

ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

สุภารัตน์ ศิระศุกร, พย.บ.^{1*} กัลยรัตน์ ขัติยะ, พย.²

วันที่รับ: 13 มีนาคม 2569 วันที่แก้ไข: 28 เมษายน 2569 วันที่ตอบรับ: 30 เมษายน 2569

บทคัดย่อ

การจัดการรายกรณีเป็นกลยุทธ์สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อสร้างความต่อเนื่องและประสานการดูแลแบบองค์รวม การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ต่อระดับความสามารถโดยรวมและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่รับบริการ ณ คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคเหนือ จำนวน 33 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์การคัดเข้า เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถโดยรวมวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น เท่ากับ 0.88 และแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ มีค่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ระหว่าง 0.75-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที่ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับการจัดการรายกรณี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-19.80, p<.001$) จากผลการศึกษานี้จึงควรส่งเสริมการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี, ผู้ป่วยจิตเภท, ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง, ความสามารถโดยรวม, สุขภาพจิตชุมชน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลแม่สาย

² นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลแม่สาย

* ผู้ประพันธ์บทความกิจ อีเมล supharat.sira@gmail.com

Effects of case management on global functioning among persons with schizophrenia at high risk of violence

Supharat Sirasuphakorn, B.N.S.^{1*} Kanyarat khattiya, B.N.²

Received: May 13, 2026 Revised: April 28, 2026 Accepted: April 30, 2026

Abstract

Case management is a pivotal strategy for managing patients with schizophrenia at high risk for violence (SMI-V), aiming to ensure continuity of care and holistic coordination. This quasi-experimental, one-group pretest-posttest study aimed to evaluate and compare mean global assessments of functioning (GAF) among SMI-V patients before and after the implementation of a case management program. The sample consisted of 33 schizophrenia patients with a high risk for violence receiving services at the Psychiatric and Substance Abuse Clinic, at a secondary care hospital in a northern border province of Thailand. Participants were selected using simple random sampling according to predefined inclusion criteria. Research instruments included the Global Assessment of Functioning (GAF) Scale and the 10-Domain Chronic Psychiatric Patient Tracking Form for Community Risk Groups. Content validity was verified by experts, yielding an Index of Item-Objective Congruence (IOC) between 0.75 and 1.00, while the reliability, measured by Cronbach's alpha coefficient, was 0.83. Data were analyzed using descriptive statistics and the t-test. The results revealed that, after receiving case management, the subjects' mean GAF scores increased significantly ($t=-19.80$, $p<.001$). These findings demonstrate that case management effectively enhances social functioning, mitigates triggers for violence, and promotes successful community living. It is recommended that this case management model be integrated into primary healthcare systems to systematically and sustainably improve care quality for high-violence-risk chronic psychiatric patients.

Keywords: Case management, Persons with schizophrenia, Risk of violence, Global functioning, Community mental health

Note: This research has never been presented, and this manuscript has not been previously published in any journal.

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Mae Sai Hospital, Chiang Rai, Thailand

² Physician, Senior Professional Level, Mae Sai Hospital, Chiang Rai, Thailand

* Corresponding Author: Email: supharat.sira@gmail.com

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นประเด็นสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence [SMI-V]) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนทั้งด้านอาการทางคลินิก พฤติกรรม และปัจจัยทางสังคม การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยของสาธารณชนและระบบสุขภาพ (Department of Mental Health, 2023) ข้อมูลจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างปี 2565–2567 พบว่า อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่ม SMI-V ซึ่งมีอัตราการขาดยาและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำสูง (National Health Security Office [NHSO], 2025) นอกจากนี้ ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2568 พบผู้ป่วย SMI-V ที่ขึ้นทะเบียนในระบบกว่า 47,000 คน โดยมีทั้งผู้ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่นในสัดส่วนที่น่ากังวล (Department of Mental Health [DMH], 2025) สถานการณ์ความรุนแรงในผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V ก่อให้เกิดผลกระทบหลายมิติ ระดับบุคคล พฤติกรรมรุนแรงนำไปสู่ภาวะทางกาย หรือการต้องโทษทางกฎหมาย (Aiamsaart et al., 2020; Bunserm, K., 2016) ในระดับครอบครัว ต้องพบกับภาระการดูแล (caregiver burden) ทั้งความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความหวาดกลัวต่อความรุนแรง (Opaswattana, 2020) ในระดับชุมชน ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย จนนำไปสู่การตีตรา (stigma) ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการคืนสู่สังคมของผู้ป่วย (Sriharuksa, 2023) นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับแนวโน้มการเพิ่มความรุนแรงของอาการ ได้แก่ การใช้สารเสพติดร่วมด้วย (comorbidity) โดยเฉพาะสุราและยาบ้า ซึ่งพบสูงถึง ร้อยละ 86 ในผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V (Aiamsaart, et. Al., 2020) การขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (non-adherence) การขาดความตระหนักในสถานะโรค และการขาดระบบสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ (Aiamsaart et al., 2020; Bunserm, K., 2016) ความสามารถโดยรวม (global functioning) หรือสมรรถนะการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเวช เป็นดัชนีชี้วัดองค์รวมที่สะท้อนถึงระดับการดำเนินชีวิต การสร้างสัมพันธ์ทางสังคม และประสิทธิภาพในการทำงานหรือการประกอบอาชีพ ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ล่าสุดยืนยันว่าการทำหน้าที่ที่บกพร่องมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคและการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (Arango et al., 2022; Wongpanarak & Sermsai, 2024) สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยมาตรฐาน DSM-5-TR ที่ระบุว่าระดับความรุนแรงของอาการทางจิตส่งผลกระทบต่อเนื้อไปสู่ความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน (American Psychiatric Association, 2022) นอกจากนี้ งานวิจัยในปี 2567-2568 ชี้ให้เห็นว่า ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำ (Violent relapse) เป็นตัวทำนายสำคัญที่ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจและการควบคุมตนเองในสังคมลดลง นำไปสู่ปัญหาความปลอดภัยทั้งต่อตัวผู้ป่วยและชุมชน (Boontabthom et al., 2025; Department of Mental Health, 2025) ดังนั้น การมุ่งเน้นพัฒนาความสามารถโดยรวมผ่านกระบวนการจัดการรายกรณี จึงไม่ได้เป็นเพียงการรักษาตามอาการ แต่เป็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ในการสร้าง "การฟื้นคืนสมรรถนะ" (Functional recovery) เพื่อลดปัญหาความรุนแรงและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V ได้อย่างยั่งยืน (Arango et al., 2022; Department of Mental Health, 2025) ผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถโดยรวมต่ำมักมีข้อจำกัดในการควบคุมพฤติกรรม การตัดสินใจ และการใช้ชีวิตในสังคม ส่งผลให้เกิดปัญหาซ้ำซ้อนทั้งด้านสุขภาพและความปลอดภัย ดังนั้น การพัฒนาความสามารถโดยรวมจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V และเป็นกลไกสำคัญในการลดปัญหาดังกล่าว

การจัดการรายกรณี (case management) เป็นกระบวนการดูแลเชิงรุกที่มีลักษณะเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยสมาคมการจัดการรายกรณีแห่งสหรัฐอเมริกา (Case Management Society of America, 2022) ได้นิยามว่าเป็นกระบวนการความร่วมมือที่ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การประเมินปัญหาแบบองค์รวม การวางแผน การดูแลรายบุคคล การอำนวยความสะดวกและประสานบริการ การติดตามและประเมินผล และการสนับสนุนการเข้าถึงทรัพยากรในชุมชน (resource linkage) เป้าหมายสำคัญคือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ปลอดภัย และต่อเนื่องในทุกมิติของสุขภาพ ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ล่าสุด (2567–2568) ยืนยันว่ากระบวนการจัดการรายกรณีเป็นกลไกเชิงยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดการความซับซ้อนของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการและส่งเสริมการฟื้นคืนสมรรถนะการทำหน้าที่

ให้แก่ผู้ป่วยในบริบทชุมชนได้อย่างยั่งยืน (Boontabthom et al., 2025; Wongpanarak & Sermsai, 2024) การศึกษาผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรีพบว่า การจัดการรายกรณีสำหรับพยาบาลและแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรงในชุมชนของทีมสหวิชาชีพ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทำให้ระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น ลดการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องในชุมชนและครอบครัวทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาตามแผนการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน มีความรู้ความเข้าใจและมีศักยภาพให้ความสามารถดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Aiamsaart et al., 2020; Boontabthom et al., 2025) แม้พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (CM) จะมีบทบาทสำคัญในการประสานการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่ในบริบทปัจจุบันพบว่ารูปแบบการดำเนินงานมักเน้นเพียงการติดตามการรับประทานยาและอาการทางจิตในสถานบริการ ซึ่งยังไม่สอดคล้องกับความซับซ้อนของผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระบบการดูแลที่ผ่านมายังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังและค้นหาปัญหาเชิงรุกในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V มักเข้าสู่ระบบการรักษาต่อเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงแล้วเท่านั้น (Aiamsaart et al., 2020)

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งพบแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยสาเหตุสำคัญ ได้แก่ การขาดความต่อเนื่องในการรักษา การใช้สารเสพติด และการขาดการตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เกิดการกำเริบของอาการและพฤติกรรมรุนแรง (Anonymous Hospital, 2024) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีการดำเนินงานด้านการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง แต่ลักษณะการดำเนินงานยังเป็นการดูแลในภาพรวมของผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ไม่ได้มีรูปแบบเฉพาะที่ออกแบบสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อีกทั้งยังขาดการประเมินผลลัพธ์เชิงระบบ โดยเฉพาะในมิติของความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย นอกจากนี้ รูปแบบการดูแลเดิมยังมีข้อจำกัดด้านความครอบคลุม ความต่อเนื่อง และการบูรณาการกับบริบทชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งอาจส่งผลให้ประสิทธิผลของการดูแลยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (Anonymous Hospital, 2024) จากช่องว่างดังกล่าว แสดงว่าการจัดการรายกรณีที่มีอยู่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V อย่างเพียงพอ และยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในพื้นที่ที่ยืนยันผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาเฉพาะสำหรับกลุ่มนี้ ดังนั้น การศึกษาผลของการจัดการรายกรณีที่ได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทและมุ่งเน้นผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ จึงมีความจำเป็น และสามารถออกแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลองได้ เนื่องจากการนำรูปแบบการดูแลใหม่หรือปรับปรุงจากแนวทางเดิมมาทดลองใช้และประเมินผลอย่างเป็นระบบ โดยผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการรายกรณีที่บูรณาการแนวทางการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน (Department of Mental Health, 2020) เข้ากับกระบวนการจัดการรายกรณี 7 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วม การประเมินปัญหาและความต้องการแบบองค์รวมด้วยแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน (Opaswattana, 2020) ของกรมสุขภาพจิต การวางแผนการดูแลรายบุคคล การดำเนินการดูแลและให้การช่วยเหลือ การประสานงานกับสหวิชาชีพและเครือข่าย การติดตามกำกับ และปรับแผนการดูแล และการเสริมพลังและการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนบทบาทของพยาบาล CM จากการติดตามอาการทั่วไป สู่การจัดการเชิงรุกที่ครอบคลุมแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง (pre-test phase) ดำเนินการตั้งแต่ช่วงก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ระดับปัญหาและความต้องการการดูแลด้วยแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง 10 ด้าน และแบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning: GAF) และและวางแผนการดูแลรายกรณี (care plan) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว ระยะดำเนินการทดลอง (intervention phase) เป็นระยะดำเนินการเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การติดตามผลการจัดการปัญหาและความก้าวหน้าจากการช่วยเหลือ ติดตามผลการจัดการปัญหาและความก้าวหน้า และประเมินผล และระยะหลังการทดลอง (post-test phase) เพื่อเปรียบเทียบผลการประเมินก่อนและหลังการทดลอง การดูแลที่เหมาะสมนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลลดพฤติกรรมรุนแรง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณี

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หลังการเข้าร่วมการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการรายกรณี 7 ขั้นตอนร่วมกับแนวทางการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน (Department of Mental Health, 2020; Aiamsaart et al., 2020) เป็นระบบในการจัดการปัญหาทางคลินิกและปัจจัยจิตสังคมที่ซับซ้อนของผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V ตามกรอบแนวคิดกระบวนการดูแลเชิงรุกที่เป็นระบบและต่อเนื่อง จะส่งผลโดยตรงต่อการยกระดับสมรรถนะการทำหน้าที่ในมิติจิตใจ สังคม และอาชีพ ซึ่งสะท้อนผ่านคะแนนความสามารถโดยรวม (GAF) ของผู้ป่วยให้เพิ่มสูงขึ้น ดังแสดงกรอบแนวคิดในแผนภาพที่ 1

โปรแกรมการจัดการรายกรณีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

1. การสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วม
2. การประเมินปัญหาและความต้องการแบบองค์รวม โดย แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน
3. การวางแผนการดูแลรายบุคคล
4. การดำเนินการดูแลและให้การช่วยเหลือ
5. การประสานงานกับสหวิชาชีพและเครือข่าย
6. การติดตาม กำกับ และปรับแผนการดูแล
7. การเสริมพลังและการสนับสนุนทางสังคม

ความสามารถโดยรวม
(Global Assessment of Functioning
scale: GAF)

แผนภาพที่ 1 แนวทางการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณี ในพื้นที่อำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคเหนือ โดยเก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 4 เมษายน 2568-วันที่ 4 พฤศจิกายน 2568

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) คลินิกจิตเวชและยาเสพติด ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคเหนือ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567 จำนวน 54 ราย (Anonymous Hospital, 2024)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่มาใช้บริการคลินิกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคเหนือ ระหว่างวันที่ 3 มีนาคม 2568 - 4 พฤศจิกายน

2568 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้แนวคิด การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (effect size = 0.50) ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานที่นิยมใช้ในงานวิจัยทางคลินิก จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการศึกษ (attrition) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ส่งผลให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 33 คน ทำการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 (รหัส F20.x) เป็นผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenia) และมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงตามเกณฑ์จำแนกดังนี้

- 1.1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
- 1.2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุรุนแรงในชุมชน
- 1.3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งร้าย

- 1.4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

2) เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจ สนทนาโต้ตอบรู้เรื่องและสื่อสารภาษาไทยได้

3) มีที่อยู่อาศัยอยู่ใน อำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคเหนือ

4) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ สามารถร่วมกิจกรรมการเยี่ยมบ้านรายบุคคล 4 ครั้งในระยะเวลา 3 เดือนได้

โดยได้รับบอกกล่าวเต็มใจ ลงชื่อในหนังสือยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตปรากฏชัดเจน หูแว่ว ภาพหลอน การรับรู้ผิดปกติ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

2) เสียชีวิต ย้ายที่อยู่ติดตามไม่ได้ หรือ ขอลถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมนี้ขึ้นโดยบูรณาการแนวทางการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน (Department of Mental Health, 2020) ร่วมกับหลักการจัดการรายกรณี 7 ขั้นตอน และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V ในชุมชน (Aiamsaart et al., 2020) โดยออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่อำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคเหนือ โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะหลังการทดลอง

ระยะก่อนการทดลอง (pre-test phase) ดำเนินการตั้งแต่ช่วงก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (สัปดาห์ที่ 0) โดยพยาบาลวิชาชีพทำการประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประเมินระดับปัญหาและความต้องการการดูแลด้วยแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง 10 ด้าน และแบบประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) เพื่อเป็นข้อมูลก่อนการทดลอง พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง และวางแผนการดูแลรายกรณี (care plan) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรค การรักษา และการใช้ยา ในช่วงสัปดาห์ที่ 1-2 หลังจำหน่าย มีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องโดยการโทรติดตาม เพื่อประเมินอาการทางจิต การรับประทานยา และผลข้างเคียง ประเมินสัญญาณเตือนการกำเริบของโรค สนับสนุนบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และประสานงานกับเครือข่ายในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนยืนยันนัดหมายการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

ระยะดำเนินการทดลอง (Intervention phase) ดำเนินการเยี่ยมบ้านรายบุคคล จำนวน 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการหลัก แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-120 นาที

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 4 มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบติดตาม 10 ด้าน และ GAF รวมทั้งวางแผนและปรับแผนการดูแลรายกรณีให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท แนวทางการรักษา การใช้ยา การบริหารยา ผลข้างเคียง ปัจจัยกระตุ้น สัญญาณเตือน และการจัดการเมื่ออาการกำเริบ พร้อมทั้งส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองและการอยู่ร่วมกัน

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8 เป็นการติดตามผลการจัดการปัญหาและความก้าวหน้าจากการช่วยเหลือของหน่วยงานต่าง ๆ ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เสริมสร้างทักษะการพูดคุยสื่อสาร และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ควบคู่กับการประเมินอาการทางจิต และกระตุ้นเตือนการรับประทานยาและการมารับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 16 มุ่งเน้นการติดตามผลการจัดการปัญหาและความก้าวหน้า ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการจัดการความเครียด สนับสนุนแหล่งช่วยเหลือทางสังคม และส่งเสริมการประกอบอาชีพหรือการมีบทบาทในสังคม

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 24 เป็นการประเมินผลหลังการทดลอง โดยใช้แบบติดตาม 10 ด้าน และแบบประเมิน GAF สรุปและแจ้งผลการติดตาม ทบทวนการดำเนินการช่วยเหลือที่ผ่านมา วางแผนการดูแลต่อเนื่องระยะยาว และให้ช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่

ระยะหลังการทดลอง (post-test phase) ผู้วิจัยดำเนินการเปรียบเทียบผลการประเมินก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้คะแนนความสามารถโดยรวมจากแบบประเมิน GAF วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงด้านอาการ พฤติกรรม และความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ตลอดจนสรุปผลการดำเนินงานตามแผนการดูแลรายกรณี และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดกิจกรรม ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สัญชาติ สิทธิการรักษา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา และประเภทผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

2) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เป็นแบบประเมินและแผนการช่วยเหลือ ของกรมสุขภาพจิต (Opaswattana, 2020) ที่ใช้สำหรับการติดตาม ประเมิน และวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนอย่างครอบคลุมประเด็นความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแลหรือญาติ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่ยาเสพติด)

3) แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Opaswattana, 2020) แบบประเมินนี้มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน โดยคะแนนสูงสุด 100 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถโดยรวมดีเยี่ยมและไม่มีอาการทางจิต และคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความบกพร่องของความสามารถในระดับรุนแรงและมีความเสี่ยงสูงที่จะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น (คะแนน 0 หมายถึง มีข้อมูลไม่เพียงพอในการประเมิน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 10 ช่วงคะแนน ช่วงละ 10 คะแนน ซึ่งคะแนนที่เพิ่มขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรมจะแสดงถึงประสิทธิภาพของการจัดการรายกรณีในการเพิ่มระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย SMI-V เกณฑ์การแปลผลคะแนน GAF มีรายละเอียดดังนี้

0 คะแนน ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมิน

1-10 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นรุนแรง (เช่น พฤติกรรมรุนแรงซ้ำๆ พยายามฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง) หรือไม่สามารถรักษานามียส่วนตัวได้

11-20 คะแนน อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง/ผู้อื่น (เช่น พยายามฆ่าตัวตายโดยไม่คาดหวังชัดเจน) พฤติกรรมรุนแรงบ่อยครั้ง, ไม่สามารถรักษานามียส่วนตัวได้บางครั้ง, บกพร่องการสื่อสารรุนแรง

21-30 คะแนน พฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ภายใต้อิทธิพลของความหลงผิด/อาการประสาทหลอน บกพร่องรุนแรงในการสื่อสาร/วิจารณ์ญาณ (เช่น พูดไม่ปะติดปะต่อ) หรือไม่สามารถทำอะไรได้เลยแทบทุกด้าน

31-40 คะแนน มีการสูญเสียการรับรู้ความเป็นจริง/การสื่อสารอย่างชัดเจน หรือมีความบกพร่องในหลายด้าน (เช่น ที่ทำงาน โรงเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัว การใช้วิจารณ์ญาณ การคิด อารมณ์)

41-50 คะแนน อาการรุนแรง (เช่น ความคิดฆ่าตัวตายรุนแรง ย้ำคิดรุนแรง) หรือมีความบกพร่องรุนแรงทางสังคม/อาชีพ/การเรียน

51-60 คะแนน มีอาการระดับกลาง (เช่น อารมณ์เรี่ยเบียด พูดจาวกวน) หรือมีความลำบากในการเข้าสังคม/ประกอบอาชีพ/การเรียนในระดับกลาง

61-70 คะแนน มีอาการเล็กน้อย (เช่น อารมณ์เศร้า นอนไม่หลับบ้าง) หรือมีปัญหาบ้างในการเข้าสังคม/ประกอบอาชีพ/เรียน แต่ความสามารถโดยรวมยังอยู่ในเกณฑ์ใช้ได้

71-80 คะแนน มีอาการชั่วคราวและเป็นการตอบสนองต่อความเครียดทั่วไป มีการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่เพียงเล็กน้อย

81-90 คะแนน มีอาการน้อยมากหรือไม่มีเลย ทำสิ่งต่างๆ ได้ดีในทุกด้าน มีความสนใจและมีส่วนร่วมในกิจกรรมหลากหลาย เข้าสังคมได้ดี

91-100 คะแนน สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างดีเยี่ยม แก้ปัญหาชีวิตได้ดี มีคุณสมบัติทางบวกหลายอย่าง ไม่มีอาการทางจิต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน และโปรแกรมการจัดการรายกรณี เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องของกิจกรรมกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยดำเนินการดังนี้

1.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ในการให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนว่าแต่ละข้อคำถามมีความเหมาะสมเพียงใด (เช่น +1=เหมาะสม, 0=ไม่แน่ใจ, -1=ไม่เหมาะสม) โดยค่า IOC แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป อยู่ระหว่าง 0.75 ถึง 1.00

1.2) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน และโปรแกรมการจัดการรายกรณี ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักของการวิจัย ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) พบว่า ค่า I-CVI อยู่ระหว่าง 0.83-1.00 และค่า S-CVI เท่ากับ 0.94 จากนั้นได้ปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และแนวทางของกรมสุขภาพจิต

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือภายหลังการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2.1) การหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ผู้วิจัยนำ แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน ซึ่งเป็นส่วนของเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วย ไปทดลองใช้ (pilot test) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มที่ศึกษาจริง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า มีค่าเท่ากับ .82 ซึ่งแสดงถึงความเชื่อมั่นของเครื่องมือในระดับที่ยอมรับได้สำหรับการวิจัย

2.2) การหาความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) สำหรับแบบประเมินความสามารถโดยรวม (GAF Scale) ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมร่วมกันประเมินผู้ป่วยรายเดียวกันจำนวน 10 ราย

แล้วนำผลคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) พบว่า มีค่าเท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงราย เลขที่โครงการ CRPPHO 023/2568 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2568 และสิ้นสุดการรับรองวันที่ 2 มีนาคม 2569 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ก่อนให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยสมัครใจ สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยได้อ่านเอกสารชี้แจงให้ฟังอย่างช้า ๆ พร้อม ทบทวนซ้ำเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถูกต้อง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยเพื่อคุ้มครอง สิทธิและความเป็นส่วนตัว (privacy and confidentiality) ของหน่วยงานและผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอสงวนการระบุ นามจริงของสถานบริการ/พื้นที่ศึกษา และใช้นามสมมติในการนำเสนอข้อมูล รวมทั้งไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่สามารถ ระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นข้อมูล ทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัย และจำกัดการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัย โดยจะทำลายข้อมูลภายในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้นและได้รับการตีพิมพ์แล้ว ทั้งนี้ การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่าง ชัดเจน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและไม่เลือกปฏิบัติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอนหลัก

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การจัดเตรียมเครื่องมือ: ดำเนินการจัดทำและตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (10 ด้าน), และแบบประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) ตามที่ ระบุไว้ข้างต้น

1.2 ดำเนินการจัดการรายกรณีตาม 3 ระยะ ได้แก่

- ระยะก่อนการทดลอง ประเมินข้อมูลพื้นฐาน ระดับปัญหา ความต้องการการดูแล และระดับการทำ หน้าที่ (GAF) พร้อมวางแผนการดูแลรายกรณี และติดตามอาการทางโทรศัพท์ในช่วง 1-2 สัปดาห์หลังจำหน่าย
- ระยะดำเนินการทดลอง เยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง ภายใน 6 เดือน (สัปดาห์ที่ 4 8 16 และ 24) เพื่อประเมิน อาการ ปรับแผนการดูแล ให้ความรู้เรื่องโรคและยา ส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง การใช้ชีวิต และสนับสนุนครอบครัว และชุมชน
- ระยะหลังการทดลอง ประเมินผลซ้ำด้วยแบบติดตาม 10 ด้าน และ GAF เพื่อเปรียบเทียบผลก่อน- หลัง และวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

2. ขั้นตอนดำเนินการ ดำเนินการตามแผนกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่ได้พัฒนาไว้ โดยประเมินปัญหา ให้การ ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาคือเป็นรายกรณีตามแผนการช่วยเหลือ และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการจัดการรายกรณี มาทำการตรวจสอบความ สมบูรณ์ สร้างคู่มือ และลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพาราเมตริก โดยทดสอบการ กระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test และพิจารณาค่าความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) ของข้อมูลร่วมด้วย พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวใกล้เคียงการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) จึงเหมาะสม ต่อการใช้สถิติ paired t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3. เปรียบเทียบคะแนนการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน ก่อนและหลังการได้รับการจัดการรายกรณี โดยใช้สถิติ paired t-test
4. เปรียบเทียบค่าคะแนนก่อน และหลังการจัดการรายกรณี ในแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (10 ด้าน) และความสามารถโดยรวม โดยใช้สถิติ paired t-test
5. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.50 และเพศหญิง ร้อยละ 48.50 มากกว่าครึ่งมี อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 51.50 อายุเฉลี่ย 45.50 ปี ($SD=9.5$) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 54.50 รองลงมาว่างงาน ร้อยละ 24.20 รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 66.70 ส่วนใหญ่สัญชาติไทย ร้อยละ 84.80 ไม่มีสัญชาติ ได้แก่ ไทยใหญ่ ร้อยละ 15.20 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ สิทธิผู้พิการ/ทุพพลภาพ ร้อยละ 51.50 รองลงมาสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 27.30 สถานภาพส่วนใหญ่ คู่ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 57.60 รองลงมา โสด ร้อยละ 36.40 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 30.30 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.90 ประเภทผู้ป่วย SMI-V ส่วนใหญ่ SMI-V2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บหรือเสียชีวิต ร้อยละ 78.80 รองลงมา SMI-V1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต ร้อยละ 21.20

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n=33$)

ลักษณะของผู้ป่วย		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	17	51.50
	หญิง	16	48.50
อายุ	อายุ 20-30 ปี	2	6.10
	อายุ 31-40 ปี	6	18.20
	อายุ 41-50 ปี	17	51.50
	อายุ 51-60 ปี	7	21.20
	มากกว่า 60 ปี	1	3.00
	$\bar{X}=45.5$, $SD=9.5$, $Min=23$, $Max=66$		
อาชีพ	เกษตรกร (ทำไร่, ทำนา, ทำสวน)	5	15.20
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	6.10
	รับจ้าง	18	54.50
	ว่างงาน	8	24.20
รายได้ (ต่อเดือน)			
ไม่มีรายได้		2	6.10
$\leq 5,000$ บาท		22	66.70
5,001-10,000 บาท		8	24.20
$\geq 10,000$ บาท		1	3.00
หมายเหตุ: ฐานนิยม (Mode) ของรายได้ต่อเดือน $\leq 5,000$ บาท			
สัญชาติ			
ไทย		28	84.80
ไม่มีสัญชาติ ระบุ ไทยใหญ่		5	15.20
สิทธิการรักษา			

ลักษณะของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	9	27.30
บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	5	15.20
ประกันสังคม	2	6.10
ผู้พิการ/ทุพพลภาพ	17	51.40
สถานภาพ		
โสด	12	36.30
คู่ อยู่ด้วยกัน	19	57.60
หม้าย/หย่าร้าง	2	6.10
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	24.20
ระดับประถมศึกษา	9	27.30
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	6	18.20
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)	10	30.30
ศาสนา		
พุทธ	31	93.90
คริสต์	0	0
อิสลาม	2	6.10
ประเภทผู้ป่วย SMI-V		
SMI-V1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต	7	21.20
SMI-V2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้ หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน	26	78.80

ส่วนที่ 2 ระดับความสามารถโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณี พบว่า ระดับความสามารถโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการอยู่ในระดับเล็กน้อย (61-70 คะแนน) ร้อยละ 63.64 และ มีอาการระดับกลาง (51-60 คะแนน) ร้อยละ 36.36 หลังการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณี พบว่า ระดับความสามารถโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับอาการน้อยมากหรือไม่มีเลย (81-90 คะแนน) ร้อยละ 69.70 และอยู่ในระดับที่มีอาการชั่วคราวและเป็นการตอบสนองต่อความเครียดทั่วไป (71-80 คะแนน) ร้อยละ 30.30 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถโดยรวมก่อนและหลังการจัดการรายกรณี

ระดับคะแนน	ระดับคะแนน GAF (ความหมายทางคลินิก)	ก่อนการจัดการ (ร้อยละ)	หลังการจัดการ (ร้อยละ)
51-60	มีอาการระดับกลาง	12 (36.36)	-
61-70	มีอาการเล็กน้อย	21 (63.64)	-
71-80	มีอาการชั่วคราวและเป็นการตอบสนองต่อความเครียดทั่วไป	-	10 (30.30)
81-90	มีการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่เพียงเล็กน้อย มีอาการน้อยมากหรือไม่มีเลย ทำสิ่งต่างๆ ได้ดีในทุกด้าน มี ความสนใจและมีส่วนร่วมในกิจกรรมหลากหลาย เข้าสังคม ได้ดี	-	23 (69.70)
รวม		33 (100.00)	33 (100.00)

ส่วนที่ 3 ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวม

หลังการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณี พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความสามารถโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-19.80, p<.001$) และคะแนนภาพรวมการติดตาม 10 ด้าน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=16.60, p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถโดยรวม (GAF) และติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ($n=33$)

ตัวแปร	ก่อนการจัดการ		หลังการจัดการ		ส่วนต่างเฉลี่ย (Mean Diff)	t	p-value
	Mean ($\bar{X}$)	SD	Mean ($\bar{X}$)	SD			
ความสามารถโดยรวม (GAF)	62.36	4.95	81.39	4.32	19.03	-19.80	<.001***
ภาพรวมคะแนนติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน	17.06	3.02	11.78	2.01	5.28	16.60	<.001***

หมายเหตุ: $df=32$, *** $p<.001$

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลของการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง SMI-V ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถโดยรวม (GAF) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-19.80, p<.001$) และพบว่าระดับความสามารถโดยรวมหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการรายกรณีพัฒนาจากอาการระดับปานกลางถึงเล็กน้อย (51-70 คะแนน) ขึ้นไปสู่ระดับที่มีอาการน้อยมากหรือไม่มีเลย (81-90 คะแนน) ถึงร้อยละ 69.70 โปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีการบูรณาการกระบวนการจัดการรายกรณี 7 ขั้นตอน แนวทางการติดตาม 10 ด้านของกรมสุขภาพจิต (2563) (Department of Mental Health, 2020) โดยเฉพาะในขั้นตอนการประเมินปัญหาและความต้องการแบบองค์รวม ที่ใช้แบบติดตาม 10 ด้านเป็นเครื่องมือหลัก ทำให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีสามารถระบุปัญหาที่ซับซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง SMI-V ในพื้นที่ได้อย่างตรงจุด เช่น ปัญหาการใช้สารเสพติด และข้อจำกัดด้านรายได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 66.70 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท เมื่อปัญหาได้รับการระบุชัดเจน นำไปสู่การวางแผนดูแลรายบุคคล และการประสานงานสหวิชาชีพและเครือข่ายส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งมิติจิตสังคมและอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Aiamsaart et al. (2020) ที่พบว่า การจัดการรายกรณีช่วยยกระดับความสามารถโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างจิตเภทกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการเปลี่ยนจากการดูแลแบบตั้งรับเป็นการดูแลเชิงรุกในชุมชน

การเปรียบเทียบความสามารถโดยรวม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี พบว่าการที่คะแนนภาพรวมการติดตาม 10 ด้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=16.305, p<.001$) และการเพิ่มขึ้นของคะแนน GAF อธิบายได้ว่า กระบวนการจัดการรายกรณีช่วยลดอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในมิติต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่ม SMI-V2 (ร้อยละ 78.80) ซึ่งมีประวัติทำร้ายผู้อื่น การเยียมบ้านอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้งภายใน 6 เดือน ตามขั้นตอนการติดตามและปรับแผนการดูแล ช่วยให้พยาบาลสามารถเฝ้าระวัง สัญญาณเตือนและกระตุ้นความร่วมมือในการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสิทธิผู้พิการ (ร้อยละ 51.50) และมีครอบครัวดูแล (สถานภาพคู่ ร้อยละ 57.60) โปรแกรมการจัดการรายกรณีในการศึกษานี้ ได้ออกแบบให้ มีองค์ประกอบของ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) และ การสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในฐานะผู้ดูแลหลักร่วมกับเครือข่ายในชุมชน (5 กัลยาณมิตร) เพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตในสังคม การออกแบบดังกล่าวอ้างอิงแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Julian Rappaport และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Sheldon Cohen ซึ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงปกติ ซึ่งอาจอธิบายได้จากกระบวนการ

จัดการรายการที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sriharuksa (2023) ที่พบว่าการจัดการรายการแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มความสุขของญาติและยกระดับสมรรถภาพทางจิตเวชของผู้ป่วย ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนว่า โปรแกรมการจัดการรายการที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดดังกล่าว และสอดคล้องกับแนวทางของกรมสุขภาพจิต สามารถช่วยลดปัญหาพฤติกรรมรุนแรงและเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม SMI-V ในบริบทพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพควรนำกระบวนการจัดการรายการมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน เพื่อพัฒนาความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย
2. ควรส่งเสริมบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายการในการติดตาม ประเมินอาการ และประสานการดูแลร่วมกับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยแบบติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ เช่น ความสามารถโดยรวม อัตราการกลับเข้ารับการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะ 6-12 เดือนขึ้นไป
2. ควรออกแบบการวิจัยพัฒนาการใช้ระบบสารสนเทศจะช่วยลดภาระงานด้านเอกสารของพยาบาล เช่น การใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ในการติดตาม ร่วมกับการจัดการรายการแบบปกติเพื่อเพิ่มครอบคลุมของการดูแลในพื้นที่ห่างไกล
3. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ มุมมอง และปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จหรือเป็นอุปสรรคของผู้ป่วยและผู้ดูแล
4. ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการจัดการรายการ ในบริบทพื้นที่ เช่น ลักษณะผู้ป่วย ภาระผู้ดูแล และการเข้าถึงบริการ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ทำการศึกษาระบาดวิทยาและเผยแพร่ผลงานวิจัย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ช่วยให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Aiamsaart, N., Thaweesees, 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. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/article/view/224819> (in Thai)
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425756>
- Anonymous Hospital. (2024). *Unpublished statistical data on psychiatric and substance use clinic service recipients*. [Internal report]. (in Thai).
- Arango, C., Dragioti, E., Solmi, M., Cortese, S., Domschke, K., Murray, R. M., & Fusar-Poli, P. (2022). Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 9(12), 967-1004. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00290-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00290-X)

- Boontabthom, N., Chotsaengtong, W., & Saengduenchai, S. (2025). The results of developing a case management model to reduce recurrent violence in addicted patients with co-occurring mental disorders and high risk of violence. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 10(4), 1083–1096. retrieved from <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/291201>
- Bunserm, K. (2016). Factors associated with readmission of schizophrenia patients: Patient's perspectives. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 30(1), 123-138. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/90405>(in Thai)
- Case Management Society of America. (2022). *Standards of practice for case management*. <https://cmsa.org/about/standards-of-case-management-practice/>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2023). *Standards of care for psychiatric and drug addict patients at high risk of violence*. Beyond Publishing. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1391> (in Thai)
- Department of Mental Health. (2025). *Statistics of SMI-V patient screening and behavioral classification: February–March 2025*. Division of Mental Health Service Administration. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2025, March 11). *System for monitoring and caring for psychiatric patients at high risk of violence (SMI-V CARE)*. Summary of Tuesday Morning Meeting No. 5/2025. Ministry of Public Health. <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/03/2.2-v1-VCARE-TMM-11-03-68.pdf> (in Thai)
- Julian Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121–148. <https://doi.org/10.1007/BF00919275>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- National Health Security Office (NHSO). (2025). *Factsheet on mental health and psychiatric operations results, fiscal years 2022-2024*. https://medata.nhso.go.th/me/files/Factsheet_ผลการดำเนินงานจิตเวช_4%20มี.ค.%2068.pdf (in Thai).
- Opaswattana, C. (Ed.). (2020). *Manual for the care system for psychiatric patients at high risk of committing violence for institutions/hospitals under the Department of Mental Health*. Mental Health Knowledge Bank, Department of Mental Health. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1303> (in Thai)
- Sheldon Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Sriharuksa, 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*

Environmental Education Medical and Health, 8(1), 436–447. retrieved from <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/262848> (in Thai)

Wongpanarak, D. 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. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/APPJ/article/view/264364>

