วารสาร
จิตวิทยาคลินิกไทย
https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

บทความฟื้นฟูวิชาการ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจังหวัดภูเก็ต

ภาสกร คุ้มศิริ[1*], เจรติย์ วุฒิชาญ[2], ทยากร คันธิวิวรณ์[3]

[1] *นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต*

[2] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต*

[3] *นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต*

[*] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, e-mail: Passakorn.koomsiri@gmail.com

วันที่รับบทความ: 7 เมษายน 2568 | **วันที่แก้ไขบทความ:** 6 พฤษภาคม 2568 | **วันตอบรับบทความ:** 29 สิงหาคม 2568

บทคัดย่อ

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมและนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมุ่งเน้นการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีจิตวิทยาและแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต เนื้อหาในบทความได้สังเคราะห์ข้อมูลเชิงวิชาการและประสบการณ์ภาคปฏิบัติ เพื่อนำเสนอเป็นข้อสรุปในสองประเด็นหลัก ได้แก่ (1) นำเสนอความรู้ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และ (2) เสนอแนะมาตรการเชิงปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต ข้อสรุปจากองค์ความรู้ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการของทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสร้างความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจ และเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญในระบบการเฝ้าระวัง การติดตามกำกับ และการให้การดูแลในสถานการณ์วิกฤตด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ การมีช่องทางการสื่อสารและการประสานงานที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังเป็นองค์ประกอบที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: แนวทางการดูแล, จังหวัดภูเก็ต, ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง, ความรุนแรง

Thai Journal of Clinical Psychology
https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

Review Article

Guidelines for the Service of Serious Mental Illness and Substance Abuse with High Risk to Violence in Phuket Province

Passakorn Koomsiri[1*], Jirati Wuttichan[2], Tayakorn Khantivivorn[3]

[1] *Public Health Technical Officer, Professional Level, Phuket Provincial Public Health Office*

[2] *Registered Nurse, Professional Level, Phuket Provincial Public Health Office*

[3] *Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Phuket Provincial Public Health Office*

[*] Corresponding author, e-mail: Passakorn.koomsiri@gmail.com

Received: 7 April 2025 | **Revised:** 6 May 2025 | **Accepted:** 29 August 2025

Abstract

This article aims to compile and present knowledge concerning the care of individuals with psychiatric disorders and substance use who are at high risk of engaging in violent behavior. The focus is placed on applying psychological theories and care approaches within the specific context of Phuket Province. The content synthesizes both academic knowledge and practical field experiences and is organized into two main areas: (1) presenting essential knowledge related to individuals with psychiatric disorders and substance use who are at high risk of engaging in violent behavior, and (2) providing practical recommendations for managing and caring for this target group in the Phuket context. Findings from the review indicate that effective implementation requires the integration of multidisciplinary teams and active engagement of local stakeholders and community networks. Particularly, raising awareness, fostering understanding, and strengthening community capacity are critical components in surveillance systems, crisis response, and the delivery of mental health services. Additionally, the establishment of clear communication and coordination channels among involved agencies plays a vital role in enhancing the long-term effectiveness and sustainability of care systems for this high-risk population.

Keywords: Guidelines, Phuket Province, Serious mental illness and substance abuse, Violence

บทนำ

ปัจจุบันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสังคมไทยปรากฏเป็นภาพข่าวที่ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นการกระทำรุนแรงทั้งทางกาย วาจา ทำร้ายผู้อื่น หรือทรัพย์สินส่วนหนึ่งอาจมาจากเงื่อนไขด้านสุขภาพจิตหรือภาวะทางจิตใจบางประการของผู้กระทำการ (Panyayong et al., 2018a; Panyayong et al., 2018b) การศึกษาของ Chitsawang et al. (2023) ทำการศึกษาปัญหาการใช้ความรุนแรงในสังคมไทยที่สำคัญพบว่าเป็นเรื่องของการฆ่าตัวตาย ความรุนแรงในครอบครัว เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ อาชญากรรม ซึ่งสาเหตุมาจากการถ่ายทอดพฤติกรรมและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่กระตุ้นความรุนแรง จากรายงานของกรมสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรงที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์พบว่าส่วนใหญ่ 3 อันดับแรก ร้อยละ 43.22 เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20-F29) รองลงมาร้อยละ 30.36 เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-39) และต่อมาร้อยละ 17.34 เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Department of Mental Health, 2020) ซึ่งการมีประวัติโรคทางด้านจิตเวชหากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การกำเริบซ้ำ หรือการขาดการควบคุมตัวกระตุ้นต่าง ๆ ย่อมนำมาสู่แนวโน้มการกระทำความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นได้

สำหรับนิยามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ผู้เขียนอ้างอิงตามกรมสุขภาพจิต ซึ่งให้ความหมายว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเวช รวมถึงผู้ป่วยสารเสพติดที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ซึ่งความเจ็บป่วยนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุพพลภาพรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ โดยจำเป็นต้องติดตามดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ (Department of Mental Health, 2020) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่ม SMI-V1 ทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) กลุ่ม SMI-V2 ทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัวสะเทือนขวัญในชุมชน 3) กลุ่ม SMI-V3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง และกลุ่ม SMI-V4 มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) (Department of Mental Health, 2020)

ทั้งนี้ สถิติผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของจังหวัดภูเก็ตจากการสำรวจในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2568 (ข้อมูล ณ วันที่ 5 มีนาคม 2568) พบว่ามีประชากรฆ่าตัวตายสำเร็จที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.94 ต่อแสนประชากร (Phuket Provincial Public Health Office, 2025a) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการอย่างมีประสิทธิภาพพบว่าอยู่ที่ร้อยละ 92.31 อย่างไรก็ตาม ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้าสู่กระบวนการรักษาต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำไตรมาสแรกเท่ากับ 80.30 (Phuket Provincial Public Health Office, 2025b) (เกณฑ์ตรวจราชการในระยะเวลา 6-12 เดือน ≥ 85) จะเห็นได้ว่าตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2567 ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงยังไม่ได้รับการติดตามให้เข้าถึงบริการตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งข้อหารือของคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงรุนแรงโดยบูรณาการความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ในจังหวัด โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขเป็นหลัก กอปรกับจังหวัดภูเก็ตยังไม่ได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงระดับพื้นที่ที่เป็นปัจจุบัน

ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต นำโดยกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด จึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำเสนอบทความฟื้นฟูวิชาการนี้ โดยมีความมุ่งหมายเพื่อ 1) นำเสนอความรู้ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และ 2) เสนอแนะมาตรการเชิงปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการ

รวบรวมองค์ความรู้นี้จะเป็นประโยชน์ในการทำงานเพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบที่จะสร้างความเสียหายให้กับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคมเป็นลำดับไป

เนื้อหา

จากการทบทวนวรรณกรรมในฐานข้อมูลวิชาการ ได้แก่ Google Scholar, Thai Digital Collection (TDC) และ Thai Journal Online (ThaiJO) มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายเป็นประชากรไทยทุกกลุ่มวัยและทุกช่วงอายุ ทำการสืบค้นเอกสารในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1-28 กุมภาพันธ์ 2558 โดยใช้คำค้นหาภาษาไทย ได้แก่ จิตเวช ก่อความรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดก่อความรุนแรง จิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง การทำร้ายตนเองและผู้อื่น การกระทำความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น คำค้นหาภาษาอังกฤษ ได้แก่ SMIV, serious mental illness and substance abuse with high risk to violence and Thai ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวนำไปสู่ข้อสรุปเกี่ยวกับลักษณะและประเด็นสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ดังนี้

1) แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับ SMI-V

2) การประเมินและแนวทางการดูแลผู้ป่วย SMI-V

3) บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V

4) เครื่องมือที่เกี่ยวข้องการประเมิน SMI-V

5) ข้อเสนอแนะมาตรการเชิงปฏิบัติ

1. แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับ SMI-V

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทางทฤษฎีจิตวิทยา ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) สามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

แนวคิดแรก เป็นแนวคิดที่ปัจจุบันยังถูกกล่าวถึงและใช้ในการอธิบายพฤติกรรมอปกตินั้นคือ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Sigmund Freud's psychoanalytic theory) ของ Sigmund Freud เชื่อว่าการเลี้ยงดูในช่วงวัยแรกของชีวิตมีผลต่อการพัฒนาการทางจิตใจและเพศ (psychosexual stages of development) ซึ่งเพศในที่นี้ หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นบริเวณระบบประสาทในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่กำลังพัฒนา เช่น ปาก ทวารหนัก อวัยวะเพศ ถ้าพัฒนาการถูกติดขัด (fixation) ในขั้นนั้น ๆ จะทำให้เกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ได้ เช่น ขั้นปาก ทำให้เกิดการใช้สารเสพติด ความก้าวร้าว ขั้นทวารหนัก ทำให้เกิดความย้ำคิดย้ำทำ เจ้าระเบียบ/ไร้ระเบียบ ยึดติด ขั้นอวัยวะเพศ ความรู้สึกบกพร่อง การมีปมด้อย ความเกลียด/กลัว ซึ่งพัฒนาในช่วงต้น ๆ จะเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการทางจิตใจหรือตัวตนของบุคคล (ego) ซึ่งตัวตนที่อ่อนแอ (ego weak) ไม่สามารถประสานระหว่างจิตใจด้านสัญชาตญาณ (id) เช่น ความก้าวร้าว เพศ ความต้องการ เป็นต้น และจิตใจด้านศีลธรรม (superego) ทำให้เกิดความขัดแย้งในจิตใจ (conflict) กลายเป็นความกังวล (anxiety) ซึ่งกระบวนการทำงานในจิตใจจะเกี่ยวข้องกับระดับการทำงานของจิตใจมนุษย์ด้วย ซึ่งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดการรับรู้ผิดปกติมักมีการทำงานทางจิตอยู่ในระดับไม่รู้สึกตัว (unconscious) (Jampawal, 2017; Wongsuwan, 2022; Thanmantha, 2002; Charoenkhwan, 2008) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการใช้กลวิธีป้องกันตนเองแบบไม่เหมาะสมอย่างยาวนานด้วย เช่น การโยนความผิดให้ผู้อื่น (projection) การแสดงออกมาอย่างรุนแรง (acting out) การโทษตนเอง (introjection) การเก็บกด (repression) (Kaewsawang, 2022) เป็นต้น

แนวคิดที่สอง กลุ่มแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) เป็นกลุ่มแนวคิดที่ได้รับอิทธิพลของวิทยาศาสตร์อย่างมาก มักเชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของเงื่อนไขไม่ว่าจะเป็นสิ่งเร้า การตอบสนองหรือผลกรรมที่ค่อย ๆ เปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล เช่น การเรียนรู้จากเงื่อนไขของสิ่งเร้า (classical conditioning) เช่น ความรู้สึกอยากเสพสารเสพติดเมื่อกลับมาอยู่ในสถานที่คุ้นชิน หรือการวางเงื่อนไขพฤติกรรมกลัวจากการทดลองของ Watson

ทั้งนี้ยังเกี่ยวข้องกับการวางเงื่อนไขเป็นการกระทำ (operant conditioning) เช่น การไม่ได้รับการเสริมแรงที่เหมาะสม หรือในทางตรงกันข้ามคือการได้รับการเสริมแรงในพฤติกรรมไม่เหมาะสม จะทำให้บุคคลเหล่านี้ยังคงทำพฤติกรรมไม่เหมาะสมนั้น อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้ถูกวิพากษ์ว่าละเลยกระบวนการทางปัญญาของมนุษย์ แต่จะเห็นได้ว่าแนวคิดดังกล่าวถูกนำมาใช้เป็นเทคนิคปรับพฤติกรรมในเด็กได้ผลดี นอกจากนี้ ในบางงานเขียนพบว่ามีการอธิบายแนวคิดของ Bandura อยู่ในกลุ่มทฤษฎีการเรียนรู้ โดยอธิบายว่ามนุษย์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วยวิธีการสังเกต ซึ่งการเรียนรู้จากตัวแบบ (modeling) และสังเกตผลที่ตัวแบบจะได้รับจะเกิดการเรียนรู้และแสดงพฤติกรรมตามได้ (Jampawal, 2017; Wongsuwan, 2022; Thanmantha, 2002; Charoenkhwan, 2008) แสดงว่าพฤติกรรมความรุนแรงอาจได้รับการถ่ายทอดผ่านตัวแบบได้เช่นเดียวกัน

แนวคิดที่สาม กลุ่มทฤษฎีการรู้คิด (cognitive theory) แนวคิดนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ และการตอบสนองทางสรีระ ซึ่งพฤติกรรมไม่พึงประสงค์จะเกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทางปัญญา ซึ่งเป็นความผิดพลาดของกระบวนการคิดเมื่อถูกกระตุ้นโดยความตึงเครียด ซึ่งลักษณะหลัก ๆ มักแสดงออกมาใน 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) ความคิดต่อตนเองในด้านลบ (negative view of self) 2) คิดลบต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ (negative view of ongoing experiences) และ 3) การมีมุมมองเชิงลบต่ออนาคต (negative view of the future) โดยความคิดอัตโนมัติมักมีพื้นฐานบางอย่างที่สะท้อนมาจากการสะสมการเรียนรู้ในแต่ละช่วงวัยต่าง ๆ กลายเป็นโครงสร้างทางความคิด (schema) และแสดงออกเป็นความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors) ในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งนำมาสู่การก่อความรุนแรงและผู้อื่นได้ เช่น การด่วนสรุป (arbitrary inference) การมีความคิดเพียงขาวและดำ (dichotomous thinking) การคิดแบบขยายความ (overgeneralization) การเลือกสนใจเพียงด้านลบ (selective abstraction) (Jampawal, 2017; Wongsuwan, 2022; Thanmantha, 2002; Charoenkhwan, 2008) เป็นต้น

นอกจากนี้ ปัจจุบันพบหลักฐานทางวิทยาศาสตร์จำนวนมากที่กล่าวถึงปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์มีส่วนเกี่ยวข้องกับความผิดปกติที่ได้รับการถ่ายทอดมาทางพันธุกรรม ความผิดปกติของฮอร์โมน หรือระบบการทำงานของสมอง เช่น สารสื่อประสาท ความเสียหายของเนื้อสมอง เป็นต้น (Jampawal, 2017)

2. การประเมินและแนวทางการดูแลผู้ป่วย SMI-V

ข้อสรุปเกี่ยวกับการประเมินและแนวทางการดูแลผู้ป่วย SMI-V สามารถแบ่งได้เป็น 2 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) การประเมินและแนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงเป็น SMI-V ตามแนวปฏิบัติของจังหวัดภูเก็ต 2) การประเมินและแนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงเป็น SMI-V ตามแนวปฏิบัติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินและแนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงเป็น SMI-V ตามแนวปฏิบัติของจังหวัดภูเก็ต เป็นการบูรณาการร่วมกันระหว่างแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยสารเสพติดที่มีแนวโน้มก่อความรุนแรง ผ่านการทบทวนวรรณกรรม การหารือร่วมกันของคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด และการแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิต แบ่งเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) สัญญาณเตือน 2) ประวัติเดิม และ 3) การประเมินพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว ดังนี้

– สัญญาณเตือน ประยุกต์จากระบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (v-care) ระบุข้อบ่งชี้สัญญาณเตือน 5 ประการ ได้แก่ 1) ไม่หลับไม่นอน 2) เดินไปเดินมา 3) พูดจาคนเดียว 4) หงุดหงิดฉุนเฉียว และ 5) หวาดระแวง

– ประวัติเดิมสามารถพิจารณาได้จาก 2 ส่วน คือ 1) มีประวัติเจ็บป่วยจิตเวช เช่น มีประวัติเคยกระทำรุนแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น ทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง จนทำให้เกิดอาการอย่างเห็นได้ชัด

เช่น หวาดระแวง หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน เป็นต้น และ 2) มีประวัติการใช้สารเสพติดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีสติ ควบคุมตนเองไม่ได้ ขาดสัมปชัญญะในการตัดสินใจที่เหมาะสม

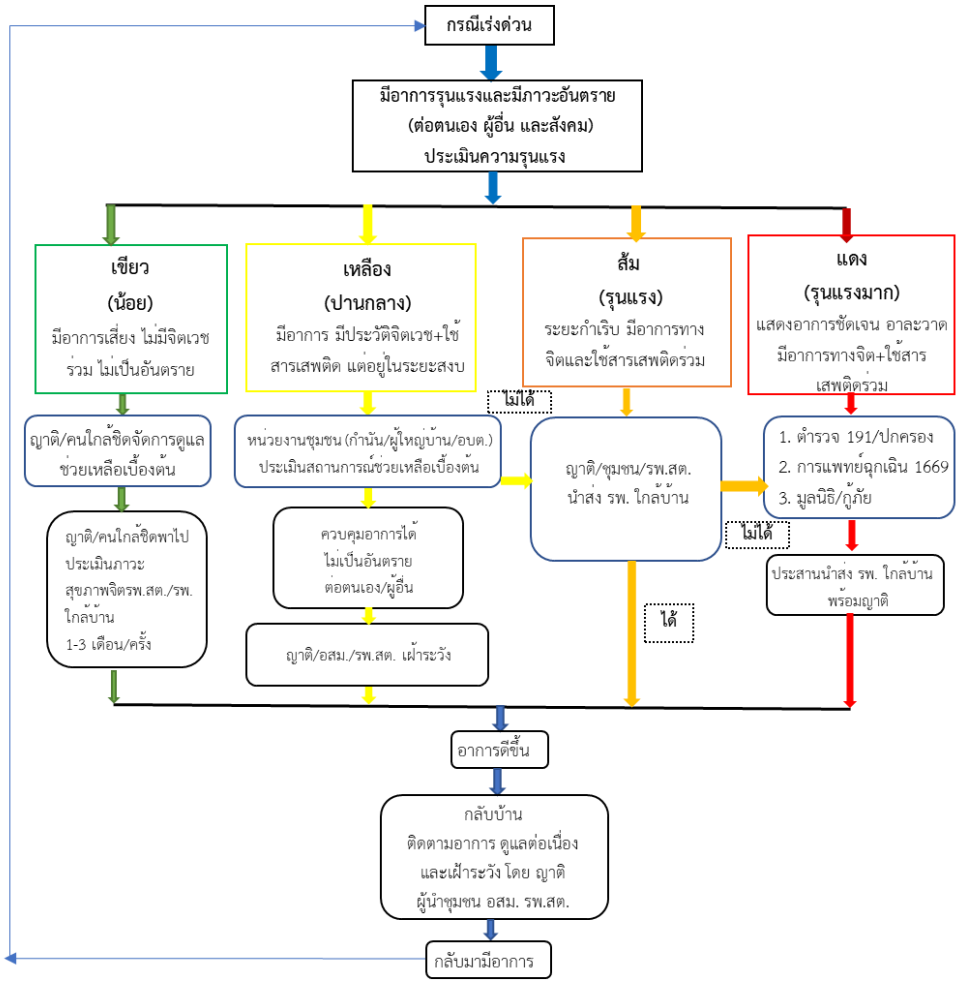
– การประเมินพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว ในรายที่มีอาการรุนแรงมักจะปรากฏอาการที่เห็นชัดด้วยการสังเกต อย่างไรก็ตาม หากมีการติดตามเป็นรายบุคคลก็จำเป็นต้องมีหลักฐานในการสนับสนุนการประเมินโดยใช้เครื่องมือ เช่น แบบวัดการแสดงความก้าวร้าว (overt aggressive scale: OAS) แบบประเมินอาการทางจิต (brief psychiatric rating scale: BPRS) แบบประเมินซึมเศร้า (9Q) และฆ่าตัวตาย (8Q) (Department of Mental Health, 2020, 2023) เป็นต้น

แนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากภาวะป่วยทางจิตและการใช้สารเสพติด (SMI-V) ในจังหวัดภูเก็ต เป็นการบูรณาการระบบการดูแลระหว่างผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติด โดยมีการติดตามและพัฒนาแนวทางอย่างต่อเนื่องผ่านคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดภูเก็ต การดำเนินงานดังกล่าวได้กำหนดระดับความเร่งด่วนในการให้บริการในสถานการณ์วิกฤตไว้ 4 ระดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, 2568) (ดังแสดงในภาพที่ 1) ได้แก่

1) ความเสี่ยงน้อยหรือสีเขียว ผู้ป่วยมีอาการสัญญาณเตือนอย่างใดอย่างหนึ่งจาก 5 ข้อ แต่ไม่ปรากฏประวัติหรืออาการจิตเวชที่เด่นชัดในปัจจุบัน และพบว่าไม่มีหลักฐานที่แสดงถึงอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดใน 1 เดือนที่ผ่านมา ในขั้นนี้ญาติหรือคนดูแลใกล้ชิดติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดและส่งให้หน่วยงานสาธารณสุขในชุมชน เช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประเมินอาการ ติดตามอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

รูปภาพ 1

แนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงหรือเหตุการณ์วิกฤตสุขภาพจิตในจังหวัดภูเก็ต



2) ความเสี่ยงปานกลางหรือสีเหลือง มีอาการเสี่ยงสัญญาณเตือนอย่างใดอย่างหนึ่งจาก 5 ข้อ มีประวัติจิตเวชและใช้สารเสพติดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แต่ประวัติจิตเวชและอาการจากการใช้สารเสพติดยังอยู่ในระยะสงบ ในขั้นนี้ผู้นำชุมชนหรือท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกันประเมินสถานการณ์และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น หากอาการไม่ดีขึ้นให้ใช้กระบวนการดูแลเช่นเดียวกับผู้รับบริการสีส้มและสีแดงต่อไป

3) ความเสี่ยงรุนแรงหรือสีส้ม อาจเรียกได้ว่าระยะนี้คือระยะกำเริบ มีอาการสัญญาณเตือนเกิดขึ้นมากกว่า 1 อาการ และมีความถี่ในการแสดงอาการติดต่อกันอย่างเห็นได้ชัด ประวัติเดิมด้านจิตเวชที่อาการยังไม่สงบหรือใช้สารเสพติดภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา ในขั้นนี้ญาติประสานกับผู้นำชุมชน/ฝ่ายปกครอง อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. นำส่งโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง หากไม่ดีขึ้นให้ดูแลตามกระบวนการของผู้รับบริการสีแดงต่อไป

4) ความเสี่ยงรุนแรงมากหรือสีแดง ระยะนี้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว ณ ปัจจุบันอย่างชัดเจน ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ขาดความสามารถในการตัดสินใจ มีประวัติเดิมด้านจิตเวชที่อาการยังไม่สงบและใช้สารเสพติดร่วมภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา ในระยะนี้จำเป็นมีการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องดำเนินการให้ญาติ ผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องประสานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ (ติดต่อหมายเลข 191) หน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (ติดต่อหมายเลข 1669) หรือมูลนิธิฯ/กู้ภัยในพื้นที่นั้น ๆ เข้าจำกัดพฤติกรรมและนำส่งโรงพยาบาลใกล้เคียงต่อไป เมื่อให้การดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลแล้วอาการไม่สงบสามารถประสานส่งต่อยังโรงพยาบาลแม่ข่ายต่อไป อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้รับบริการอาการดีขึ้นแล้วทางพื้นที่จำเป็นต้องเตรียมชุมชน ครอบครัวเพื่อดูแลผู้รับบริการในระยะยาวต่อไป

สำหรับการดูแลต่อเนื่อง (follow up) ในที่นี้คือการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V หลังจำหน่ายกลับสู่ชุมชน โดยหน่วยบริการสาธารณสุขและเครือข่ายในเขตสุขภาพ โดยมีการประสานงาน ส่งต่อ และจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางสาธารณสุขและ/หรือนัดติดตาม ณ สถานบริการ โดยปีที่ 1 หลังได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วย SMI-V ต้องได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง และปีที่ 2 เป็นต้นไป ต้องได้รับการติดตามอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี (Ministry of Public Health, 2024)

2. การประเมินและแนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงเป็น SMI-V ตามแนวปฏิบัติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่ม ตามตารางที่ 1 ซึ่งถ้าพบข้อใดข้อหนึ่งถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Department of Mental Health, 2020; Ministry of Public Health, 2024; Mental Health Service System Administration Division, 2021)

ตาราง 1

เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการรักษา

1. ผู้ป่วย SMI-V ที่มีความเสี่ยงสูง พบการทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต (1B030)	**2. ผู้ป่วย SMI-V ที่พบการทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัวสะเทือนขวัญในชุมชน** (1B031)	**3. ผู้ป่วย SMI-V ที่พบอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง** (1B032)	**4. ผู้ป่วย SMI-V ที่เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)** (1033)
• ยิงตัวเองด้วยปืน • แขวนคอ • ตั้งใจกระโดดจากที่สูงเพื่อให้เสียชีวิต เช่น กระโดดตึก/กระโดดสะพาน/กระโดดน้ำตาย	• ใช้อาวุธ มีด หรือของมีคม หรือส่วนของร่างกายทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรง หรือเลือดออกภายใน หรือมีการแตกหักของอวัยวะในร่างกาย	• มีความคิดจะทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายตนเอง/ผู้อื่นหวังให้บาดเจ็บสาหัส หรือเสียชีวิต โดยระบุบุคคลที่มุ่งจะทำร้าย	• ฆ่าคนอื่นให้ถึงแก่ชีวิต • พยายามฆ่าคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่เสียชีวิต • ข่มขืนกระทำชำเราบุคคลอื่น • วางเพลิงจนทรัพย์สินเสียหาย

1. ผู้ป่วย SMI-V ที่มีความเสี่ยงสูง พบการทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต (1B030)	2. ผู้ป่วย SMI-V ที่พบการทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัวสะเทือนขวัญในชุมชน (1B031)	3. ผู้ป่วย SMI-V ที่พบอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง (1B032)	4. ผู้ป่วย SMI-V ที่เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) (1033)
• กินยาฆ่าแมลง/กินสารเคมี/น้ำยาล้างห้องน้ำ/ยาเบื่อหนู • กินยาเกินขนาดเพื่อฆ่าตัวตาย • ใช้มีดหรือของมีคมฟัน แทง เฉือน ปาดตัวเอง • ทำให้ตัวเองจมลงในน้ำเพื่อให้หายใจไม่ได้ • ทำให้ยานยนต์ชน หรือทับตาย เช่น รถไฟ รถยนต์ รถมอเตอร์ไซค์ หรือยานยนต์อื่น ๆ ที่ถูกกระทบแล้วสามารถทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น • ใช้วัตถุระเบิดใส่ตัวเอง • ใช้ควันไฟ เปลวไฟรมตัวเองให้หายใจไม่ออก • ใช้ของแข็ง โลหะ ไม้ ทำร้ายตัวเองเพื่อให้เสียชีวิต • มีพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เสียชีวิต เช่น ทำให้ไฟฟ้าดูด เอาศีรษะโขกหรือกระแทกพื้น ผนัง หรือของแข็ง เป็นต้น • อื่น ๆ (ระบุ)...	• รัดคอผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นจมน้ำ • เจตนาชน หรือทับผู้อื่นด้วยยานยนต์ • จี้ตัวประกัน • พกอาวุธปืน หรือระเบิด หรือของมีคมพร้อมก่อเหตุรุนแรง • ขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น มีด ขวาน ระเบิด หิน • อาละวาดทำลายสิ่งของ หรือเผาสิ่งของ หรือทรัพย์สินเสียหาย • ปล้น ปล้นทรัพย์ ชิงทรัพย์ • ทำอนาจาร เปลือยกาย หรือเปิดเผยอวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ • ข่มขืน ล่วงละเมิดทางเพศ กระทำชำเราผู้อื่น • บุกรุกบ้านเพื่อทำอันตรายผู้อื่น • อื่น ๆ (ระบุ)...	• หวาดระแวงมีคนจะมาทำร้าย และพกอาวุธไว้กับตัวเพื่อมุ่งร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต • อื่น ๆ (ระบุ)...	

3. บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V

บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V มีหลายระดับ ดังนี้

1. สาธารณสุขระดับจังหวัด บทบาทสำคัญในการสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพผ่านคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด (service plan) นอกจากนี้ยังทำหน้าที่กำกับดูแลและประสานงานร่วมกับเครือข่ายด้านความมั่นคงและสังคม รวมถึงติดตามผลการดำเนินงานของทีมจัดการรายกรณีเพื่อประเมินผลการดูแลต่อเนื่อง

2. ผู้จัดการรายกรณี (case manager) มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบองค์รวม โดยประเมินคัดกรองปัญหา วางแผนการดูแลและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ รวมถึงติดตามผลการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวและเครือข่ายสนับสนุน เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ในที่นี้ผู้จัดการกรณีอาจหมายถึงโรงพยาบาลเจ้าของเคสที่ดูแลด้านสุขภาพจิต (Wongpanarak & Sermsai, 2024)

3. ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครองในพื้นที่ และ อสม. มีบทบาทในการเฝ้าระวัง ค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เช่น ผู้มีอาการทางจิต และแนะนำให้เข้ารับการรักษา การเพิ่มมาตรการควบคุม เช่น การงดดื่มเหล้าในงานประเพณี และการรณรงค์สร้างความรู้เรื่องสัญญาณเตือน (v-scan) รวมถึงการจัดตั้งทีมบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความรุนแรงในชุมชน

4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีหน้าที่สำคัญในการค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะจิตเวชและเกี่ยวข้องกับยาเสพติดในชุมชน รวมถึงให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาที่เหมาะสม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังช่วยเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงในการกลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ

5. ตำรวจ (หมายเลขติดต่อ 191) ทำหน้าที่รับแจ้งเหตุและตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยช่วยควบคุมสถานการณ์และป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือบุคคลรอบข้าง นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างปลอดภัย รวมถึงร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ในการดูแลและป้องกันเหตุรุนแรงในชุมชน

6. หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน (หมายเลขติดต่อ 1669) ให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีอาการรุนแรงหรือพฤติกรรมอันตราย ประเมินสถานการณ์ผู้ป่วย ปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัยไปยังสถานพยาบาลใกล้เคียง นอกจากนี้ยังทำการควบคุมสถานการณ์ร่วมกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ

7. พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนสวัสดิการและการฟื้นฟูทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากยาเสพติด รวมถึงให้ความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย อาชีพ และการกลับเข้าสู่สังคมหลังการรักษา หน่วยงานนี้ยังมีหน้าที่ลดการตีตราทางสังคมและสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรชุมชนในการพัฒนามาตรการป้องกันและฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย อีกทั้งมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยระยะยาว

8. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ให้การรักษาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยให้บริการตั้งแต่การวินิจฉัย การรักษา และการบำบัดฟื้นฟู นอกจากนี้ยังมีการติดตามอาการและประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับ รพ.สต. พร้อมทั้งทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้การดูแลครอบคลุมและต่อเนื่อง

ทั้งนี้ กระบวนการดูแลผู้ป่วย SMI-V จะเกี่ยวข้องกับกฎหมาย ได้แก่ พ.ร.บ. สุขภาพจิต มาตรา 22 และประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 มาตรา 114 กล่าวถึงเจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ปกครอง ศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมกันประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำกัดพฤติกรรม รักษาความปลอดภัยจากการก่อความรุนแรงนั้น ๆ และประสานส่งต่อสถานพยาบาล สำหรับเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลทำการประเมินสภาพจิตใจและให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานของสถานพยาบาลต่อไป อย่างไรก็ตาม การทำงานในพื้นที่บางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ SMI-V และการทำงานที่สอดประสานกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. เครื่องมือที่เกี่ยวข้องการประเมิน SMI-V

โดยทั่วไปแล้ว วิธีการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะป่วยทางจิตและการใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประกอบด้วย การสังเกตอาการแสดง การสัมภาษณ์หรือเก็บประวัติจากผู้มีความเสี่ยง รวมถึงการใช้เครื่องมือมาตรฐานหรือแบบสอบถามที่ได้รับการยอมรับในเชิงวิชาการ ซึ่งถือเป็นหลักฐานสำคัญในการสนับสนุนการวินิจฉัยและเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ตัวอย่างของเครื่องมือประเมินที่สามารถนำมาใช้ได้ มีดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (overt aggression scale: OAS) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต แบ่งการประเมินพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง 2) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและแสดงออก และ 3) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน การให้คะแนนจะมีอยู่

3 ระดับ ประเมินตามเกณฑ์ระดับความก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งการแปลผลจะมีอยู่ 3 ระดับได้แก่ 1) กึ่งเร่งด่วน (semi-urgency) ต้องจัดการใน 24 ชั่วโมง 2) เร่งด่วน (urgency) ต้องจัดการใน 2 ชั่วโมง และ 3) ฉุกเฉิน (emergency) ต้องจัดการในทันที การศึกษาคุณภาพของแบบประเมินพบว่า มีความเที่ยงตรงภายในดี (α เท่ากับ .82) มีความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินดี (r = 0.85) และมีความคงที่ (r = 0.78) (Sereerat, 2024)

2. แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (brief psychiatric rating scale: BPRS) ของ Overall และ Gorham แปลโดยพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ ปี 2544 เป็นแบบประเมินอาการแสดงระหว่างสัมภาษณ์มีทั้งหมด 18 ข้อ โดยประเมินอาการเป็นระดับตั้งแต่ 1 คะแนน คือ ไม่มีอาการ ถึง 7 คะแนน คือ มีอาการรุนแรงมาก ซึ่งคะแนนรวม 36 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีอาการรุนแรงมาก ซึ่งการศึกษาคุณภาพพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .82 และความเชื่อมั่น เท่ากับ .71 (Phaiphut & Choen-arom, 2022)

3. แบบประเมินซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินตนเองหรือแบบสัมภาษณ์ โดยที่แบบประเมิน 9Q ให้สำรวจอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 9 ข้อ การตอบแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการเลยจนถึงมีอาการทุกวัน การแปลความหมายใช้คะแนนรวม โดยถ้ามีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 19 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง ทั้งนี้หากมีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนนขึ้นไปให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน ซึ่งคุณภาพของแบบประเมิน 9Q มีความตรงเชิงเหมือนอยู่ในเกณฑ์ดี ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .72 ค่าความถูกต้องร้อยละ 86.20 (Kongsuk et al., 2018) สำหรับ 8Q ใช้สำรวจอาการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 8 ข้อ โดยตอบคำถาม 2 ค่า คือ ไม่มีและมี การแปลความใช้คะแนนรวม โดยถ้ามีคะแนนรวม 1-8 คะแนน แสดงว่ามีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย ควรเฝ้าระวังติดตามดูแลใกล้ชิดจากญาติ คะแนน 9-16 คะแนน แสดงว่ามีแนวโน้มฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง เฝ้าระวังอาการ เข้าสู่กระบวนการรักษา ควรทำการประเมินอาการทุกสัปดาห์ และหากมีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 17 คะแนนขึ้นไป ควรมีการประเมินอาการทางจิต ความสามารถโดยรวม และเข้าสู่กระบวนการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (Nursing Mission Group, 2020) การศึกษาคุณภาพพบว่าแบบวัด 8Q มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ระดับ .90 (Chantra, 2019)

5. ข้อเสนอแนะมาตรการเชิงปฏิบัติ

ข้อสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงมาตรการเชิงปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงของการก่อความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วย SMI-V โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการทำงานแบบทีม การสร้างเครือข่าย การส่งเสริมความตระหนักรู้ ความรู้ความเข้าใจ รวมถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Sriharaksa, 2023; Polkot, 2024; Sittisan, 2023; Tahloh & Waichompu, 2024; Charoensri, 2023; Aiamsaart et al., 2020) ดังนั้น ข้อเสนอแนะจึงมุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนอย่างครบวงจร โดยประกอบด้วยมาตรการหลัก 5 ด้าน ดังต่อไปนี้

1) มาตรการพัฒนาระบบเฝ้าระวังระดับจังหวัด ได้แก่

– ผลักดันให้จังหวัดกำหนดนโยบายเฝ้าระวังฆ่าตายและการก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเองหรือผู้อื่นระดับจังหวัด

– จัดประชุมขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตภายใต้คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดภูเก็ต อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อดำเนินการป้องกันฆ่าตายและการก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น

– มีหน่วยงานเจ้าภาพหลักในการดูแลและประสานงานด้านสุขภาพจิตของจังหวัดภูเก็ต โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูล เผยแพร่ คืนข้อมูลให้แก่พื้นที่ในเวทีประชุมแบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในจังหวัดภูเก็ต โดยดำเนินการประชุมอย่างน้อยปีงบประมาณละ 2 ครั้ง

– ประชาสัมพันธ์จุดแจ้งเหตุกรณีเกิดเหตุการณ์วิกฤตสุขภาพจิตเพื่อให้ความช่วยเหลือ ส่งต่อ หรือประสานงานเข้าดูแลผู้ประสบวิกฤตสุขภาพจิต ได้แก่ สายด่วน 191, 1323 และ 1669 สถานบริการ

ด้านสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัด ตลอด 24 ชั่วโมง และแอปพลิเคชัน LINE Traffy Fondue จังหวัดภูเก็ต ในการรับแจ้งเหตุผ่าน LINE chatbot อัตโนมัติ

2) มาตรการติดตามเฝ้าระวังป้องกันในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

– ประสานงานการเฝ้าระวัง สังเกต ค้นหาผู้มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงในระดับอำเภอ ในปีนี้ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงแนวทางการคัดกรองและติดตามประชาชนและผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยง SMI-V ในชุมชนและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในเขตอำเภอเมืองภูเก็ต

– จัดทำแผนแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยง SMI-V ในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต โดยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 1) มีอาการไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา หงุดหงิดฉุนเฉียว หวาดระแวง 2) มีประวัติเดิม เช่น ใช้สารเสพติดภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช และ 3) พบพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวที่ชัดเจนหรือผ่านการประเมินด้วยแบบประเมินต่าง ๆ

– เพิ่มศักยภาพให้ทีมผู้ปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายสาธารณสุขเรื่องสัญญาณเตือนผู้ที่มีความเสี่ยง SMI-V การคัดกรองค้นหา ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุก นำส่งเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิต โดยขับเคลื่อนการใช้ระบบสารสนเทศติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-care) ให้ครอบคลุมทุกชุมชน

– ส่งเสริมความรอบรู้แก่ประชาชนในกลุ่มวัยต่าง ๆ เช่น เด็กและวัยรุ่น วัยทำงาน สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ญาติผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง โดยจัดกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษา เช่น การให้ความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย การสังเกตสัญญาณเตือน/การประเมิน การเฝ้าระวัง การให้ช่วยเหลือเบื้องต้น ประชาสัมพันธ์ช่องทางการติดต่อ การเข้าถึงบริการแหล่งประสานส่งต่อ การบูรณาการการช่วยเหลือในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. สุขภาพจิต 2551 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่2) 2562

3) มาตรการการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ ได้แก่

– ประสานงานกับโรงพยาบาลเจ้าของพื้นที่ส่งทีมเยียวยาจิตใจ (MCATT) ดูแลประเมินสภาพจิตใจและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์วิกฤตสุขภาพจิตขึ้น

4) มาตรการการสนับสนุนการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายในจังหวัด ได้แก่

– ดำเนินการสำรวจผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่ผ่านการอบรมการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรง

– ผลักดันให้โรงพยาบาลเจ้าของพื้นที่ดำเนินการสอบสวนโรคเมื่อเกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จหรือพยายามฆ่าตัวตายทุกราย

– มีการนิเทศ ติดตาม และการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงในระดับพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ

5) มาตรการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องและด่านกั้นในจังหวัด ได้แก่

– เสนอแผนควบคุมป้องกันวัสดุอุปกรณ์หรือสถานที่ที่พบความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองหรือก่อความรุนแรง (การติดตั้งกล้องวงจรปิดในสถานที่เสี่ยง เช่น สะพานที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ การขออนุญาตพกพาอาวุธปืนของบุคคลทั่วไป งดการนำเสนอข่าวของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในสื่อสังคมออนไลน์) แก่คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดภูเก็ต เพื่อการผลักดันในระดับจังหวัดภูเก็ตต่อไป

– ดำเนินการผลักดันให้เกิดการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงของการใช้สารเสพติดกับนักท่องเที่ยวหรือชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดภูเก็ตในการใช้เสพติดตามกฎหมายที่กำหนด เช่น กัญชา พืชกระท่อม

– จัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตทุกช่วงวัย ดำเนินการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการป้องกันด้านสุขภาพจิตชุมชน โดยการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษา เช่น กิจกรรมสายสัมพันธ์ การสื่อสารเชิงบวก ตลอดจนการสร้างความเข้มแข็งทางใจ (RQ) รวมถึงการสร้างวัคซีนใจระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบการที่สนใจ

สรุป

การทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่าพบแนวคิดด้านจิตวิทยาที่อธิบายพฤติกรรมรุนแรง 3 กลุ่ม คือ จิตวิเคราะห์ ทฤษฎีการเรียนรู้ และทฤษฎีการรู้คิด สำหรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง การวิเคราะห์การวิจัยบ่งชี้ถึงการทำงานเป็นทีม เครือข่าย ความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจ ความเข้มแข็งของชุมชนมีส่วนสำคัญอย่างมากในระบบการเฝ้าระวังติดตามกำกับ รวมถึงการดูแลผู้รับบริการขณะเกิดวิกฤตสุขภาพจิต ซึ่งแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เขียว เหลือง ส้ม และแดง ทั้งนี้เมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาแล้วก็สามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภท เช่น ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น หลงผิดคิดทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และผู้ป่วยที่มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง กระบวนในการดูแลผู้ป่วย SMI-V คือการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น อสม. ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ เจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครกู้ชีพ สหวิชาชีพ รวมทั้งผู้ดูแลและญาติ ก็เป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าสู่กระบวนการรักษา ทานยาต่อเนื่อง ทำให้มีอาการทางจิตลดลง สามารถปรับตัวเข้ากับชุมชนได้ ทั้งนี้ช่องทางติดต่อก็เป็นกุญแจสำคัญในการเข้าถึงบริการ ดังนั้นผู้เขียนจึงขอสรุปช่องทางติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไว้ พอสังเขป ได้แก่ 1) สายด่วนสุขภาพจิต หมายเลข 1323 บริการ 24 ชั่วโมง ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบให้บริการปรึกษาผ่านข้อความและระบบนัดปรึกษาออนไลน์ 2) กรณีฉุกเฉิน ติดต่อตำรวจ หมายเลข 191 และศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลข 1669 ทั้งนี้สามารถติดต่อหน่วยงานสถานพยาบาลภาครัฐโดยผู้เขียนนำเสนอข้อมูลในภาคผนวก (ตารางที่ 3) สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการทำงานดูแลผู้ป่วย SMI-V ระดับชุมชน ได้แก่ สาธารณสุขระดับจังหวัด ผู้จัดการรายกรณี ผู้นำชุมชนและฝ่ายปกครองในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตำรวจ (หมายเลขติดต่อ 191) หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน (หมายเลขติดต่อ 1669) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ เครื่องมือคัดกรองที่ใช้ในชุมชน ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น แบบประเมินซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ผลประโยชน์ทับซ้อน

บทความทางวิชางานฉบับนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกัน (conflict of interest) ระหว่างผลประโยชน์ส่วนรวมและผลประโยชน์ส่วนตน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ดร.ภาสกร คุ้มศิริ ทำหน้าที่กำหนดหัวข้อ วางแผน รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความหลัก นางสาวเจรติย์ วุฒิชาญ รวบรวมข้อมูลและร่วมตรวจสอบความถูกต้อง นายทยากร คันธิวิวรณ์ สรุป ประมวลเอกสารต่าง ๆ และร่างบทความเบื้องต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต และคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดภูเก็ตในส่วนช่วยดำเนินการผลักดันด้านนโยบายทำให้การทำงานด้านสุขภาพจิต เกิดความราบรื่นและประสบความสำเร็จมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

Aiamsaart, N., Thaweeses, P., & Chumchai, P. (2020). The effect of case management to overall abilities among schizophrenia patients with the risk for violence. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, *14*(1), 10-22. (in Thai).

Chantra, C. (2019). Stress depression and stress management of 1st year student of bachelor degree of public health program, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok. In *The 10th Hatyai National and International*

Conference (pp.1492-1504). Hatyai Business School, Hatyai University, Songkhla. (in Thai).

Charoenkhwan, W. (2008). *Psychological systems and theories*. Ramkhamhaeng University Press. (in Thai).

Charoensri, K. (2023). Development of care model for psychiatric patients with high risk of violence by network partners participation: A case study Ban Na Tham-Huay Sai, Pa Rai Subdistrict, Don Tan District, Mukdahan Province. *Journal of Environmental Health and Community Health*, *8*(2), 286-296. (in Thai).

Chitsawang, S., Phetmunee, T., Chitsawang, N., & Kanthawong, W. (2023). Violence in Thailand. *Journal of Social Work*, *31*(1), 47-88. (in Thai).

Department of Mental Health. (2020). *Care system for psychiatric patients at high risk of violence for institutions/hospitals under the Department of Mental Health*. Prosperous Plus Company Limited. (in Thai).

Department of Mental Health. (2023). *Standards of care for psychiatric and drug addict patients at high risk of violence*. Beyond Publishing Company Limited. (in Thai).

Jampawal, T. (2017). Psychological theories of depression. *Buddhist Psychology Journal*, *2*(2), 1-11. (in Thai).

Kaewsawang, T., Aimprapai, S., & Koomsiri. (2022). Psychological mechanisms: A review article. *Journal of Psychology, Kasembundit University*, *12*, 149-165. (in Thai).

Kongsuk, T., Arunpongpaisal, S., Janthong, S., Prukkanone, B., Sukhawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2018). Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai Central Dialect. *J Psychiatr Assoc Thailand*, *63*(4), 321-334. (in Thai).

Mental Health Service System Administration Division. (2021). *Guidelines for screening and recording codes for psychiatric patients at high risk of violence*. (in Thai).

Ministry of Public Health. (2024). *Details of the Ministry of Public Health's indicators for fiscal year 2025*. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary. (in Thai).

Nursing Mission Group. (2020). *Manual for screening for psychosis and mental health problems*. Suan Saranrom Hospital. (in Thai).

Panyayong, B., Tantirangsee, N., Bogoian, R. R. D., & the Thai National Mental Health Survey Team 2013. (2018a). Psychiatric disorders associated with intimate partner violence and sexual violence in Thai women: A result from the Thai National Mental Health Survey. *General Psychiatry*, *31*(2), e000008. http://doi:10.1136/gpsych-2018-000008

Panyayong, B., Tantirangsee, N., Bogoian, R. R. D., & the Thai National Mental Health Survey Team 2013. (2018b). Long-term mental health consequences of child maltreatment: A result from Thai National Mental Health Survey 2013. *J Med Assoc Thai*, *101*(10), 1375-84. (in Thai).

Phaiphut, S., & Choen-arom, C. (2022). The relationship between social cognition, communicative behavior in family and social functioning in schizophrenia patients. *J Psychiatr Assoc Thailand*, *67*(1), 45-58. (in Thai).

Phuket Provincial Public Health Office. (2025a, January 15). *Documents for inspection and supervision of normal cases at the Ministry of Public Health level*. https://inspection.moph.go.th/e-inspection/file_provinec/2025-01-13-08-23-33.pdf (in Thai).

Phuket Provincial Public Health Office. (2025b). *Report of the 1st Phuket Provincial mental health subcommittee meeting 2025*. (in Thai).

Polkot, P. (2024). Developing guidelines for caring for psychiatric patients with the risk of committing violence. By using participatory case management in the community. *Academic Journal of Community Public Health*, *10*(4), 184-194, (in Thai).

Sereerat, T. (2024). Development of an integrated approach to reduce the aggressive behavior of drug users with psychiatric symptoms in Roi Et Province. *Singburi Hospital Journal*, *32*(3), 127-140. (in Thai).

Sittisan, L. (2023). Caring model development for serious mental illness high risk to violence (SMI-V) with community participation: A case study of one district, Thailand. *Krabi Medical Journal*, *6*(2), 1-14. (in Thai).

Sriharaksa, P. (2023). Caring for schizophrenic patients at risk of violence through the use of participatory case management in the community Muang District, Sakon Nakhon Province: A case study of Khamin Subdistrict, Mueang District, Sakon Nakhon Province. *Journal of Health and Environmental Education*, *8*(1), 436-447. (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).

Thanmantha, K. (2002). *Psychopathology*. Ramkhamhaeng University Press. (in Thai).

Wongpanarak, N., & Sermsai, P. (2024). Caring for serious mental illness patients with high risk of committing violence by using case management: A case study. *Academic Psychiatry and Psychology Journal*, *40*(1), 44-58 (in Thai).

Wongsuwan, P. (2022). *The concept of psychiatric disease*. Danex Intercorporation Co., Ltd. (in Thai).

ภาคผนวก

ตาราง 2

ตารางให้บริการและช่องทางติดต่อคลินิกจิตเวชและยาเสพติดของหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดภูเก็ต

สถานพยาบาล	ตารางให้บริการ	หมายเลขติดต่อ
อำเภอเมืองภูเก็ต		
1. คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	จันทร์-ศุกร์ เวลา 8.30-16.30 น.	076-361-234 ต่อ 1266, 1269
2. คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลฉลอง	พุธ เวลา 8.30-12.00 น.	063-079-5152
อำเภอกะทู้		
3. คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลป่าตอง	พุธ เวลา 8.30-12.00 น. พฤหัสบดี เวลา 13.00-16.30 น.	065-767-8666
อำเภอถลาง		
4. คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลถลาง	ผู้ป่วยเก่า พุธ เวลา 13.00-16.30 น. ผู้ป่วยใหม่ จันทร์-ศุกร์ เวลา 8.30-16.30 น.	076-311-034, 076-311-111, 076-311-866 ต่อ 408 หรือ 094-581-9989