



การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร : กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

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.

(Received: March 11,2023 ; Revised: March 20,2023 ; Accepted: March 25,2023)

พินนารัฐ ศรีหารักษา¹
Pinnarat Sriharaksa¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2564 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2564 แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) วิเคราะห์ประเมิน เทรียมการ ของสถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม 2) จัดการรายกรณีโดยกระบวนการพยาบาลให้ชุมชนมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ 3) ประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผล กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง 34 คน ญาติหรือผู้ดูแล 34 คน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลตำบล ผู้นำชุมชน 20 คน เครื่องมือเก็บข้อมูลได้แก่ แบบติดตามผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน แบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น แบบประเมินความสามารถโดยรวม แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับญาติ/ผู้ดูแล และแบบประเมินความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการทดสอบที (t-test) และปรับปรุงแก้ไขโดยการสนทนากลุ่ม นำผลการสนทนา ลงมือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ญาติหรือผู้ดูแล ขาดความรู้ ทักษะการดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากชุมชน ทีมสุขภาพ จึงจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการเยี่ยมบ้าน ปรับแผนการดูแลตามให้เหมาะสม ผลลัพธ์การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12, p\text{-value} < 0.05$) และความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถโดยรวม (เฉลี่ย = 45.91, SD = 3.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21, p\text{-value} < 0.05$) ผู้ป่วยจิตเภทไม่ก่อความรุนแรง ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ ญาติหรือผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพึงพอใจ

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง การมีส่วนร่วม

Abstract

This research is a participatory action research. The purpose of this study was to study the care and outcomes of caring for schizophrenic patients at risk of violence. Between January 2021 and June 2021, divided into 3 phases: 1) Analyze, assess, prepare the situation of schizophrenic patients in the community. 2) case management by nursing process Encourage the community to participate according to their roles and

¹ พบ.โรงพยาบาลสกลนคร

responsibilities. 3) Evaluate results, share knowledge, and summarize results. Target groups were 34 schizophrenic patients at risk of violence, 34 relatives or caregivers, health volunteers. Public health officers at sub-district hospitals, community leaders, 20 people. Data collection tools include: a follow-up form for patients at risk of violence in the community in 10 aspects; a short mental symptom assessment form; Overall competency assessment form Satisfaction Questionnaire for Relatives/Carers and an assessment form for opinions of public health volunteers, community leaders, public health officials. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, and t-test, and improvement by focus group discussion.

Results of a study of the situation of schizophrenic patients in the community It was found that there was a lack of ongoing management in the community. Relatives or caregivers lack knowledge, care skills, and need help from the community. The health team therefore handles cases with community participation. by home visit Adjust the care plan accordingly. Community Participatory Case Management Outcomes resulting in schizophrenic patients There was a psychiatric symptom score after receiving participatory case management in the community. Less than before receiving case management with community participation. statistically significant ($t = -12$, p -value < 0.05) and overall ability after receiving community-based case management. Higher than before of community participatory case management. with an average score Overall ability (mean = 45.91, SD = 3.35) was statistically significant ($t = 21$, p -value < 0.05). Schizophrenic patients do not commit violence. throughout the duration of the project relatives or carers Public health volunteers, community leaders, health workers were satisfied.

Keyword : Case management. Psychiatric patients at risk of violence. Participation.

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเรื้อรังโรคหนึ่งเป็นโรคที่เกิดจากความแปรปรวนของการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมอง ที่รบกวนการทำงานที่ของความคิด และสังคน ถือเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาชนิดหนึ่ง ที่จะต้องดูแลรักษาต่อเนื่อง จึงสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้⁸ ลักษณะสำคัญของโรคนี้ คือ มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม¹⁴ มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาดหรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย(complete remission) แต่พบได้น้อยส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงหลงเหลืออาการอยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็มีอาการหลงเหลือมากขึ้น หรือเสื่อมลงเรื่อยๆ¹¹

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือ

ประชาชน ทั่วไป โดยพบว่าผู้ก่อเหตุส่วนหนึ่งมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน เมื่อกลับไป อยู่กับครอบครัวหรือชุมชนส่วนใหญ่ มักจะขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ปฏิเสธการเจ็บป่วย ใช้สารเสพติด จึงทำให้อาการกำเริบและก่อความรุนแรงดังเป็นข่าวตามสื่อต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental with High Risk to Violence: SMI-V)¹ สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวช พบว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคจิตเวช โดยมีปัจจัยที่ทำให้ก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วยเป็นความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงสูงต่อ

การก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5³⁵

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาประเทศไทย มีการศึกษารูปแบบการจัดการรายกรณี (case management Model) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มโรคทางจิตเวช การจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบการป้องกัน การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทายาและป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทและลดภาระการดูแลของญาติ^{2,12} ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถโดยรวมดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตร่วมกับคนในชุมชนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{3,7,30} การจัดการรายกรณีเป็นระบบการให้บริการสุขภาพที่สำคัญต่อกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ อย่างเป็นทางการเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพสูง โดยตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

นโยบายกรมสุขภาพจิต มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีระบบการดูแลใกล้บ้าน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทายาต่อเนื่อง ระบบการดูแลต้องมีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ตามกลุ่มวัยและผู้พิการ¹⁵ การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชน พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศและการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และระดับทัศนคติต่อผู้ป่วย โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด⁴ และมีการนำการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทำให้การกินยาสม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น¹⁸

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีรูปแบบหรือ Intervention ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะครอบครัวและมีความต่อเนื่อง ตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยโดยเน้นความร่วมมือ

ระหว่างสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในพื้นที่⁵ การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวชุมชนหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ มีผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย⁶ โดยภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานสาธารณสุขเครือข่ายภาคประชาชน อสม. แกนนำ/ผู้นำชุมชน เทศบาล/ อบต. และหน่วยงานรัฐ/เอกชนในชุมชน มีส่วนทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่ให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณค่า และลดภาระของญาติ¹⁰

จากข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท ที่มารับบริการโรงพยาบาลสกลนคร ปี พ.ศ 2562 - พ.ศ 2564 มีจำนวน 1,364 , 1,373 และ 1,483 คน ตามลำดับ มีแนวโน้มผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการไม่ยอมรับการเจ็บป่วย รักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่มีผู้ดูแลหรือขาดศักยภาพ การดื่มสุราและใช้สารเสพติด ส่งผลให้มีอาการทางจิตชัดเจน พูดบ่นคนเดียว หูแว่ว ประสาทหลอน อาละวาด ทำร้ายตนเอง ผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สิน ทำให้ชุมชน จนท.ในชุมชน เกิดความหวาดกลัว มีอาการกำเริบ จนต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน จากอาการทางจิตแยลง มีการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 28 วันหลังจำหน่าย และ ปี พ.ศ 2562 - พ.ศ 2564 มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) คิดเป็นร้อยละ 9.82 , 9.10 และ 9.44 ตามลำดับ เนื่องจากขาดการจัดการรายกรณี การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งที่ผ่านมามีการดูแลติดตามเยี่ยมในชุมชนหลังรักษา จากอาการกำเริบ ก้าว ก้าวร้ายรุนแรง ก่อความเดือดร้อนให้ผู้ดูแลหรือญาติ ชุมชน ซึ่งไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีในชุมชน จากปัญหาดังกล่าวของพื้นที่ จึงได้ดำเนินการศึกษาบริบท แนวทางการดูแล

และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โรงพยาบาลสกลนคร อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร : กรณีศึกษา ตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร น่าจะทำให้ผู้ป่วยลดอาการป่วยซ้ำลงได้ ซึ่งมีเป้าหมายคือผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข อัตราการกำเริบลดลง และเพื่อเป็นการเสริมสร้างความมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เกิดการดูแลช่วยเหลือกัน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมกันรับผิดชอบ ที่มีประสิทธิภาพ ของครอบครัว ชุมชนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม จึงความสนใจการจัดการรายกรณีซึ่งเป็นการดูแลด้านจิตสังคมอีกรูปแบบที่เป็นกระบวนการทำงานร่วมกับของทีมนสหวิชาชีพอย่างมีระบบ ครอบคลุม การประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติ การประสานงานระบบให้บริการ และการประเมินผล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการต่อผู้ป่วย และครอบครัว¹³ โดยเน้นความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในพื้นที่⁵ ซึ่งแนวคิดการจัดการรายกรณี³² ประกอบด้วยผู้จัดการรายกรณี ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายชุมชน และแผนการดูแลร่วมกัน โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้จัดการรายกรณีซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย (1) ประเมินปัญหาจากการพูดคุยสนทนากลุ่ม ศึกษาสภาพปัญหาแลกเปลี่ยนข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วย ความรู้ทักษะการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดูแล (2) วินิจฉัยปัญหา สรุปปัญหา ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม เช่น ขาดความรู้ทักษะการดูแล ไม่รู้บทบาทหน้าที่ตนเอง ต้องประสานใคร (3) วางแผนการดูแลให้ความรู้ / กำหนดบทบาทหน้าที่ ของชุมชน เช่น ญาติ อสม. ผู้นำชุมชน จนท.รพ.สต. การติดตามเยี่ยม การสังเกตอาการเตือนก่อนกำเริบ (4) ลงมือปฏิบัติในสวนชุมชน อบรมความรู้ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย การจัดการรายกรณีใช้กระบวนการพยาบาล (5) ประเมินผล จากอาการทางจิตกำเริบความสามารถ

โดยรวม การก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท และความพึงพอใจของชุมชน จากการศึกษาส่วนร่วมในการจัดการรายกรณีในชุมชน ซึ่งความกระบวนการดูแลมีการสะท้อนข้อมูล และปรับปรุงแผนการดูแล จนได้ผลลัพธ์ที่พอใจและสรุปเป็นแนวทางการดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาบริบทผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง
2. ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โรงพยาบาลสกลนคร
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

วิธีการวิจัย

การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) โรงพยาบาลสกลนคร อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร กรณีศึกษา ตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทในเขต อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน ที่ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อาศัยอยู่ใน ตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวช (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวชและมีปัญหาซับซ้อนมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 1) มีประวัติรักษาเป็นผู้ป่วยใน ด้วยมีอาการทางจิตมากขึ้น 2) มีประวัติรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วันหลังจำหน่าย 3) ผู้ดูแลขาดศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย 4) มีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติด 5) มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว 2. มีญาติ/ผู้ดูแล 3. ผู้ป่วยสมัครใจให้ความร่วมมือ และสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตปรากฏชัดเจน หูแว่ว ภาพหลอน การรับรู้ผิดปกติ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาประกอบด้วย กลุ่มสนทนาเครือข่ายชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 14 คน ผู้นำชุมชน 4 คน เจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอาศัยอยู่ 2 คน ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 34 คน ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ที่เคยรักษาในกลุ่มงานจิตเวช จำนวน 34 คน โดยเลือก

แบบจำเพาะเจาะจง

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการช่วยเหลือให้การพยาบาล ประกอบด้วย การติดตามด้านอาการทางจิต การรับประทานยา ผู้ดูแล การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว สิ่งแวดล้อม การสื่อสาร ความสามารถในการเรียนรู้ และการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด¹

1.2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางดานบวก และอาการทางด้านลบ ของ Overall and Gorham ป.ศ. 1962 แปลเป็นภาษาไทย โดยพันธนา กิตติรัตน์ ไพบูลย์ มีค่าความเชื่อมั่น (content validity) อยู่ระหว่าง 0.71 แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แต่ละข้อมคำถามเป็นมาตราวัด 7 ระดับ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 18-126 มีการแปลผล คือ 18 คะแนน = เกณฑ์ปกติ 19-36 คะแนน = มีอาการทางจิต 37-126 = มีอาการทางจิตรุนแรง

1.3 แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function scale: GAF) เป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคมและอาชีพการพิจารณาไม่ให้ความสำคัญบกรองด้านการทำหน้าที่อื่นเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกายหรือสภาพแวดล้อม มีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.85 มีระดับคะแนน 0-100 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้ 1-10 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา และ 91-100 คะแนนหมายถึงสามารถทำกิจกรรมต่างๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม¹

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการนำการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โรงพยาบาล สกลนคร มีขั้นตอนดังนี้

2.1 การจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเภทเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากปัญหาซับซ้อน ที่บ้าน โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยขออนุญาตจากผู้ป่วยและญาติ

2.2 การสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม (Discussion ORID Method) ในชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. จนท.รพ.สต. ญาติหรือผู้ดูแล 1) วิเคราะห์และประเมินผู้ป่วย โดยการพูดคุยสนทนากลุ่ม ศึกษาปัญหา

และร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วย เตรียมชุมชนและเครือข่ายพื้นที่ 2) กำหนดแนวทางและโครงสร้างชุมชนในการดูแล 3) กำหนดบุคคลในการดูแล จันท.รพ.สต. ทำทะเบียนและจำแนกผู้ป่วย ประเมินความก้าวร้าว รับข้อมูลจาก อสม. ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ประสานส่งต่อ รพ.ได้ อสม. ประเมินอาการ ตาม 2ย1ส และสัญญาณเตือน 5 red flags ประสานส่งต่อหากพบปัจจัยกระตุ้นและอาการเตือน ผู้นำชุมชน ทำการแจ้งเหตุประสานงาน ช่วยเจรจา ควบคุมสถานการณ์ เยี่ยมให้กำลังใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อม

1. ผู้วิจัยร่วมกับเครือข่ายชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย ศึกษาสภาพปัญหาสถานการณ์ของผู้ป่วย และร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เตรียมชุมชนใช้เทคนิควิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม (Discussion ORID Method) ประกอบด้วยคำถามที่นำกลุ่มไปสู่การสนทนาอย่างเป็นระบบตามเส้นทาง เพื่อพากลุ่มผ่านระดับความสำนึก 4 ระดับ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (objective) การไตร่ตรอง (reflective) การตีความ (interpretative) และการตัดสินใจ (decisional) ซึ่งกระบวนการนี้ เกิดประเด็นคำถามที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้ เห็นอะไรในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน รู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะทำอย่างไรต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ จะตัดสินใจหรือทำอะไรให้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แก่เครือข่ายชุมชน และแสดงความคิดเห็นของตน และบันทึก และร่วมกัน วิเคราะห์ วางแผน เพื่อนำผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาปฏิบัติ

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ทำการประเมินแบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic

Rating Scale: BPRS) แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function scale: GAF) ก่อนลงมือปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. จัดอบรมให้ชุมชน เรื่อง ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แนวทางการดูแลรักษา จิตเวชฉุกเฉิน การเฝ้าระวังความเสี่ยง ฝ้าสังเกตพฤติกรรม การติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมิน 2ย1ส (ยาดี /ญาติดี/หลีกเลี่ยงสุรา สารเสพติด) สัญญาณเตือน 5 red flags ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง ประสานรับและส่งข้อมูล ประเมินความก้าวร้าว การแจ้งเหตุ การประสานรับและส่งต่อรักษาของสถานบริการและชุมชนจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และจิตเวชฉุกเฉิน ฝ้าระวังพฤติกรรม จัดทำทะเบียนรายบุคคล พร้อมประเมินสภาพปัญหา ความต้องการการดูแลรักษา ระบบการส่งต่อ แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มโดยใช้ แบบประเมินสำหรับวัดความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิต Global Assessment of function : GAF¹ เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องดังนี้ 1) กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิตรุนแรง Global Assessment of Function (GAF) \leq 50 คะแนน (ประเภทแดง) กำหนดการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาล ร่วมกับทีมโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน และหาแนวทางแก้ไขปัญหาเร่งด่วน 2) กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิต รุนแรงปานกลาง Global Assessment of Function (GAF) อยู่ ในช่วง 51-70 คะแนน (ประเภทเหลือง) ให้ติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยประเมินปัญหาและส่งต่อข้อมูลมายัง โรงพยาบาล 3) กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิตรุนแรงเล็กน้อย Global Assessment of Function (GAF) อยู่ในช่วง 71-100 คะแนน (ประเภท



เขียว) ติดตามเยี่ยมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเครือข่ายในชุมชน ประเมินปัญหาและส่งต่อข้อมูลมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และส่งข้อมูลมาโรงพยาบาล

2. การจัดการรายกรณีใช้กระบวนการพยาบาลจัดการรายกรณี ประเมิน วินิจฉัยปัญหา วางแผนดูแลลงมือปฏิบัติ ประเมินผล ร่วมกับชุมชนตามบทบาทกำหนด

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล จากการมีส่วนร่วมชุมชน ในการจัดการรายกรณี จากทำหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ของชุมชนที่กำหนดไว้ และจากอาการทางจิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย หลังปฏิบัติสะท้อนข้อมูลและปรับปรุงแก้ไข

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ ตลอดจนกระบวนการวิจัย ดังนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V) ด้วยคำพูดที่สุภาพ ไม่แสดงถึงการบีบบังคับ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับและให้สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลด้านอื่น ๆ ขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมีการจัดการความเสี่ยงโดยถ้ากลุ่มตัวอย่าง มีอาการกลับเป็นซ้ำ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาล จะประเมินอาการ ให้การพยาบาล และส่งต่อให้จิตแพทย์รักษาต่อไป ส่วนการเผยแพร่ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อที่อยู่หรือแหล่งที่มาของข้อมูล จะไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความเสียหายใด ๆ โดยผู้ที่รับทราบข้อมูล จะไม่สามารถโยกไปถึงกลุ่มตัวอย่างได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ อาการทางจิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) พบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.5 และเพศหญิง ร้อยละ 23.5 สถานภาพโสด ร้อยละ 79.4 สมรส ร้อยละ 5.9 และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.8 รองลงมาเกษตรกรรม ร้อยละ 32.4 การจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติรักษาเป็นผู้ป่วยใน ด้วยมีอาการทางจิตแย่ง เป็น ร้อยละ 41.2 และรองลงมา มีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติด ร้อยละ 23.5

การติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน

ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน

ด้านอาการทางจิต ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่มีอาการทางจิต บ้าง ร้อยละ 73.53 หลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ไม่มีอาการทางจิต ร้อยละ 52.94 และมีอาการทางจิตบ้าง ร้อยละ 38.24

ด้านการรับประทานยา ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 61.76 หลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ทานยาสม่ำเสมอขึ้น ร้อยละ 82.35 และทานยาไม่สม่ำเสมอ ลืมทานยาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 14.71

ด้านผู้ดูแล ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ญาติไม่มีมีศักยภาพ ร้อยละ 50.0 หลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน มีผู้ดูแล/มีศักยภาพ ร้อยละ 79.41

ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ทำกิจ

วัดประจำวันได้เองแต่ต้องมีคนกระตุ้น ร้อยละ 47.06 เมื่อได้รับการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันได้เอง ร้อยละ 76.47 และต้องมีคนช่วยกระตุ้น ร้อยละ 23.53

ด้านการประกอบอาชีพ ก่อนได้รับการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 17.65 หลังได้รับการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน สามารถประกอบอาชีพได้ร้อยละ 70.59 และต้องมีคนช่วยกระตุ้นร้อยละ 23.53

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ก่อนได้รับการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่มองผู้ป่วยในด้านลบ ร้อยละ 50.0 หลังได้รับการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ชมเชย ให้กำลังใจ มองบวก ร้อยละ 55.88

ด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ร้อยละ 85.29 และ 14.71 ตามลำดับ

ด้านการสื่อสาร ก่อนได้รับการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ สนทนากับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว ร้อยละ 85.29 หลังได้รับการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่สนทนากับผู้อื่นได้ดี ร้อยละ 41.18

ด้านความสามารถในการเรียนรู้ ก่อนได้รับการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ต้อง

ปรับปรุงจำไม่ได้ สอนเท่าไรก็ทำไม่ได้ ร้อยละ 67.65 หลังได้รับการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ สอนซ้ำๆ ทำได้ ร้อยละ 41.18 และบอกครั้งสองครั้งสามารถทำได้ร้อยละ 50.0

ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด) ก่อนได้รับการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ทุกวัน ร้อยละ 76.47 ใช้อย่างใดอย่างหนึ่งทุกวัน ร้อยละ 8.82 หลังได้รับการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ไม่ใช้เลย ร้อยละ 47.06 และใช้อย่างใดอย่างหนึ่งไม่ทุกวัน ร้อยละ 50.0

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตและความสามารถโดยรวม ก่อนและหลังการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนกรณี พบว่าอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (เฉลี่ย = 24.68, SD = 2.78) ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (เฉลี่ย = 30.15, SD = 2.79) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12, p\text{-value} < 0.05$) และความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (เฉลี่ย = 62.53, SD = 4.02) สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถโดยรวม (เฉลี่ย = 45.91, SD = 3.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21, p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิตและความสามารถโดยรวมก่อนและหลังจัดการรายการณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (n=34)

ระยะเวลา	ก่อน		หลัง		t	df	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
อาการทางจิต	30.15	2.79	24.68	2.78	-12	33	0.00
ความสามารถโดยรวม	45.91	3.35	62.53	4.02	21	33	0.00

* p-value < 0.05, dependent pair t-test

จากการนำ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายการณีแบบมี

ส่วนร่วมในชุมชน จากประชุมวิเคราะห์ วางแผนการดูแล กำหนดบทบาทหน้าที่ ของเครือข่ายชุมชน พบว่า

สามารถปฏิบัติได้ตามแผนการดูแลผู้ป่วย และเมื่อประเมินความพึงพอใจของ อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก่อนและหลังนำการปฏิบัติการจัดการรายการณ์แบบมีส่วนร่วมในชุมชน เปรียบเทียบกันพบว่ามีความ

ความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) โดยหลังการปฏิบัติการจัดการรายการณ์แบบมีส่วนร่วมในชุมชน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (ค่าเฉลี่ย = 78.05, SD = 2.91) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงก่อนและหลังการใช้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายการณ์แบบมีส่วนร่วมในชุมชน (n=20)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t	p-value
ก่อนพัฒนา	66.5	3.03	14.88	0.00
หลังพัฒนา	78.05	2.91		

*p-value < 0.05

ผลการประเมินความพึงพอใจ ผู้ดูแลหรือญาติ ก่อนและหลัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) โดยหลังการใช้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการ

ก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายการณ์แบบมีส่วนร่วมในชุมชน อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 41.03, SD = 2.24) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของ ผู้ดูแลหรือญาติ ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและหลังการใช้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายการณ์แบบมีส่วนร่วมในชุมชน (n=34)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t	p-value
ก่อนพัฒนา	29.91	3.18	17.6	0.00
หลังพัฒนา	41.03	2.24		

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเภท ของโรงพยาบาล สกลนคร ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดผู้ดูแล ชุมชนหวาดกลัว ทำให้ยังมีผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยอาการทางจิตแย่งลง ก้าวร้าว มีอาการกำเริบ รักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วันหลังจำหน่าย ผู้ดูแลขาดศักยภาพ ใช้สุราหรือสารเสพติด มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว เครือข่ายขาดความรู้ มีทัศนคติลบ หวาดกลัวผู้ป่วย เนื่องจากขาดการจัดการรายการณ์ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งที่ผ่านมามีการดูแลติดตามเยี่ยมในชุมชนหลังรักษา จากอาการกำเริบ ก้าวร้าวรุนแรง ก่อความเดือดร้อนให้ผู้ดูแลหรือญาติ ชุมชน ซึ่งไม่ครอบคลุม

ผู้ป่วยที่มีในชุมชน หลังการนำการจัดการรายการณ์แบบมีส่วนร่วมในชุมชน มีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายการณ์ในชุมชน ประสานเชื่อมโยงระหว่างทีมดูแลในโรงพยาบาล และชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพและชุมชน โดยการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์ ประเมินผู้ป่วย กำหนดแนวทาง กำหนดบทบาทของชุมชนในการดูแล หลังปฏิบัติสะท้อนข้อมูลและปรับปรุงแก้ไข สอดคล้องกับงานวิจัยผลการจัดการรายการณ์ แบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยโรคจิตเภท³ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายชุมชน ญาติหรือผู้ดูแล ภายหลังการสนทนากลุ่ม มีการจัดการดูแลผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนที่ดีกว่าเดิม การสังเกตอาการเตือน มีการประสานงานในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยระบบการ

เผื่อระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี กรณีศึกษา ตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี¹⁷

การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการที่พยาบาลดำเนินการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เริ่มตั้งแต่การประเมิน กำหนดปัญหา วินิจฉัยการพยาบาลวางแผนการพยาบาล ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขการสร้างความร่วมมือ กับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12, p\text{-value} < 0.05$) และความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม (เฉลี่ย = 45.91, SD = 3.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21, p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัย ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง⁷

ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ก่อนการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อาการหลักสำคัญที่เสี่ยงก่อความรุนแรง คือ อาการทางจิตที่ชัดเจน มีหูแว่วเห็นภาพหลอน พูดคนเดียว เอะอะโวยวาย มีอาการหลงผิดหวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย หูแว่วเสียงสั่งให้ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายคนอื่น ไม่ยอมรับว่าป่วย ปฏิเสธการรักษา ไม่กินยาหรือกินยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยได้ มีสัมพันธภาพไม่ดีต่อกัน หวาดกลัวจากการถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้ายหรือไม่มีผู้ดูแล ทำให้ขาดการรักษา หรือรักษาไม่

ต่อเนื่อง หลังการทำให้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ทำให้ผู้ป่วย เข้าใจโรคที่เป็นและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติศักดิ์ สุรพงษ์พิวัฒน์(2559)³ และ นุชณี เอี่ยมสะอาด (2563)⁷ การติดตามเยี่ยมบ้าน ต่อเนื่อง 3 เดือน และให้การดูแลตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยบริการและการติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาและกินยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา อาการทางจิตสงบ ลดอาการกำเริบที่ต้องส่งต่อรักษา อยู่ในสังคมชุมชนอย่างสงบสุข ประกอบอาชีพได้ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชน ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ (สุกัญญา ละอองศรี ,2560)¹⁶ และผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล¹⁹

ในประเด็น รูปแบบการติดตามเยี่ยมในชุมชน ประสบปัญหาจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีการเยี่ยมไม่สม่ำเสมอ มีการปรับเป็นการเยี่ยมทางโทรศัพท์แทน ได้รับข้อมูลอาการจากจากผู้ป่วยหรือญาติ ผู้ดูแลได้ ซึ่งในการเยี่ยมอาจต้องปรับรูปแบบการเยี่ยมให้เหมาะสมตามสถานการณ์ ส่วนการติดตามด้านการใช้ บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด เป็นปัญหาสำคัญทำให้ อาการทางจิตแย่ลง อาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จากการวิจัยนี้มีผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงบางส่วนยังใช้สุรา สารเสพติด เป็นแบบใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ไม่ทุกวันอยู่ ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นพื้นที่ระบาดของยาเสพติด หาซื้อง่าย ราคาถูก จากปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งและเห็น



ความสำคัญ ในการป้องกัน แก้ไข ปัญหาการใช้ยาเสพติดในชุมชน และประสานการทำงานกับทีมปกครอง ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ควบคุม กำกับ เพื่อให้มีการลดการใช้สุรา ยาเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ปรับใช้ในพื้นที่อื่น
2. สามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อให้สามารถควบคุมเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้เกิดความคุ้มค่า

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมสุขภาพจิต. (2561) คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส.
- 2.กาญจนา เหมะรัตน์, เพลิน เสี่ยงโชคอยู่, อุ่นจิตร, คุณารักษ์, นิรมล ปะนะสุณา. (2555) ผลของการจัดการรายกรณี ในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555; 26(2): 63-73
- 3.กิตติศักดิ์ สุรพงษ์วิวัฒน์. (2556) ผลการจัดการรายกรณีแบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยโรคจิตเภท.วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์ 2559; 31(2): 111-9
- 4.กิริยา อุ่นเจริญ. (2560). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม.สารนิพนธ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- 5.ชลลดา จารุศิริชัยกุล. https://wiki.ocsc.go.th/_media/ชลลดา_จารุศิริชัยกุล 20 ก.พ.2563
- 6.ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2540). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. ค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2564, จาก http://www.dmhweb.go.th/sranrom/community_psy/hhc.2.htm
- 7.นุชนิ เอี่ยมสะอาด, ปพิชญา ทวีเศษ, พรเลิศ ชุ่มชัย. (2563) ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ 2563;14(1): 10-22.
- 8.บุญวดี เพชรรัตน์. (2547) ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 12(3) : 141-149.
- 9.พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์. (2544). โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ในเอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง.เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- 10.มงคล ศิริเทพทวี. (2558). คู่มือการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน. สืบค้น เมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2564, จาก <http://www.nhso.go.th>
- 11.มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548) จิตเวชศาสตร์รามานาธิบตี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- 12.วัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์, จินตนา ยูนิพันธุ์, วิภาวี เภากันทรกร, วีรพล อุณหศรี. (2561) ผลของการจัดการรายกรณีโดยผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูงต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561; 5(2): 5-18.
- 13.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546).การนำหลักการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิต ในชุมชน.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,17(1), 13-23.
- 14.สมภพ เรื่องตระกูล. (2542) ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.

- 15.สำนักยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต. (2560). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2564, จาก <http://www.dmh.go.th>
- 16.สุกัญญา ละอองศรี, บัณฑิต ศรีชัยกุล, นพดล พิมพ์จันทร์. (2560).การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.
- 17.สุจิตรา ลักษณะ. (2563). ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี : วรสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน
- 18.หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ. (2564) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.
- 19.อรวรรณ ช้องต้อ. (2550) ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล, วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ; จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 30.อรสา วัฒนศิริ , เสาวภา ศรี ภูสิตโต. (2556) การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขา แล ะ เครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล 2556; 40(1): 68-83.
- 31.อำไพชนิษฐ สมานวงศ์ไทย. (2544) ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท.กรณีศึกษา : โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย : 9(3): 128-139.
- 32.Case Management Society of America. (2010). Standards of Practice for Case management. Retrieved March 15, 2015, form <http://www.cmsa.org /sop>
- 33.Fozel, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse ,and violence crime. *Jama*,301(19), 2016-2023.**Systematic Review and Meta-Analysis.** PLoS Medicine 2009; 6(8): e1000120.doi:10.1371/journal. pmed.1000120