ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

Results of case management of chronic psychiatric patients at risk of committing violence. Tha Khan Tho District Kalasin Province

ศรีประไพ ชาธรรมา*
*พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลท่าคันโท

บทคัดย่อ

โรคเรื้อรังทางจิตเวชเป็นโรคที่มีต้นทุนการรักษาจำนวนมาก และเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2566 - กรกฎาคม2566 โดยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างใช้ตารางสำเร็จรูปของ krejcie and morgan สิ่งแทรกแซงโดยการจัดการรายกรณี วัดผลโดยใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้าน และประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 48 คน เพศชายร้อยละ 93.80 มีอายุเฉลี่ย 39.20 (SD 12.19) ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด ร้อยละ 93.80 ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการดูแล และการติดตามที่ 2,4,8 และ12 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 จำนวนระดับคะแนน PVSS ก่อนและหลังการดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05

การจัดการรายกรณียังเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีประสิทธิผลที่ดี

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี, ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง, ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

Abstract

Chronic psychiatric disease is a disease that a lot of costs to treat and it is an important problem that must be resolved. The objective of the research was to demonstrate the results of severe mental illness patients at risk of committing violence Tha Khan Tho District Kalasin Province. Conducted between January 2023 - July 2023 by quasi-experimental research with a single group measuring results before and after the experiment. The sample used a ready-made Krejcie and Morgan. The intervention through case management. Results were measured using the 10-aspect psychiatric patient assessment tool and the Prasri Mahaphot's assessment of the severity of the risk of violence against oneself and others. (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)

Total of 48 people were included in the sample, 93.80% were male, with a mean age of 39.20 (SD 12.19), 93.80% were diagnosed with schizophrenia, schizotypal behavior and delusions. The mean scores before care and follow-up at 2,4,8, and 12 weeks were significantly different. P-value < 0. 001.The number of PVSS score levels before and after care was significantly different, P-value < 0.05.

Case management is also a tool for effective care of chronically mentally ill patients.

Keywords: case management, chronic psychiatric patients, patients at high risk for violence

บทนำ

โรคทางจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังที่มีต้นทุนในการรักษาจำนวนมาก ในเฉพาะกลุ่มโรคจิตเภทมีต้นทุนการรักษาจากการคาดประมาณสูงถึงประมาณ 1,000 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี[1] ปัญหาสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยังคงเป็นการรับการประทานยามาต่อเนื่อง มีการขาดยาระหว่างการรักษาและการไม่มารับการรักษาตามนัด[2] มีผลการวิจัยที่แสดงถึงการไม่มารับการรักษาตามนัดในแผนกผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยจิตเวช สูงถึงร้อยละ 37-45 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง[3]

จากการที่ผู้ป่วยจิตเวชรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและขาดการรักษา ส่งผลให้หลายครั้งมีเหตุการณ์ความรุนแรงสะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นในครอบครัว ชุมชน สังคม ตามปรากฏในช่องทางโซเชียลมีเดีย หรือข่าวในวิทยุ โทรทัศน์ พบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ปัญหาในเรื่องความต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาเสพติด หรือ ผู้ใช้ยาเสพติดจนมีอาการทางจิตเวช ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ ถือเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกลุ่มโรคที่พบว่ามีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมากที่สุด คือ กลุ่มโรคจิตเภท (ร้อยละ 53.75) รองลงมาคือ กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (ร้อยละ 22.64) และกลุ่มความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ร้อยละ 14.61)[4]

การจัดการรายกรณีเป็นวิธีการที่ถูกนำมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและลดอัตราการขาดนัดในผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการสนับสนุนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[5,6] การจัดการรายกรณีเป็นเสมือนชุดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน[7] การจัดการรายกรณีในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการบริการเฉพาะบุคคล มีกลุ่มขนาดเล็ก มีการเข้าไปหาผู้ป่วยบ่อยครั้ง และให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพสูง มีผลในปรับปรุงผลลัพธ์หลายอย่าง เช่น ลดการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพิ่มการรักษาพยาบาลในชุมชน และปรับปรุงสังคม สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่[8]

ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนไม่น้อยที่ขาดการเข้าถึงบริการ หรือเข้าถึงบริการได้ช้า จึงส่งผลให้เกิดอาการกำเริบรุนแรง มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและมีการกำเริบซ้ำบ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังรุนแรงหากมีการกำเริบซ้ำ ทำให้เกิดความทุพพลภาพมากขึ้น ปัจจัยสำคัญ คือ การหยุดหรือรักษาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยจิตเวชยังมีปัญหาขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเช่น ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยไม่มารักษาตามนัด หรือบางรายขาดจากระบบการรักษา ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สุราสารเสพติดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีอาการกำเริบ หรือเกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองหรือผู้อื่น[4]

จังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเวชในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 34,023 คน โดยกลุ่มที่พบมากที่สุดคือผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท (ร้อยละ 20.61) รองลงมาคือ กลุ่มความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ร้อยละ 18.54) และกลุ่มโรคประสาท ความผิดปกติหรือความแปรปรวนทางจิตใจ (ร้อยละ 16.77) โดยในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชในปีงบประมาณ 2565 จำนวนทั้งสิ้น 2,184 คน เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 6,746 ครั้ง พบการวินิจฉัยมากที่สุดในกลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางกายภาพ ร้อยละ 28.39 รองลงมาคือ โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด ร้อยละ 23.31 โรคประสาท ความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด และโรคโซมาโตฟอร์ม ร้อยละ 21.06[9]

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มักมีความซับซ้อนในการดูแลรักษา บางรายมีความเสี่ยงต่อการเกิดความก้าวร้าวรุนแรง จึงได้นำรูปแบบการจัดการรายกรณีในชุมชนเพื่อดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและการจัดการไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ จำนวน 10 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอาการทางจิต 2) ด้านการกินยา 3) ด้านผู้ดูแล/ญาติ 4) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 5) ด้านการประกอบอาชีพ 6) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว7) ด้านสิ่งแวดล้อม 8) ด้านการสื่อสาร 9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และ 10) ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด) มาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม มีความปลอดภัย ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ขอบเขตของการวิจัย

ด้านประชากร ประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยมามากกว่า 1 ปี มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

ด้านพื้นที่ ดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาและพักอาศัยในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์เท่านั้น

ด้านระยะเวลา ระหว่างเดือนมกราคม 2566 – กรกฎาคม 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยออกแบบในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi - Experimental Research, One group, pretest-posttest designs) ประเมินผู้ป่วยด้วย แบบประเมินจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน และ Prasri Violence Severity Scale (PVSS) ในก่อนการทดลอง และการติดตามที่ 2, 4, 8 และ 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ทำการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัย ในรหัส ICD-10 ในรหัสF20-F29, F10-F19,F30-39 โดยได้รับการวินิจฉัยมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป

2. ผู้ป่วยสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัยและสามารถสื่อสารได้

เกณฑ์คัดออก

ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวช รุนแรง มีหูแว่วภาพหลอน การรับรู้ผิดปกติและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางสำเร็จรูปของ krejcie and morgan[10] ใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ประชากรผู้ป่วยฉุกเฉินและรุนแรง จำนวน 54 คน (ตามตารางที่ 55 คน) ได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น จำนวน 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน[11]

แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยในทุกรอบของการดูแลผู้ป่วย โดยแต่ละข้อจะมีคะแนนต่ำสุดที่ 1 คะแนน สูงที่สุด 3 คะแนน โดยคะแนนที่ 1 คะแนนจะถือว่าผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางที่ดี และ 3 คะแนน คือเป็นไปในทิศทางที่ไม่ดี โดยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ ใช้ประเมินเพื่อติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้แก่ 1) ด้านอาการทางจิต 2) ด้านการกินยา 3) ด้านผู้ดูแล/ญาติ 4) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 5) ด้านการประกอบอาชีพ และ 6) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว คำถามจำนวน 4 ข้อ ใช้ประเมินเพื่อวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ 1) ด้านสิ่งแวดล้อม 2) ด้านการสื่อสาร 3) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และ 4) ด้านการใช้สารเสพติด

2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)

มีความแปรปรวนในภาพรวมได้ 79.63 % ความตรงร่วมสมัย CGI (r = 0.75) ความสอดคล้องภายในระดับดีมาก Cronbach's alpha coefficient = 0.89[12] โดยสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และหาข้อมูลแวดล้อม ร่วมกับการสังเกตอาการผู้ป่วย ในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมาจนถึงวันที่ประเมินว่า ผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมอย่างไร เพื่อพิจารณาประเมินให้คะแนนตามระดับคะแนนที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด จำนวน 9 ข้อ 1) พฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น สุรา ยาบ้า กัญชา สารระเหย เป็นต้น (≥1 ชนิด) คะแนน 0 - 3 คะแนน 2) ความคิดและ

การพยายามทำร้ายตนเอง คะแนน 0-4 คะแนน 3) การแสดงท่าทางคุกคาม ข่มขู่ผู้อื่น คะแนน 0 - 3 คะแนน 4) การแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรมที่หวาดระแวงว่าผู้อื่นจะมาทำร้าย และไม่เป็นมิตร คะแนน 0 - 3 คะแนน 5) พฤติกรรมรุนแรง และการทำร้ายผู้อื่น คะแนน 0 - 3 คะแนน 6) เป้าหมายของการกระทำรุนแรง คะแนน 1 - 4 คะแนน 7) ส่วนของร่างกายที่ใช้กระทำรุนแรง และอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกับกระทำรุนแรง คะแนน 1-4 คะแนน 8) ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำรุนแรง คะแนน 1-5 คะแนน 9)การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจเหยื่อที่เป็นผลจากการกระทำรุนแรง คะแนน 1-3 คะแนน

การแปรผล ภาพรวมความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อผู้อื่น คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 32 คะแนน

คะแนน 0 - 5 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย

คะแนน 6 - 13 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง

คะแนน 14 - 32 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง

การแปรผลเฉพาะของระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในการฆ่าตัวตาย ที่ได้จากการประเมินคำถาม เฉพาะข้อ 2

หากประเมินพบว่าได้คะแนน ≥1 ในข้อนี้ ให้ใช้เกณฑ์นี้ในการพิจารณาร่วมด้วย

คะแนน 1 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับเล็กน้อย

คะแนน 2 - 3 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับปานกลาง

คะแนน 4 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับสูง

ในการรายงานผลการประเมิน ควรรายงานภาพรวมของคะแนนและเกณฑ์ของข้อ 2 ด้วย ดังนั้น ผู้ป่วยจะได้รับ การจัดระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อคนอื่นและความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อตนเอง เช่น หากผู้ป่วย ได้รับการประเมินคะแนนของข้อ 2 ได้ 3 คะแนน และรวมคะแนนทั้งหมดของข้ออื่นได้ 5 คะแนน จะแปรผลว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับปานกลาง และความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับเล็กน้อย

สิ่งแทรกแซง

การจัดการรายกรณีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน โดยการเยี่ยมบ้าน จำนวน 4 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน ดังนี้

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 สัปดาห์ 2 สร้างสัมพันธภาพให้รู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญญา ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ประเมินอาการทางจิต กระตุ้นเตือนการรับประทานยาและการมารับการรักษาต่อเนื่อง

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 8 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง และการจัดการความเครียด แหล่งสนับสนุนทางสังคมและ การประกอบอาชีพ

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 12 ประเมินหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

คะแนนเฉลี่ยก่อนระหว่างและหลังการทดลองวิเคราะห์ด้วย Repleted Measure ANOVA

ตรวจสอบการกระจายตัวด้วยโค้งปกติ ด้วย Kolmogorov-Smirnov test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการวิจัยภายใต้ ปฏิญญาเฮลซิงกิ โดยอาสาสมัครสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่มีผลต่อการรักษา ไม่บรรยายถึงบุคคลที่สามารถอ้างอิงถึงได้ในการรายงานผล ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 87/2566

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่เข้ารับการดูแลจำนวนทั้งสิ้น 48 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 45 คน (ร้อยละ 93.80) มีอายุระหว่าง 14 - 40 ปี จำนวน 28 คน (ร้อยละ 53.80) รองลงมาคือ 41 - 60 ปี จำนวน 18 คน (ร้อยละ 37.50) โดยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัย เป็น โรคจิตเภท

พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20-F29) จำนวน 45 คน (ร้อยละ 93.80) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	93.80
หญิง	3	6.20
อายุ (Minimum 14 maximum 64 Mean 39.20 SD 12.19)		
14 - 40ปี	28	58.30
41 - 60ปี	18	37.50
มากกว่า 60 ปี	2	4.20
การวินิจฉัย		
โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20-F29)	45	93.80
ความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39)	3	6.20

2. การประเมินผู้ป่วยก่อนการดูแลและการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

1. ด้านอาการทางจิต พบว่า ก่อนการดูแลผู้ป่วยไม่มีผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิต เมื่อสิ้นสุดการดูแล พบผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิต จำนวน 26 คน (ร้อยละ 54.20)

2) ผู้ป่วยทั้งหมดมีการกินยาไม่สม่ำเสมอก่อนการดูแล และลดลงเหลือ 29 คน (ร้อยละ 60.40) เมื่อ 12 สัปดาห์

3) ทั้งนี้ด้านญาติผู้ดูแลสามารถดูแลในระดับดีก่อนการดูแล จำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.30) และเพิ่มเป็น 20 คน (ร้อยละ 41.70) เมื่อสิ้นสุดการติดตาม

4) การทำกิจวัตรประจำวัน ทำได้ 19 คน (ร้อยละ 39.60) และเพิ่มเป็น 40 คน (ร้อยละ 83.30)

5) การประกอบอาชีพ ทำได้ 3 คน (ร้อยละ 6.30) ก่อนการดูแล และเพิ่มเป็น 32 คน (ร้อยละ 66.70)

6) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว โดยก่อนและหลังการดูแลในระดับดี มีเท่าเดิม คือ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 12.50) ในกลุ่มปานกลาง จากเดิม 26 คน (ร้อยละ 54.20) เป็น 37 คน (ร้อยละ 77.10)

7) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทั้งหมด มีคะแนนระดับดี

8) ด้านการสื่อสาร พบว่า ก่อนการดูแลไม่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนระดับดี เมื่อสิ้นสุด12สัปดาห์ พบมีคะแนนระดับดีจำนวน 22 คน (ร้อยละ 45.80)

9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น พบว่าก่อนการดูแลมีคะแนนระดับปานกลาง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 52.10) และเพิ่มขึ้นเป็น 30 คน (ร้อยละ 62.50) ในสัปดาห์ที่ 12

10) ด้านการใช้สารเสพติด พบว่า มีระดับคะแนนที่ 3 คะแนน ตลอดการติดตาม รายละเอียด ดังตารางที่ 2 ทั้งนี้พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการดูแล และการติดตามที่ 2, 4, 8 และ 12 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ การประเมินผู้ป่วยก่อนการดูแลและการติดตาม 2 สัปดาห์, 4 สัปดาห์, 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

หัวข้อ	ก่อนการดูแล	2 สัปดาห์	4 สัปดาห์	8 สัปดาห์	12 สัปดาห์
1. ด้านอาการทางจิต					
ไม่มีอาการ	0(0.00)	14(29.20)	21(43.80)	26(54.20)	26(54.20)
มีบ้าง	44(91.70)	31(64.60)	24(50.00)	19(39.60)	19(39.60)
มีบ่อย	4(8.30)	3(6.30)	3(6.30)	3(6.30)	3(6.30)

หัวข้อ	ก่อนการดูแล	2 สัปดาห์	4 สัปดาห์	8 สัปดาห์	12 สัปดาห์
2. ด้านการกินยา					
สม่ำเสมอ	0(0.00)	14(29.20)	14(29.20)	19(39.60)	19(39.60)
ไม่สม่ำเสมอ	48(100)	34(70.80)	34(70.80)	29(60.40)	29(60.40)
3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ					
ดี	3(6.30)	14(29.20)	19(39.60)	20(41.70)	20(41.70)
ปานกลาง	45(93.80)	34(70.80)	29(60.40)	28(58.30)	28(58.30)
4. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน					
ทำได้	19(39.60)	36(75.00)	40(83.30)	40(83.30)	40(83.30)
ทำได้บ้าง	29(60.40)	12(25.00)	8(16.70)	8(16.70)	8(16.70)
5. ด้านการประกอบอาชีพ					
ทำได้	3(6.30)	3(6.30)	32(66.70)	32(66.70)	32(66.70)
ทำได้บ้าง	15(31.30)	15(31.30)	13(27.10)	13(27.10)	13(27.10)
ทำไม่ได้	30(62.50)	30(62.50)	3(6.30)	3(6.30)	3(6.30)
6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว					
ดี	6(12.50)	6(12.50)	6(12.50)	6(12.50)	6(12.50)
ปานกลาง	26(54.20)	26(54.20)	29(60.40)	29(60.40)	37(77.10)
ไม่ดี	16(33.30)	16(33.30)	13(27.10)	13(27.10)	5(10.40)
7. ด้านสิ่งแวดล้อม					
ดี	48(100)	48(100)	48(100)	48(100)	48(100)
8. ด้านการสื่อสาร					
ดี	0(0.00)	17(35.40)	21(43.80)	22(45.80)	22(45.80)
ปานกลาง	48 (100)	31(64.60)	27(56.30)	26(54.20)	26(54.20)
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น					
ดี	3(6.30)	3(6.30)	3(6.30)	3(6.30)	3(6.30)
ปานกลาง	25(52.10)	26(54.20)	26(54.20)	30(62.50)	30(62.50)
ปรับปรุง	20(41.70)	19(39.60)	19(39.60)	15(31.30)	15(31.30)
10. ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด)					
ใช้ประจำ	48(100)	48(100)	48(100)	48(100)	48(100)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลผู้ป่วย 10 ด้าน ในก่อนการดูแล 2, 4, 8 สัปดาห์ และ 12สัปดาห์

สัปดาห์	Mean (SD)	Mean Square	Type III sum of square	F	P-value
ก่อนการดูแล	18.00(1.25)	130.093*	264.267*	102.760	<0.001
2 สัปดาห์	16.70(1.47)				
4 สัปดาห์	15.75(1.75)				
8 สัปดาห์	15.25(1.59)				
12 สัปดาห์	15.25(1.59)				

*Greenhouse Geisser

3. ระดับความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช

ระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นก่อนและหลังการดูแล พบว่า ก่อนการดูแลมีคะแนน 6-13 คะแนน (มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง) มากที่สุด จำนวน 43 คน (ร้อยละ 89.60) ภายหลังการดูแล คะแนน 0-5 คะแนน (มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย) 25 คน (ร้อยละ 52.10) โดยคะแนนก่อนและหลังการดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05

ตารางที่ 4 ระดับคะแนน การแปลผล คะแนน PVSS ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนน	ก่อนการดูแล จำนวน (ร้อยละ)	หลังการดูแล จำนวน (ร้อยละ)	การแปลผล	X^2 P-value
0 - 5	4(8.30)	25 (52.10)	มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย	6.87 <0.05
6 - 13	43(89.60)	23(47.90)	มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง	
14 - 32	1 (2.10)	0(0.00)	มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง	

หมายเหตุ: ไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินในข้อ 2 ที่ ระดับ 3 คะแนน

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 48 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 93.80 อายุระหว่าง 14-40 ปี ร้อยละ 53.80 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคจิตเภท (F20-F29) ร้อยละ 93.80 ในการประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังการดูแล 10 ด้าน พบว่า 1) กลุ่มไม่มีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 54.20 2) ด้านการกินยาที่สม่ำเสมอ ร้อยละ 39.60 3) ด้านผู้ดูแล พบระดับดีเมื่อ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 41.70 4) ด้านการประกอบกิจวัตรประจำวัน สามารถทำได้ร้อยละ 83.30 เมื่อ 12 สัปดาห์ 5) ด้านการประกอบอาชีพสามารถทำได้ ร้อยละ 66.70 เมื่อสิ้นสุดการติดตาม 6) ด้านการประกอบอาชีพ ระดับดีคงที่ ร้อยละ 12.50 ปานกลาง ร้อยละ 77.10 เมื่อครบ12 สัปดาห์ 7) ด้านสิ่งแวดล้อมจัดอยู่ในเกณฑ์ ดี ทั้งหมด 8) ด้านการสื่อสารอยู่ในเกณฑ์ ดี ร้อยละ 45.80 เมื่อ สัปดาห์ที่ 12 9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ระดับปานกลาง ร้อยละ 62.50 ในสัปดาห์ที่ 12 และ 10) ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด) ยังมีการใช้ทุกคน ค่าเฉลี่ยคะแนนรวม ก่อนการดูแล 18.00 (SD 1.25) 2 สัปดาห์ 16.70 (SD 1.47) 4 สัปดาห์ 15.75 (SD1.75) 8 สัปดาห์ 15.25 (SD 1.59) และ 12 สัปดาห์ 15.25 (SD 1.59) โดยคะแนนเฉลี่ยแต่ละสัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001

ระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นก่อนการดูแล คะแนน 0-5 คะแนน (ระดับเล็กน้อย) ร้อยละ 8.30 6-13 คะแนน (ปานกลาง) 89.60 14 - 32 คะแนน (ระดับสูง) ร้อยละ 2.10 หลังการดูแลเล็กน้อย ร้อยละ 52.10 ปานกลาง ร้อยละ 47.90 และไม่มีระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

เสาวนีย์ จันทร์ฉาย[13] ได้ศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยดีขึ้นในทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-Value < 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแต่ในขณะเดียวกัน พบว่า ผู้ป่วยทุกคนที่ติดตามดูแลยังคงสูบบุหรี่เป็นประจำ และไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ รวมถึงมีการดื่มสุราเป็นบางครั้ง และเมื่อสอบถามการใช้สารกระตุ้นกลุ่มเมทแอมเฟตามีน พบว่า ไม่ได้ใช้ แต่ไม่ได้มีการขอความยินยอมในการตรวจปัสสาวะ จึงไม่แน่ใจในข้อมูลในผู้ป่วยบางราย นอกจากนี้ยังพบการใช้น้ำต้มกระท่อม กัญชา ในบางราย

การจัดการรายกรณีคือเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมามากกว่า 20 ปี โดยให้ผลลัพธ์ในทิศทางที่ดีกับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง[14] สอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรณ ฆ้องต้อ (2550)[15] ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ยาตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ถูกต้องมากขึ้น ทั้งนี้กาญจนา เหมะรัตน์และคณะ (2555)[16] พบว่าสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเวชได้ดีขึ้นแตกต่างจากเดิม

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงถือเป็นผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนและมีปัญหาที่หลากหลาย การจัดการรายกรณีจึงเป็นแนวทางในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ

2. การประเมินผู้ป่วย จำนวน 10 ด้าน โดยแต่ละด้านมีคะแนนที่แตกต่างกัน เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแล

3. เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลจำนวน 10 ด้าน เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดและบอกความแตกต่างในการให้การพยาบาลและการจัดการรายกรณีอย่างเป็นรูปธรรม

4. การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มักจะพบปัญหาการใช้ยาเสพติดผิดกฎหมายในผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจในการให้ข้อมูลที่เป็นจริงได้ยากขึ้น

5. ผู้ป่วยมีความซับซ้อนของปัญหา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สภาพเศรษฐกิจ ครอบครัว จึงต้องมีการประสานภาคีเครือข่ายและค้นหาแหล่งทรัพยากรที่มีในพื้นที่ในการช่วยดูแลผู้ป่วย

6. ความพยายามในการป้องกันไม่ให้เกิดการตีตราในชุมชนซึ่งสามารถทำได้ยากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

7. การประเมินผู้ป่วย 10 ด้าน จำเป็นต้องมีการขออนุญาตในการจดบันทึกขณะสัมภาษณ์ประวัติและใช้ระยะเวลาในการประเมินต่อครั้ง ประมาณ 20 นาที ให้คำแนะนำ พูดคุย ให้คำปรึกษา ประมาณ 20 นาที รวมระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยแต่ละคน ประมาณ 40 - 60 นาที ขึ้นกับสภาพปัญหาที่พบในแต่ละครั้งในการติดตาม

8. การประสานงานเพื่อการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ซึ่งบางรายไม่อยู่ในพื้นที่ และอยู่ในช่วงประกอบอาชีพ ทำให้ต้องใช้เวลานอกเวลาราชการในการติดตามผู้ป่วย

9. การประเมินการใช้ยาเสพติด หรือสารเสพติดควรรวมสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เช่น กัญชา พืชกระท่อม

10. ควรแยกชนิดของสารเสพติด แต่ละชนิด เช่น ยาบ้า บุหรี่ สุรา โดยไม่รวมกัน

11. การนำรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงไปใช้ในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1.Phanthunane P, Whiteford H, Vos T, Bertram M. Economic burden of schizophrenia:

empirical analyses from a survey in Thailand. J Ment Health Policy Econ 2012;15(1):25–32.

2.. Suraaroonsamrit B, Panyayong B. The development of mental health and psychiatric service in health areas. J Ment Health Thai 2014;22(3):142–56.

3. Wells JE, Browne MO, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Angermeyer MC, et al. Drop out from out-patient mental healthcare in the World Health Organization's world mental health survey initiative. Br J Psychiatry 2013;202(1):42–9.

4. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. [ออนไลน์] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 10]. เข้าถึงได้จาก/ https://mhso.dmh.go.th/fileupload/20201006 1612167390.pdf

5. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. World Psychiatry 2013;12(3):216–26.

6. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the efectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr Serv 2000;51(11):1410–21.

7. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness. Dis Manag Health Out 2001;9(3):141–59.

8. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2010(10):CD007906

9. Kalasin public health office. Health Data Centers. [Online] 2016 [cited 2023 March 20]. Available from https://hdcksn.moph.go.th.

10. Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30:607-610

11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. [ออนไลน์] 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 10]. เข้าถึงได้จาก/ https://km.dmh.go.th/km/files (printed%20ver)1.pdf

12. หวาน ศรีเรือนทอง. ธรนินทร์ กองสุข. สุพัตรา สุขาว. ทรงพล โลดทนงค์. จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน. การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559;61(3):253-266.

13. เสาวนีย์ จันทร์ฉาย. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2565;41(2):221-232.

14. Ziguras S.J., Stuart G.W.A Meta-anlysis of the effectiveness of metal health management over 20 years. Psychiatric service 2000;51(11):1410-1421.

15. อรวรรณ ฆ้องต้อ. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ; บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

16. กาญจนา เหมมะรัตน์, กาญจนา สุทธิเนียม และชลพร กองคำ. รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555;26(3):28-40.