบว่า การเสริมพลังร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงสูง เช่นเดียวกับงานวิจัยของ เจตนา คันทาทิพย์ และ เนาวรัตน์ งามยิ่งยวด (Kantathip & Ngamyinyuad, 2025) ที่พบว่า การส่งเสริมความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัวและชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่อง

## 2. ประสิทธิภาพระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร

ผลการวิจัย แสดงถึงประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ( $MD = 0.70$ , 95% CI: 0.49-0.90,  $p < 0.001$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ( $MD = 5.79$ , 95% CI: 4.44-7.14,  $p < 0.001$ ) ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่อง ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตติยา สันเสรี และคณะ (Sanseree et al., 2024) ที่พบว่า การประเมินสัญญาณเตือนร่วมกับการจัดการอย่างเป็นระบบช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงและป้องกันการเกิดซ้ำ และแม้ว่างานวิจัยของ กรองจิต วลัยศรี (Walaisri, 2023) พบว่า การเน้นบทบาทของผู้นำชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อสร้างความเข้าใจและความตระหนักในชุมชนในการร่วมกำหนดมาตรการทางสังคมป้องกันแก้ไขการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดจะป้องกันกำเริบและลดความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำของผู้ป่วยในชุมชนได้นั้น แต่ระบบที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ได้ขยายขอบเขตเพิ่มเติมโดยเน้นการฝึกสังเกตสัญญาณเตือนเชิงโครงสร้างและการบูรณาการกลไกพยาบาลชุมชนเฉพาะทาง ทำให้เกิดกระบวนการดูแลต่อเนื่องตามวงจร Deming's cycle ที่ขับเคลื่อนด้วยพลังชุมชนอย่างแท้จริง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดตั้งทีมเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ประกอบด้วย ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน อปท. อสม. และบุคลากรสาธารณสุข อย่างน้อย 1 ทีม/ชุมชนที่มีความเสี่ยงสูง
2. ควรใช้และขยายผลต่อในโรงพยาบาลระดับทั่วไปที่มีความเสี่ยงสูงสู่ระดับจังหวัดต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาระบบติดตามและรายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมก้าวร้าวและระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง



## 2. ควรศึกษาประสิทธิภาพการลดต้นทุนของระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พญ.กัณตินันท์ มหาสุวีระชัย ผอ.โรงพยาบาลมุกดาหาร นพ.เจริญชัย ยุทธวรวิทย์ พว.วรรณช  
เกราะชุกกุล ผู้ให้การสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณ รศ. ดร.สุรัชย์ พิมพ์หา คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ปรึกษาการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

### References

- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1986). *Participatory research and development for training and organization building*. International Food Policy Research Institute.
- Deming, W. E. (2018). *Out of the crisis*. MIT Press.
- Department of Mental Health. (2018). *Guidelines for the care of psychiatric patients with alcohol/drug/substance abuse at high risk of violence* (3rd ed.). Beyond Publishing. <https://drive.google.com/file/d/1TZX-3sfJqbP6SJwWA6EaLL1Fadmephst/view>
- Department of Mental Health. (2020). *Manual for the care system of psychiatric patients with high risk of violence for institutions/hospitals under the Department of Mental Health*. Prosperous Plus. <https://shorturl.asia/gEHLA>
- Department of Mental Health. (2023). *Standard operating procedures: SOPs severe mental illness-high risk to violence (V-Care)*. Beyond Publishing. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1394>
- Fansim, B., & Sodsong, K. (2021). The participation of youth in solving the drug problem of the organization Chiang Phin Subdistrict administration, Mueang District Udon Thani Province. *Journal of Dhammasuksa Research*, 4(2), 86–98. <https://so07.tci-thaijo.org/index.php/dsr/article/view/1368/943> (in Thai)
- Kaewsombat, K., Khunpiluek, I., Sujimongkol, C., & Wijitpanya, A. (2024). Contextual analysis of facilitators and barriers to community-based mental health service provision for patients with severe mental illness and substance users at high risk of violence: A multi-level mixed-methods study. *Research and Development Health System Journal*, 17(3), 157–171. (in Thai)
- Kantathip, J., & Ngamyinyuad, N. (2025). The development of a community-based caregiver model for psychiatric patients with substance abuse in Ratchaburi Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 5(2), 30–41. (in Thai)
- Kijpreedabrisut, B. (2017). *Research methodology in public health* (10th ed.). Chamchuri Product.
- Krainuwat, K., & Koshakri, R. (2018). (Eds.). *Community nursing* (Revised Edition). Mahidol University.
- Mukdahan Hospital. (2024). *Report on performance indicators for mental health, psychiatry, and substance abuse for Health Region 10 inspection Round 1/2024*. Mukdahan Hospital.



- National Statistical Office. (2023). *Executive summary: The opinion survey on the implementation of the action plan under the national policy and plan on prevention, suppression, and solution of drug problems, fiscal year 2023*. [https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey\\_detail/2023/20231004110423\\_58942.pdf](https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20231004110423_58942.pdf)
- Railoy, A., Harabuttra, T., Saisut, K., Kwanmuang, W., Sriugsorn, N., & Kitisorivorapan, P. (2024). Development of a psychosocial program to reduce aggressive behavior in schizophrenia patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 38(1), 94-114. (in Thai)
- Saloo, O., & Yenyuak, C. (2023). Community leaders and participation in the prevention of drug-related problems in Saraburi Province: A case study. *Journal of Social Sciences and Humanities Association of Private Higher Education Institutions of Thailand*, 29(2), 36–45. (in Thai)
- Sanseree, R., Meehoh, N., Tianual, K., & Wannakit, U. (2024). The development and effects of a clinical nursing practice guideline for amphetamine patients with aggressive behaviors in regional health 12. *Nursing Journal CMU*, 51(1), 186–203. (in Thai)
- Suntaphun, P., Bussahong, S., Srisoem, C., & Vongtree, A. (2020). The effects of using self-help group on the mental health self-care behavior of schizophrenia patients, caregivers in community. *UMT Poly Journal*, 17(2), 50–61. (in Thai)
- Tahloh, S., & Waichompu, N. (2024). Developing a care model for high-risk schizophrenia patients to prevent severe violence occurrences, Pattani Hospital. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, 4(2), 58–70. (in Thai)
- Tayraukhum, S. (2014). Research and development: Method for research developing. *Journal of Research for Social and Community Development, Rajabhat MahaSarakhm University*, 1(1), 2–11. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/rdimu/article/view/211157/146293> (in Thai)
- Thanachotpipit, T., Sangruangake, M., Thowannang, R., Singhawara, P., & Sasoom, L. (2020). The effectiveness of Cognitive Behavioral Treatment (CBT) to reduce aggressive behaviors in psychiatric patients with amphetamine use disorder. *Research and Development Health System Journal*, 13(2), 377–387. <https://shorturl.asia/0v8WT> (in Thai)
- Walaisri, K. (2023). 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. *Journal of Environmental and Community Health*, 8(3), 909–917. (in Thai)
- Wijitphanya, A., Suntarowit, N., Klubwong, M., & Nintachan, P. (2022). Development of a combined cognitive behavior therapy and self-control program for psychiatric patients having violent behaviors. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 36(1), 120–147. (in Thai)