บทความวิจัย (Research Article)

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

Development of a Care System for Drug Addict Patients with High Risk of Violence in Community

นรากร สารีแหล้ [1] และ กฤษณา ทรัพย์สิริโสภา[1*]
Narakorn Sareelae[1] and Krissana Sapsirisopa[1*]
[1]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[1]Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
*Corresponding author; email: krissana_h@yahoo.com

วันที่รับบทความ (Received)	วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข (Revised)	วันที่ตอบรับบทความ (Accepted)
9 มิถุนายน 2569	4 กรกฎาคม 2569	15 กรกฎาคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน และศึกษาประสิทธิผลของระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะประเมินสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ และ 3) ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 70 คน ผู้ดูแลจำนวน 70 คน และบุคลากรเครือข่ายสุขภาพชุมชนจำนวน 26 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบประเมินการใช้ยาเสพติดซ้ำ แบบประเมินการขาดนัด แบบติดตามประเมินผล แนวทางการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิงที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน “COMMUNITY Model” ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนและเฝ้าระวังสัญญาณเตือน 2) ทีมเชิงรุกลงเยี่ยมบ้านและเข้าถึงผู้ป่วยรวดเร็ว 3) ติดตามอาการและพฤติกรรมต่อเนื่อง 4) ทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนดูแล 5) ใช้ Google Map และ Line กลุ่มติดตามผู้ป่วย 6) สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว และเครือข่าย 7) วางแผนดูแลรายบุคคล 8) ติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย และ 9) เสริมพลังครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และพบว่าหลังการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง, ชุมชน

Abstract

This research and development study aimed to develop a care system for patients with substance use disorders at high risk of violence in the community and to evaluate the effectiveness of the developed care system. The study was conducted in three phases: 1) situational assessment, 2) model development, and 3) evaluation. The participants consisted of 70 substance abuse patients at high risk of violence, 70 caregivers, and 26 community health network personnel selected using purposive sampling. The study was conducted from October 1, 2024, to September 30, 2025. Research instruments included the Overt Aggression Scale (OAS), Stress Test-5 (ST-5), drug relapse assessment form, missed appointment assessment form, follow-up evaluation form, focus group discussion guidelines, and in-depth interview guidelines. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics at a significance level of 0.05.

The findings revealed that the developed care system for substance abuse patients at high risk of violence in the community, named the "COMMUNITY Model," consisted of nine components: 1) Community Risk Screening and Early Warning Surveillance, 2) Mobile Outreach and Rapid Home Visits, 3) Continuous Symptom and Behavioral Monitoring, 4) Multidisciplinary Care Team, 5) Use of Google Maps and LINE Group for Patient Monitoring, 6) Family and Community Network Participation, 7) Individual Care Plan, 8) Treatment Continuity and 9) Empowering Families in Patient Care. Finally, the mean post-intervention assessment scores were significantly better than the pre-intervention scores ($p < .001$)

Keywords: Care System, Substance Use Disorder, High-Risk Violence, Community Mental Health

บทนำ

ปัญหาการใช้ยาและสารเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท เช่น เมทแอมเฟตามีน ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว หวาดระแวง และเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ทั้งต่อครอบครัว บุคคลรอบข้าง และสังคมโดยรวม องค์กรอนามัยโลก เปิดเผยเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช (Mental Health Disorder) ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า ในประชากร 8 คน จะพบผู้ที่มีโรคทางจิตเวช 1 คน หรือประชากร 970 ล้านคน ทั่วโลกอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงมักขาดโอกาสการสนับสนุนจากสังคม ความเหลื่อมล้ำและความไม่สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจิตในชุมชน ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเองยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ญาติ หรือแม้แต่ในชุมชน อาจนำไปสู่ผลกระทบปัญหาในด้านอื่นๆ มากขึ้น เช่น ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชก่อความรนแรงในชุมชน ซึ่งอาจก่อให้เกิดคามเสียหายเป็นวงกว้างมากขึ้น [1]

สำหรับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากรายงานศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า พบว่า ปีพ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดการณ์ประมาณ 1.36 ล้านคน และข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รายงานสถานการณ์ฆ่าตัวตายในประเทศไทย พบว่า ปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ยังเพิ่มสูงขึ้นเป็น 7.38 ต่อแสนประชากร นอกจากปัญหาสุขภาพจิตอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นยังพบปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ปี พ.ศ. 2566 จากสถิติพบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงใหม่ จำนวน 871 คน [2]

ปัญหาดังกล่าวมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะสารกระตุ้นประสาท เช่น เมทแอมเฟตามีน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อระบบประสาทและสมอง ทำให้เกิดอาการหวาดระแวง หูแว่ว อารมณ์แปรปรวน ขาดการควบคุมตนเอง และเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ผู้ใช้ยาเสพติดบางรายอาจพัฒนาไปสู่ภาวะจิตเวชจากสารเสพติด (Substance-Induced Psychosis) ซึ่งส่งผลให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งยังมีโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำสูง หากขาดระบบการดูแลต่อเนื่องและการติดตามในชุมชนอย่างเหมาะสม

ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 1.4 ล้านคน แบ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติด 1.1 ล้านคน และผู้ติดสารเสพติดประมาณ 320,000 คน ในจำนวนนี้ เข้าสู่ระบบการบำบัดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 24,196 คน และพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดรุนแรงจำนวน 5,757 คน รวมถึงมีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 577 คน นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชก่อเหตุรุนแรงในสังคมเพิ่มขึ้นถึง 3.92 เท่า โดยในปี 2561 มีผู้ก่อเหตุรุนแรงจำนวน 267 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และลักษณะการก่อเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น การทำร้ายผู้อื่นจนเสียชีวิต และการทำลายทรัพย์สิน ขณะเดียวกันงานวิจัยล่าสุดเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยยาและสารเสพติด ซึ่งศึกษาจากผู้ป่วยจำนวน 4,507 ราย พบว่า การใช้สารกระตุ้นประสาท กัญชา และสุรา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยเฉพาะผู้ใช้สารกระตุ้นประสาทมีโอกาสเกิดพฤติกรรมรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่นกว่า 3 เท่า [3]

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรงที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในชุมชน อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้น ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการคัดกรองว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้แบบประเมิน Overt Aggression Scale (OAS) ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ร่วมกับการประเมินของทีมสหวิชาชีพ แม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ใช่ผู้ป่วย SMI โดยตรง แต่ผู้ใช้สารกระตุ้นประสาทอาจเกิดอาการทางจิตและพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ SMI-V จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มักเผชิญปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ล่าช้า ขาดการรักษาต่อเนื่อง และขาดระบบติดตามดูแลหลังจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากขาดยา ไม่มารับการรักษาตามนัด และกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ จนนำไปสู่อาการกำเริบทางจิตเวชและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้สารกระตุ้นประสาท เช่น เมทแอมเฟตามีน ซึ่งมีผลต่อระบบประสาท ทำให้เกิดอาการหวาดระแวง หูแว่ว อารมณ์แปรปรวน และขาดการควบคุมตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ได้แก่ การเข้าถึงบริการที่ไม่ต่อเนื่อง การขาดการติดตามเชิงรุกในชุมชน การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ยังไม่ครอบคลุม รวมถึงข้อจำกัดด้านบุคลากรและระบบเฝ้าระวังในระดับพื้นที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งหลุดจากระบบการรักษาและกลับไปก่อเหตุรุนแรงซ้ำ [4] เนื่องจากขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน รวมทั้งขาดระบบติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง [5] แม้ว่าจะมีงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V หลายการศึกษา แต่ยังไม่พบรูปแบบที่บูรณาการการติดตามเชิงรุก เทคโนโลยีดิจิทัล และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จึงจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ โดยเน้นการคัดกรองเชิงรุก การติดตามต่อเนื่อง การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน และการเสริมพลังครอบครัว เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ลดพฤติกรรมรุนแรง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปลอดภัยและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) และใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เฉพาะในระยะการพัฒนารูปแบบ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน และบุคลากรสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการ และสะท้อนผลการดำเนินงาน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการคัดกรองว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนตามเกณฑ์ที่กำหนด และเป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ดำเนินการวิจัย โดยไม่ได้ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นการวิจัยและพัฒนาระบบบริการในพื้นที่เฉพาะ และใช้กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์ในช่วงเวลาการศึกษา ซึ่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 70 คน ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการคัดกรองในชุมชนระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 30 กันยายน 2567 โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าคือ (1) แบบประเมินก้าวร้าวรุนแรง ที่มีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป และ (2) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

2) กลุ่มผู้ดูแล คือญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 70 คน ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการคัดกรองในชุมชนระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 30 กันยายน 2567 โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้าคือ (1) เป็นญาติสายตรง หรือเป็นผู้ดูแลหลัก (2) เป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และ (3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

3) กลุ่มบุคลากรเครือข่าย จำนวน 26 คน ประกอบด้วย แพทย์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน ฝ่ายปกครอง ตำรวจ และผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแล

2) ส่วนที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3) ส่วนที่ 3 ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) แบ่งคะแนนเป็น 3 คะแนน ได้แก่ (1) กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน (2) เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน (3) ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน

4) ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียด (Stress test questionnaires: ST-5) เป็นแบบประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 5 ข้อคำถาม คะแนนเต็ม 15 คะแนน แบ่งเป็นคะแนน 4 คะแนน ได้แก่ (1) คะแนน 0 หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี (2) คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง (3) คะแนน 2 หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง (4) คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ มีการแปลผลดังนี้

คะแนน 0-4 ความเครียดน้อย

คะแนน 5-7 ความเครียดปานกลาง

คะแนน 8-9 ความเครียดมาก

คะแนน 10-15 ความเครียดมากที่สุด

5) แบบประเมินการใช้ยาเสพติดซ้ำ หรือการประเมินปัญหาสารเสพติด (Drug Abuse Screening Test: DAST-10) เป็นเครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบพฤติกรรมการเสพยาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยคำถามจะมุ่งเน้นไปที่การใช้ยาเกินความจำเป็น การสูญเสียการควบคุม และผลกระทบต่อชีวิต มีทั้งหมด 10 ข้อคำถาม แบ่งเป็นคะแนน 2 คะแนน คือ (1) ใช่ และ (2) ไม่ใช่ มีการแปลผล ดังนี้

คะแนน 0 คะแนน : ไม่พบปัญหาการใช้สารเสพติด

คะแนน 1-5 : ความเสี่ยงระดับปานกลาง (อาจมีพฤติกรรมเสพซ้ำ)

คะแนน 6 คะแนนขึ้นไป: ความเสี่ยงสูง/มีแนวโน้มติดยา

6) แบบประเมินการขาดนัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นตัวแปรเชิงพฤติกรรมแบบสองกลุ่ม ได้แก่ มาตามนัด และขาดนัด ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่า IOC=1.00

7) แบบติดตามประเมินผล สำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล/ ญาติ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด) แต่ละด้านประเมินความรุนแรงเป็น 3 ระดับ แบ่งระดับความรุนแรง 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ปกติ/ ดี (คะแนน 10-15)

ระดับที่ 2 เสี่ยง/ ต้องเฝ้าระวัง (คะแนน 16-20)

ระดับที่ 3 มีปัญหา/ ต้องการความช่วยเหลือ (คะแนน 21-30)

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Wording) จากนั้นผู้เชี่ยวชาญจะประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence; IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า 0.50

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยมีการประชุมทีมวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือให้เหมาะสมกับการดำเนินงานในชุมชน

2. หลังจากพัฒนาเครื่องมือ ทีมวิจัยส่งเครื่องมือให้ทีมผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โดยใช้ทีมผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ที่มีความเชี่ยวชาญในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

3. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

4. ประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ

5. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ ดังนี้

5.1 ระยะประเมินสถานการณ์ ระยะนี้เป็นการประเมินสถานการณ์การการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก มีกิจกรรมดังนี้ 1) การสนทนากลุ่มทำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) การสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้ศึกษาเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก หรือผู้ถูกสัมภาษณ์เชิงลึก

5.2 ระยะพัฒนารูปแบบ ระยะนี้ถือเป็นการพัฒนา ตามขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน และจากผลการประเมินสถานการณ์ใยระยะที่ 1 เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 2) ออกแบบกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและเครือข่าย 3) กำหนดทีมที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 4) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 5) นำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ โดยทำการชี้แจงกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง

5.3 ระยะประเมินผล เป็นการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการ โดยการเยี่ยมบ้านและมีการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ซึ่งผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการติดตามเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์ผู้ร่วมศึกษา สรุปจากการนำรูปแบบไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พร้อมรายงานค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size: Cohen's d) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval; 95% CI)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงหลักความปลอดภัย การยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ให้ข้อมูล เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้อธิบายถึง วัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรผ่านแบบฟอร์มให้ความยินยออม (Informed consent form) และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งยุติก่อนสิ้นสุดการศึกษาได้ตลอดเวลาและข้อมูลทุกอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการศึกษา หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ได้เสนอขอรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยจาก สยบช. เลขที่ 006/2567 ลงวันที่ 13 กพ. 2567 และใช้ Chat GPT เพื่อช่วยในการ Generative Artificial Intelligence ภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 มีอายุเฉลี่ย 37.49 ปี (S.D.= 9.74) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-40 ปี ร้อยละ 60.00 และส่วนใหญ่มีสถานะภาพโสด จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 45.71

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 82.85 มีอายุเฉลี่ย 58.68 ปี (S.D.= 8.86) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-60 ปี ร้อยละ 64.28 และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00

ผลการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 17.14 พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อคนอื่นทั้งคำพูดและการแสดงออกจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 31.42

ผลการประเมินความเครียด (ST-5) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ระบบปานกลาง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 62.85 รองลงมาคือระดับน้อย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 32.28 ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดระดับมาก จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 84.28 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 7 คน คิดเป้นร้อยละ 10.00 ตามลำดับ

ผลการประเมินการใช้ยาเสพติดซ้ำ หรือการประเมินปัญหาสารเสพติด (DAST-10) พบว่าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง (อาจมีพฤติกรรมเสพซ้ำ) จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือมีความเสี่ยงสูง/มีแนวโน้มติดยา จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 17.14

ผลการประเมินการขาดนัด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการขาดนัดจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 54.28 การติดตามประเมินผล สำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในการติดตามผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับเสี่ยง/เฝ้าระวัง จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือระดับมีปัญหา/ต้องการความช่วยเหลือจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 17.14

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่ายด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) พร้อมทั้งแบ่งออกเป็น 3 ปฏิบัติการ ดังนี้

ปฏิบัติการที่ 1: การสร้างความตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไข การดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดแก่ผู้ดูแลหลัก จำนวน 30 ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 5 คน และทีมผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ศึกษาสภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ร่วมกับการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมแกนนำทางสุขภาพในเขตพื้นที่ในชุมชน โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดของทีมผู้ให้บริการ เพื่อเสนอประเด็นการทำงานการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวและผู้ดูแล รวมทั้งการหาแนวทางการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม ในขั้นตอนนี้สามารถทราบถึงสถานการณ์ ในการนำมาวางแผนการแก้ไขและพัฒนารูปแบบได้

ปฏิบัติการ 2 : การพัฒนาทักษะของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาทักษะของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน การพัฒนาทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นที่มีภาวะฉุกเฉิน การส่งต่อและการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้มีการประสานงานกับแม่ข่ายโรงพยาบาล ในการใช้ระบบให้คำปรึกษาเป็นรายผู้ป่วยที่มีปัญหา

ปฏิบัติการ 3 : การปฏิบัติงาน ซึ่งในขั้นตอนนี้เป็นการเสริมสร้างทักษะหลังจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ การเยี่ยมบ้าน การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และการดูแลของทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับกระบวนการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล

และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยการมีส่วนร่วมของทีมเจ้าหน้าที่ มีการกำหนดเป้าหมายสร้างแนวทางพัฒนาเพื่อเกิดการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสะท้อนสถานการณ์ปัญหา กระบวนการพัฒนาระบบ และปัจจัยที่สนับสนุนความสำเร็จของ COMMUNITY Model เพื่อให้ผลการศึกษาเชิงปริมาณมีความสมบูรณ์และอธิบายบริบทของพื้นที่ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประเด็นหลัก (Theme)	ประเด็นย่อย (Category)	ข้อค้นพบสำคัญ (Findings)	ตัวอย่างคำกล่าว (Quotation)
การเข้าถึงบริการ	ขาดนัดรักษา	ผู้ป่วยจำนวนมากขาดการรักษาต่อเนื่อง	"ผู้ป่วยบางรายหายไปหลายเดือน ไม่มารับยา"
การดูแลในครอบครัว	ขาดทักษะผู้ดูแล	ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการรับมืออาการกำเริบ	"เวลาเขาเริ่มอาละวาด ไม่รู้จะทำอย่างไร"
ระบบบริการ	การประสานงาน	การส่งต่อระหว่างหน่วยงานไม่ต่อเนื่อง	"แต่ละหน่วยงานทำงานแยกกัน"
การใช้เทคโนโลยี	ระบบติดตาม	ต้องการระบบติดตามผู้ป่วยแบบ Real-time	"ถ้ามี Line กลุ่ม จะติดตามผู้ป่วยได้เร็วขึ้น"

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน สามารถพัฒนาระบบการดูแล “COMMUNITY Model” ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้ดังนี้ 1) คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนและเฝ้าระวังสัญญาณเตือน (Community Screening) 2) ทีมเชิงรุกลงเยี่ยมบ้านและเข้าถึงผู้ป่วยรวดเร็ว (Outreach Service) 3) ติดตามอาการและพฤติกรรมต่อเนื่อง (Monitoring) 4) ทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนดูแล (Multidisciplinary Team) 5) ใช้ Google Map และ Line กลุ่มติดตามผู้ป่วย (Use Technology) 6) สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว และฝ่ายปกครอง (Network Participation) 7) วางแผนดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) 8)ติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย (Treatment Continuity) และ 9) เสริมพลังครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (Yielding Family Empowerment) ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

3. ประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

ผู้วิจัยดำเนินการใช้ COMMUNITY Model เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยเริ่มจากการคัดกรองและจัดระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล และการชี้แจงบทบาทของทีมเครือข่ายในชุมชน หลังจากนั้นทีมสหวิชาชีพร่วมกับ อสม. และผู้นำชุมชนดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้งต่อราย และมีการติดตามอาการการกินยา การขาดนัด และสัญญาณเตือนผ่านโทรศัพท์หรือ Line group ทุก 2 สัปดาห์ รวม 6 ครั้งตลอดระยะดำเนินการ

ในกรณีที่พบผู้ป่วยมีสัญญาณเตือน เช่น ขาดยา ขาดนัด มีอาการหวาดระแวง หูแว่ว อารมณ์แปรปรวน กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทีมเครือข่ายจะดำเนินการติดตามเชิงรุกภายใน 24–48 ชั่วโมง และประสานส่งต่อโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องตามระดับความรุนแรง หลังครบ 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบด้วยแบบประเมิน OAS, ST-5, DAST-10 แบบประเมินการขาดนัด แบบประเมินความสามารถในการอยู่ร่วมในชุมชนอย่างปลอดภัย และแบบประเมินคุณภาพการติดตามดูแลต่อเนื่อง

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ระดับความเครียดของผู้ป่วย (ST-5) ความเสี่ยงการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (DAST-10) การขาดนัดรักษา ความสามารถในการอยู่ร่วมในชุมชนอย่างปลอดภัย คุณภาพการติดตามดูแลต่อเนื่อง ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนพัฒนา Mean (SD)	หลังพัฒนา Mean (SD)	t	Mean Difference (95% CI)	Effect Size	*P*-value
พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS)	8.54 (2.31)	5.68 (2.12)	6.28	2.86 (1.95 to 3.77)	1.29	< .001*
ระดับความเครียดของผู้ป่วย (ST-5)	7.68 (1.92)	5.31 (1.71)	6.23	2.37 (1.61 to 3.13)	1.30	< .001*
ความเสี่ยงการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (DAST-10)	6.25 (1.73)	4.18 (1.58)	6.09	2.07 (1.39 to 2.75)	1.25	< .001*
การขาดนัดรักษา	2.15 (0.88)	1.04 (0.71)	5.66	1.11 (0.72 to 1.50)	1.39	< .001*
ความสามารถในการอยู่ร่วมในชุมชนอย่างปลอดภัย	2.84 (0.71)	3.69 (0.69)	-5.74	-0.85 (-1.15 to -0.55)	1.21	< .001*
คุณภาพการติดตามดูแลต่อเนื่อง	2.97 (0.69)	4.08 (0.61)	-6.12	-1.11 (-1.47 to -0.75)	1.70	< .001*

* p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน พัฒนาระบบการดูแลและประเมินประสิทธิผลของระบบที่พัฒนาขึ้น โดยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 37.49 ปี และมีสถานภาพโสด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิต [6] ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงาน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเข้าถึงสารเสพติดสูง และมีปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และความเครียดจากการดำรงชีวิตเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ที่ขาดบทบาททางครอบครัวหรือขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำสูงกว่ากลุ่มอื่น

ผลการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) พบว่าผู้ป่วยทุกคนมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มักมีปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งอาจสัมพันธ์กับผลของสารเสพติดต่อระบบประสาท โดยเฉพาะสารกระตุ้นประสาท เช่น เมทแอมเฟตามีน ที่ส่งผลให้เกิดอาการหวาดระแวง หูแว่ว และพฤติกรรมก้าวร้าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Thumwong, Kanato .[7] ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากกว่าประชากรทั่วไปหลายเท่า และหากขาดการรักษาต่อเนื่องจะเพิ่มโอกาสเกิดเหตุรุนแรงในชุมชน

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง ขณะที่ผู้ดูแลมีความเครียดระดับมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อภาระทางอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลอย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิด Caregiver Burden ของ Zarit, Reever, and Bach-Peterson[8] ที่อธิบายว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดมักเกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ความวิตกกังวล และความเครียดจากการเผชิญพฤติกรรมที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วย

ผลการประเมิน DAST-10 และการขาดนัดรักษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและมีปัญหาการขาดนัดสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Marlatt and Donovan[9] ที่ระบุว่า ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ขาดการติดตามต่อเนื่อง ขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว และยังอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมที่เอื้อต่อการใช้สาร จะมีโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำสูง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นันท์พญาน์ พิมพ์บุตร และนิตยา ฤทธิ์ศรี [10] ที่พบว่าการขาดนัดรักษาในผู้ป่วยยาเสพติดสัมพันธ์กับการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและการเกิดอาการกำเริบทางจิตเวช

ดังนั้น สถานการณ์ที่พบจากการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ยังมีข้อจำกัดด้านการติดตามต่อเนื่อง การเฝ้าระวังอาการเตือน และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลที่มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงเครือข่ายในพื้นที่อย่างเป็นระบบ

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาระบบการดูแล “COMMUNITY Model” ซึ่งประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ สามารถพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ที่เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้แก่ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และบุคลากรสุขภาพ ได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการ และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของพื้นที่ได้จริง ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis and McTaggart [11] ที่อธิบายว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงรอบ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและนำไปสู่การพัฒนาระบบงานที่เหมาะสมกับบริบทจริง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของStringer[12] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพ จะช่วยให้เกิดความร่วมมือ ความต่อเนื่อง และความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่

ผลการศึกษาที่พบว่าการใช้เทคโนโลยี เช่น Google Map และ Line Group สามารถช่วยติดตามผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิด Digital Health ของ World Health Organization[13] ที่สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดการหลุดจากระบบรักษา นอกจากนี้การที่ระบบมีองค์ประกอบด้านการเสริมพลังครอบครัว (Family Empowerment) และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ยังสอดคล้องกับแนวคิด Recovery Model ที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูศักยภาพของผู้ป่วยผ่านแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและปลอดภัย [14]

การลดลงของพฤติกรรมก้าวร้าวอาจเกิดจากการที่ COMMUNITY Model เน้นการคัดกรองเชิงรุก การเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และการติดตามการรับประทานยาร่วมกับการเฝ้าระวังอาการเตือนผ่านเครือข่ายชุมชน ทำให้สามารถค้นหาผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการกำเริบได้รวดเร็ว ลดการขาดยา ลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และลดความรุนแรงของอาการทางจิต ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Drake et al [15] และ WHO [1] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Penzenstadler, Soares, Anci, Molodynski, & Khazaal [18] ซึ่งไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการติดตามในชุมชน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาดังกล่าวใช้เพียงการติดตามทาง

โทรศัพท์ ขณะที่ COMMUNITY Model มีการเยี่ยมบ้านเชิงรุก การประเมินซ้ำโดยทีมสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง จึงอาจทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่า

3. ประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้ “COMMUNITY Model” ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลง ระดับความเครียดลดลง ความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำลดลง และการขาดนัดรักษาลดลง ขณะที่ความสามารถในการอยู่ร่วมในชุมชนอย่างปลอดภัยและคุณภาพการติดตามดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ผลการศึกษาดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่าการดูแลเชิงรุกในชุมชนร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้สามารถค้นหาปัญหาและเข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็ว ลดการขาดยาและลดโอกาสเกิดอาการกำเริบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Drake et al. [15] ที่พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ติดสารเสพติดแบบบูรณาการในชุมชน สามารถลดการกลับเข้ารักษาซ้ำและลดพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ผลการศึกษาที่พบว่าความสามารถในการอยู่ร่วมในชุมชนอย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิด Community Reinforcement Approach (CRA) ของ Meyers and Smith[16] ที่เน้นการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมเชิงบวก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงและสามารถกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ขณะเดียวกันการที่คุณภาพการติดตามดูแลต่อเนื่องดีขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. และเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ มีบทบาทสำคัญต่อความต่อเนื่องของการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Test and Stein[17] เกี่ยวกับ Assertive Community Treatment (ACT) ที่ระบุว่า การติดตามเชิงรุกโดยทีมสหวิชาชีพในชุมชน ช่วยลดการหลุดจากระบบรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่า “COMMUNITY Model” เป็นระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน เนื่องจากเป็นระบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายสุขภาพ ร่วมกับการติดตามเชิงรุกและการใช้เทคโนโลยีในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ลดพฤติกรรมรุนแรง ลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปลอดภัยและยั่งยืน

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนเพียงแห่งเดียวและใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลไปยังบริบทพื้นที่อื่น นอกจากนี้ระยะเวลาการติดตามผลยังเป็นระยะสั้น ทำให้ยังไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ด้านความยั่งยืนของระบบการดูแลในระยะยาวได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพควรนำ “COMMUNITY Model” ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ควรพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรเครือข่าย ให้มีทักษะในการเฝ้าระวังอาการเตือน การติดตามผู้ป่วย และการจัดการภาวะเสี่ยงในชุมชน

3. ควรสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น Line Group หรือระบบติดตามออนไลน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามผู้ป่วย การสื่อสาร และการส่งต่อข้อมูลระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของ “COMMUNITY Model” ในพื้นที่หรือบริบทอื่น เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบในระดับที่กว้างขึ้น

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของระบบการดูแล โดยเฉพาะการลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและการลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental disorders. [internet]. 2022 [cited 2026, Fab 13]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders
2. กรมสุขภาพจิต. มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2566. 48.
3. สิริยาภรณ์ บรรณสิทธิ์, รวินันท์ โสมา. ปัจจัยทำนายความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในผู้ป่วยยาและสารเสพติด: การศึกษาย้อนหลังในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2569. 9(1): 74-85. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/278377/190511
4. ขัติยา แก้วสมบัติ, อิศรา ขุนพิลึก, ชินกร สุจิมงคล, อัญชลี วิจิตรปัญญา. การวิเคราะห์บริบทของปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิต ระดับชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง: การศึกษาแบบผสานวิธีในหลายระดับ. 2567. 17(3): 157-171. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/270774
5. ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์, พุทธิพร พงศ์นันทกุลกิจ, สุภาพ ขวัญพูล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี. 2568. 26(2): 290-299. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/276597/188268
6. Department of Mental Health. Guidelines for the care of psychiatric patients at high risk of violence (SMI-V Care System). Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023.
7. Thumwong N, Kanato M. Methamphetamine use behavior, abnormal symptoms, and domestic violence among drug users in Thailand. Addictive Disorders & Their Treatment. 2020; 19(2): 88-98. https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000188
8. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. The Gerontologist. 1980; 20(6): 649-655. https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649
9. Marlatt GA, Donovan DM. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 2005.
10. นันทพญาน์ พิมพ์บุตร, นิตยา ฤทธิ์ศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยการระดมพลังทางสังคมร่วมกับการจัดการรายกรณี อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2568. 22(2): 177-192. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/275640/188087
11. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. Victoria: Deakin University Press; 1988.

12. Stringer ET. Action research. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2014.
13. World Health Organization. Community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: WHO; 2021. Available from: https://www.who.int/publications/b/57927
14. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1993; 16(4): 11-23. https://psycnet.apa.org/buy/1993-46756-001
15. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. Schizophrenia Bulletin. 1998; 24(4): 589-608. https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article-abstract/24/4/589/1929004
16. Meyers RJ, Smith JE. Clinical Guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach. New York: Guilford Press; 1995. https://shorturl.asia/DqQmi
17. Test MA., Stein LI. Alternative to mental hospital treatment: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Archives of General Psychiatry. 1980; 37(4): 392-407. https://cir.nii.ac.jp/crid/1573668924708385664
18. Penzenstadler L, Soares C, Anci E, Molodynski A, Khazaal Y. Effect of Assertive Community Treatment for Patients with Substance Use Disorder: A Systematic Review. European Addiction Research. 2019; 25(2): 56-67. https://doi.org/10.1159/000496742