

ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง

นุชนิ เอี่ยมสอาด*, ปพิษฐา ทวีเศษ*, พรเลิศ ชุ่มชัย*

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระพุทธบาท

วันรับบทความ : 11 พฤศจิกายน 2562

วันแก้ไขบทความ : 18 กุมภาพันธ์ 2563

วันตอบรับบทความ : 3 มีนาคม 2563

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2560 - เดือนกันยายน พ.ศ.2561 ที่สมัครใจให้ความร่วมมือ และทำการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่าย จำนวน 32 คน เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชน 9 ด้านแบบประเมินความสามารถโดยรวม การจัดการรายกรณีสำหรับพยาบาล และแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรงในชุมชนของสหวิชาชีพ

ผล : ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมก่อนและหลังการจัดการรายกรณี พบว่าหลังได้รับการจัดการรายกรณี (77.9 ± 1.96) สูงวก่อนได้รับการจัดการรายกรณี (63.8 ± 3.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุป : จากผลการวิจัยดังกล่าว การจัดการรายกรณีทำให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง มีระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น ลดการกำเริบและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การจัดการรายกรณี, ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท, ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง

THE EFFECT OF CASE MANAGEMENT TO OVERALL ABILITIES AMONG SCHIZOPHRENIA PATIENTS WITH THE RISK FOR VIOLENCE

Nusani Aiamsaart*, Papichya Thaweesees*, Pornlert Chumchai*

*Registered Nurse, Phraphutthabath hospital

Received : November 11, 2019

Revised : February 18, 2020

Accepted : March 3, 2020

Abstract

Objective: To study the effect of case management to overall abilities among schizophrenia patients with the risk for violence and to compare score of total ability care of serious mental illness with risk to violence (SMI-V) in community.

Material and Methods: This research was a quasi experimental study, one-group with pretest-posttest study. Sample was 32 patients with serious mental illness and high risk to violence at psychiatric outpatient service at a hospital in Saraburi province during October 2017 - September 2018. The instruments were the case management and continuation of SMI-V questionnaire and ability care of serious mental illness with risk to violence questionnaire. The data were analyzed by dependent t-test.

Results: The mean score of total ability care of SMI-V after implementation (77.9 ± 1.96) was higher than before implementation (63.8 ± 3.11) significantly ($p\text{-value} < 0.05$).

Conclusion: The case management should be applied to patients with serious mental illness and risk to violence in community in order to improve their ability care and good quality of life.

Keywords: case management, overall abilities among schizophrenia patients, serious mental illness with risk to violence

บทนำ

ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาที่มีความสำคัญของประเทศ ปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตมิใช่ส่งผลกระทบต่อเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังรวมถึงญาติ ผู้ดูแล คนในสังคม และเศรษฐกิจ จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรงร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ 400,000 คน โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการรักษา จะเกิดการเสื่อมถอยทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่ออาการทุเลาลง จะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่และมีอาการกำเริบ คลุ้มคลั่ง ประสาทหลอน ก้าวร้าวมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น ทรัพย์สิน รวมทั้งก่อเหตุอาชญากรรมในชุมชน¹

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2557 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2560 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V จำนวน 9,866 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 - F29) มากที่สุด จำนวน 5,302 ราย (ร้อยละ 53.75) รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30 - F39) จำนวน 2,234 ราย (ร้อยละ 22.64) และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10 - F19) จำนวน 1,441 ราย

และเมื่อพิจารณาจำแนกตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วย SMI-V พบว่าผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายร่างกายตนเองมากที่สุด จำนวน 4,222 ราย รองลงมาคือผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน จำนวน 3,899 ราย¹

สถิติผู้มารับบริการงานจิตเวชของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทปี พ.ศ.2559 - พ.ศ.2561 มีจำนวน 358, 440 และ 586 คน ตามลำดับ จากข้อมูลจะเห็นว่าแนวโน้มผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้นและมีเสี่ยงก่อความรุนแรงมีอาการทางจิตให้เห็นเด่นชัด คือ พุดคนเดียว เออะอะ ไวยวาย หูแว่ว ประสาทหลอน อาละวาด ทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนในครอบครัว และทำร้ายทรัพย์สินเพิ่มมากขึ้น และปี พ.ศ.2559 - พ.ศ.2560 มีการกำเริบซ้ำถึงร้อยละ 40.0 และ 33.3 ตามลำดับ ซึ่งจากสถานการณ์และสื่อต่างๆ ที่นำเสนอเหตุการณ์รุนแรง สะเทือนขวัญ สร้างความหวาดกลัวให้กับครอบครัวและชุมชน ผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่จะมีประวัติการรักษาทางจิตเวช ขาดการรักษาต่อเนื่อง มีการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วยจึงเป็นเหตุให้อาการกำเริบ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง และเป็นไปตามบริบทของผู้ป่วยและญาติที่ดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศ มีการใช้การจัดการรายกรณีกับผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น เพราะเป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและมีความต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม ในทุกระยะของ

การเจ็บป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อน ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการประสานการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ความร่วมมือจากสหวิชาชีพร่วมวางแผน การดูแล ติดตาม ประเมินผล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้¹⁻² การจัดการรายสามารถจัดการปัญหาให้กับผู้ป่วยเรื้อรังทางกายที่สำคัญ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และมะเร็ง เป็นรายบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มความคุ้มค่า คำนึงถึงทุกระยะของการเจ็บป่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และในกลุ่มโรคทางจิตเวช การจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ³ ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา และป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทและลดภาระการดูแลของญาติ⁴⁻⁵ อีกทั้งยังช่วยให้ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น สามารถกลับมาใช้ชีวิตร่วมกับคนในชุมชน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁶⁻⁸

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวช ได้เห็นความสำคัญของปัญหาจากการปฏิบัติงานในคลินิกของผู้วิจัย มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงสูงขึ้น มีกลับเป็นซ้ำมากขึ้น และยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจง จึงมีความสนใจในการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง 2) เพื่อติดตามประเมินผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน และ 3) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม

(Global Assessment of Function scale: GAF) ก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณี เพื่อเป็นการขยายองค์ความรู้สำหรับนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง (one - group, pretest- posttest design) โดยดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2560 - เดือนกันยายน พ.ศ.2561

ประชากร

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างตาม Central limit theorem กำหนดให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 30 คน ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจึงกำหนดขนาดกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน³ และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 33 คน ทำการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ ซึ่งระหว่างดำเนินการทดลองมีการขาดหายไปจำนวน 1 คน ไม่สามารถติดตามไม่ได้ ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 32 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัย

เป็นผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์จำแนกดังนี้ (1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต (2) มีประวัติ ทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน (3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย และ (4) เคยมีประวัติก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) และป่วยซ้ำ

2. ผู้ป่วยสมัครใจให้ความร่วมมือ และสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตปรากฏชัดเจน ทุเลา เห็นภาพหลอน การรับรู้ผิดปกติ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีแนวคิดการจัดการรายกรณี มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการดูแลต่อเนื่องมีการวางแผน ดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการประสานการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ความร่วมมือจากสหวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแล ติดตาม และประเมินผล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงมีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมดีขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน¹ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการช่วยเหลือให้การพยาบาล ประกอบด้วย การติดตามด้านอาการทางจิต การรับประทานยา ผู้ดูแล การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว สิ่งแวดล้อม การสื่อสาร และความสามารถในการเรียนรู้

1.2 แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function scale: GAF) เป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคม และอาชีพ การพิจารณาไม่รวมความบกพร่องด้านการทำหน้าที่อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกาย หรือสภาพแวดล้อม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85⁶ มีระดับคะแนน 0 – 100 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้ 1 – 10 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา และ 91 – 100 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม¹

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 การจัดการรายกรณีสำหรับพยาบาล และแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรงในชุมชนของสหวิชาชีพ เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช เกษัตริกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลชุมชน นักวิชาการ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการติดตามผลลัพธ์ในการดูแล โดยได้ศึกษาจากการศึกษาตำราเอกสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวกับการจัดการรายกรณี และได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและปรับแก้ไข

ตามข้อเสนอแนะจากจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต เกษักร นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์

การดำเนินงาน

1. ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

2. ประชุมหารือในกลุ่มงานวิเคราะห์ปัญหาเพื่อศึกษาหาแนวทางการแก้ไข

3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน ประเมินทัศนคติความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความพร้อมของครอบครัวชุมชน เพื่อวางแผนร่วมกันและส่งต่อเครือข่ายดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. จัดอบรมให้ความรู้แก่ให้แก่แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการค้นหา คัดกรอง ส่งต่อ การติดตาม ดูแล ต่อเนื่อง การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ และการ สัญญาณเตือนอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง

5. ประสานความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพในการร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ การคัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ทำการประเมินแบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน และประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) ก่อนการทดลอง

2. หลังจากนั้นทำการนัดหมายในการติดตามเยี่ยมบ้าน กิจกรรมประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัญหาและความต้องการ ด้วยกระบวนการพยาบาลในทุกๆ ของ การเจ็บป่วย อย่างเป็นระบบมีขั้นตอน ด้วยการ

รวบรวมข้อมูล กำหนดปัญหา วินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการให้กิจกรรมทางการพยาบาล ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข ให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง แต่ละรายและมีการประสานความร่วมมือจากสหวิชาชีพ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ตามสภาพ ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และมีกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล 4 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือน แต่ละครั้งใช้เวลา 60 - 90 นาทีที่มีกิจกรรม

2.1 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 สร้างสัมพันธภาพให้รู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา ยา อาการข้างเคียง ปัจจัยที่ทำให้ป่วยซ้ำ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกัน

2.2 ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ประเมินอาการทางจิต กระตุ้นเตือนการรับประทานยา และการมารับการรักษาต่อเนื่อง

2.3 ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 8 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง และการจัดการความเครียด แหล่งสนับสนุนทางสังคมและการประกอบอาชีพ

2.4 ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 12 ประเมินหลังการทดลอง คือ ประเมินแบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน และประเมินความสามารถโดยรวม (GAF)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สถานะภาพ อาชีพ และการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. การติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้านวิเคราะห์ โดยแจกแจงความถี่ และร้อยละ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถโดยรวม (GAF) ก่อนและหลังที่ได้รับการจัดการรายกรณี โดย dependent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัยดังนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ด้วยคำพูดที่สุภาพ ไม่แสดงถึงการบีบบังคับ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ และให้สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลด้านอื่นๆ ขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมีการจัดการความเสี่ยงโดยถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอาการกลับเป็นซ้ำผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลจะประเมินอาการ ให้การพยาบาล และส่งต่อให้จิตแพทย์รักษาต่อไป ส่วนการเผยแพร่ข้อมูลผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อที่อยู่หรือแหล่งที่มาของข้อมูล จะไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความเสียหายใดๆ โดยผู้ที่รับทราบข้อมูลจะไม่สามารถโยงไปถึงกลุ่มตัวอย่างได้

ผล

ข้อมูลทั่วไปและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V)

เพศส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.6 และเพศหญิง ร้อยละ 34.4 อายุเฉลี่ย 41 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 65.6 สมรส ร้อยละ 18.8 และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 46.9 รองลงมาค้าขาย/ส่วนตัว ร้อยละ 25 การจำแนก

ประเภทผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ส่วนใหญ่ก่อความรุนแรงมากกว่า 1 ประเภท คิดเป็นร้อยละ 78.1 (ตารางที่ 1)

การติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน

ผลการติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้านเมื่อได้รับการวางแผนการช่วยเหลือ ให้การพยาบาลด้วยการจัดการรายกรณี จากการติดตามด้านอาการทางจิตก่อนได้รับการดูแล ส่วนใหญ่มีอาการทางจิตบ้าง ร้อยละ 96.9 หลังได้รับการจัดการรายกรณี ไม่มีอาการทางจิตร้อยละ 71.9 และมีอาการทางจิตบ้าง ร้อยละ 25.0

ด้านการรับประทานยา ก่อนได้รับการจัดการรายกรณี รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 81.3 หลังได้รับการจัดการรายกรณี ทานยาสม่ำเสมอขึ้น ร้อยละ 75.0 และทานยาไม่สม่ำเสมอ ลืมทานยาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 25.0

ด้านผู้ดูแลก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ญาติไม่มีศักยภาพร้อยละ 87.5 หลังได้รับการจัดการรายกรณีมีผู้ดูแล/มีศักยภาพ ร้อยละ 75.0

การทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ทำกิจวัตรประจำวันได้เองแต่ต้องมีคนกระตุ้น ร้อยละ 100.0 เมื่อได้รับการจัดการรายกรณี สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันได้เอง ร้อยละ 56.3 และต้องมีคนช่วยกระตุ้น ร้อยละ 43.8

ด้านการประกอบอาชีพ ก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 90.6 หลังได้รับได้รับการจัดการรายกรณี สามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 37.5 และต้องมีคนช่วยกระตุ้นร้อยละ 18.8

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	21	65.6
	หญิง	11	34.4
สถานะภาพ			
	โสด	21	65.6
	สมรส	6	18.8
	หม้าย	5	15.6
อาชีพ			
	รับจ้าง	7	21.9
	เกษตรกร	2	6.3
	ธุรกิจส่วนตัว	8	25.0
	ว่างงาน	15	46.9
ประเภทผู้ป่วย SIM-V			
	V1 มีประวัติการฆ่าตัวตาย	3	9.4
	V2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นหรือสร้างความรุนแรงในชุมชน	3	9.4
	V3 มีอาการหลงผิด เสี่ยงก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น	1	3.1
	V4 มีประวัติก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง	0	0.0
	มากกว่า 1 ประเภท	25	78.1

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่มองผู้ป่วยในด้านลบ ร้อยละ 65.6 หลังได้รับได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ชมเชย ให้กำลังใจ มองบวก ร้อยละ 53.1

ด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ร้อยละ 90.6 และ 96.9 ตามลำดับ

ด้านการสื่อสาร ก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่สนทนากับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว ร้อยละ 65.6 หลังได้รับได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่สนทนากับผู้อื่นได้ดี ร้อยละ 62.5

ด้านความสามารถในการเรียนรู้ ก่อน

ได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ต้องปรับปรุง จำไม่ได้ สอนเท่าไรก็ทำไม่ได้ ร้อยละ 68.8 หลังได้รับได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ สอนซ้ำ ๆ ทำได้ ร้อยละ 62.5 และบอกครั้ง สองครั้งสามารถทำได้ร้อยละ 37.5 (ตารางที่ 2)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมก่อนและหลังการจัดการรายกรณี พบว่าหลังได้รับการจัดการรายกรณี (เฉลี่ย = 77.9, SD = 1.9) สูงวก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม (เฉลี่ย = 63.8, SD = 3.1) อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2 ผลการติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน

การติดตาม	ก่อนการทดลอง (n = 32)		หลังการทดลอง (n = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาการทางจิต				
ไม่มีอาการทางจิต	0	0.0	23	71.9
มีบ้าง 10 ครั้ง/เดือน	31	96.9	8	25.0
ปรับปรุง มีบ่อย มากกว่า 10 ครั้ง/เดือน	1	3.1	1	3.1
การรับประทานยา				
สม่ำเสมอ	0	0.0	24	75.0
ไม่สม่ำเสมอ	26	81.3	8	25.0
ไม่รับประทานยา	6	18.8	0	0.0
ผู้ดูแล				
มีผู้ดูแล/มีศักยภาพ	0	0.0	23	71.9
ผู้ดูแลเป็นคนนอก/ดูแลได้บ้าง	4	12.5	9	28.1
ปรับปรุงไม่มีผู้ดูแล/ไม่มีศักยภาพ	28	87.5	0	0.0
การทำกิจวัตรประจำวัน				
ทำได้เอง	0	0.0	18	56.3
ต้องมีคนช่วย/กระตุ้น	32	100.0	14	43.8
การประกอบอาชีพ				
ทำได้	0	0.0	12	37.5
ทำได้แต่ต้องกระตุ้น	3	9.4	6	18.8
ทำไม่ได้เลย	29	90.6	14	43.8
สัมพันธภาพในครอบครัว				
ให้กำลังใจ มองบวก	0	0.0	17	53.1
มีการชมเชยบ้าง	11	34.4	15	46.9
มีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ	21	65.6	0	0.0
สิ่งแวดล้อม				
มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง	29	90.6	31	96.9
มีที่อยู่แยกออกจากครอบครัว	3	9.4	1	3.1
ไม่มีที่อยู่อาศัย เรื้อรอน	0	0.0	0	0.0
การสื่อสาร				
แลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้	7	21.9	20	62.5
สนทนากับผู้อื่นได้ครั้งคราว	22	68.8	12	37.5
ไม่พูดกับใครเลย	3	9.4	0	0.0
ความสามารถในการเรียนรู้				
บอกครั้ง สองครั้งสามารถทำได้	0	0.0	20	62.5
สอนซ้ำๆ ทำได้	10	31.3	12	37.5
จำไม่ได้	22	68.8	0	0.0

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถโดยรวมก่อนและหลังการจัดการรายกรณี (n = 32)

ความสามารถโดยรวม	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนการจัดการรายกรณี	63.8	3.1	-22.9	31	< 0.05*
หลังการจัดการรายกรณี	77.9	1.9			

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

ทางสถิติ ($t = -22.9, p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 3)

อภิปราย

ผลการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและผลการติดตาม ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงหลังได้รับการจัดการรายกรณี 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความเสี่ยงความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีคะแนนความสามารถโดยรวมหลังการจัดการรายกรณี (เฉลี่ย = 77.9, SD = 1.9) สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม (เฉลี่ย = 63.8, SD = 3.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -22.9, p\text{-value} < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่อง มีการวางแผน ออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อน ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการประสานการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรความร่วมมือจากสหวิชาชีพร่วมวางแผน การดูแลติดตาม ประเมินผล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้¹⁻²

ผลการติดตาม 9 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านอาการทางจิตการรับประทานยา ผู้ดูแล การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพ สิ่งแวดล้อม การสื่อสารและ

ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ด้านอาการทางจิตการรับประทานยาและการสื่อสาร ผู้ป่วยจิตเภทที่มีเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีอาการทางจิต ให้เห็นเด่นชัดพูดคนเดียวอะอะโวยวาย หูแว่ว ประสาทหลอน อาละวาด ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น คนในครอบครัว และทำร้ายทรัพย์สินส่วนใหญ่กำเริบจากการขาดยาไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทาน ทานยาไม่ต่อเนื่อง หดหู่เศร้า เพราะกลัวดื้อยาและมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น เช่น เวียนศีรษะ ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง ตัวสั่น ง่วงนอน กลัวไม่มีตัวอย่างยาให้หมด ดูกลัวกินยาแล้วเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น³ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้พยาบาลต้องจัดกระทำวางแผนการดูแลให้ครอบคลุม เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทาน โดยมีเภสัชกรเข้าร่วมในการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาเรื่องยา ให้คำแนะนำ ความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียงจากยา การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ส่วนใหญ่รับประทานยาสม่ำเสมอขึ้น มีลิ้มรับประทานยาบางมื้อ อาการทางจิตสงบลง พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เหมรัตน์⁴ และอรรณพ ฆ้องก่อ พบว่าการประสานส่งต่อข้อมูลกับสหวิชาชีพ เภสัชกร ในการสร้าง

ความร่วมมือในการรับประทานยาให้ผู้ป่วยจิตเภท ต้องให้ความสำคัญกับการให้ความรู้สร้างความเข้าใจต่อโรคจิตเภท การดูแลรักษา การได้รับการประเมินอาการทางจิต พบว่าช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาและมีการป่วยซ้ำลดลง

ด้านผู้ดูแลก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ผู้ดูแล ปล่อยปละละเลย ให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาต้องทำงานหารายได้มาจุนเจือครอบครัว มีภาระหนี้สิน ไม่พาผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง คิดว่าดีขึ้นแล้ว ไม่เห็นเป็นอะไร เป็นต้น และช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต ให้เห็นเด่นชัดพูดคนเดียว เอะอะโวยวาย หูแว่ว ประสาทหลอน อาละวาด ทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนในครอบครัว ทำร้ายทรัพย์สิน ทำให้ครอบครัวเกิดความหวาดกลัว ผลักไส มองลบ กดดัน ตำหนิ ดุด่า มองลบ มีแนวโน้มทอดทิ้ง หลังได้รับการจัดการรายกรณี ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ส่วนใหญ่มีดูแลหลัก เป็นบุคคลในครอบครัว เป็นบิดา มารดา บุตรสาว ภรรยา และพี่น้อง มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) สามารถสังเกตอาการเตือนอาการกำเริบ รู้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ดีขึ้น อะไรที่ทำให้แย่ลง เห็นความสำคัญของการมารับการรักษาต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้กลับไปประกอบอาชีพตามศักยภาพ

ด้านที่อยู่อาศัย มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เริ่มมีการชมเชยให้กำลังใจ ตักเตือนกันบ้าง การจัดการรายกรณี มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติผู้ดูแล

ดูแลให้คำแนะนำ ให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ครอบครัว DEMETHOD ทักษะพื้นฐานในการดำเนินชีวิต การสื่อสารในครอบครัว การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยส่งเสริมให้ทำงานตามศักยภาพ และจากการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่ายชุมชน เกษตรกร องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ยา การตรวจตามนัด สามารถสังเกตสัญญาณเตือนกำเริบ บังคับเสี่ยงที่ให้อาการกำเริบได้ เช่น ซากาแฟ สุรา สารเสพติด สามารถเข้าถึงบริการสถานพยาบาลใกล้บ้าน เช่น เข้าไปรับบริการจิตยา ปรึกษาปัญหาสุขภาพทางกาย ไปรับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง รับรู้ข่าวสารขององค์การบริหารในท้องถิ่น เช่น การทำบัตรผู้พิการ การกู้ยืมเงินสวัสดิการในชุมชน การเอาใจใส่ ความเข้าใจจากคนในครอบครัว ชุมชน ยังส่งผลดีต่อสุขวิทยาส่วนบุคคล จากเดิมไม่สนใจดูแลตนเองมอมแมม ไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน ไม่ยอมสระผม ผมยุ่ง ต้องกระตุ้นให้ผู้ดูแลความสะอาดร่างกายหลังได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง และบางส่วนยังต้องกระตุ้นให้ทำร่างกายโดยทั่วสะอาดขึ้น

ด้านการเรียนรู้และด้านการประกอบอาชีพ สามารถกลับมาช่วยครอบครัวแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย ทำงานมีรายได้ ออกไปสมัครงานตามโรงงาน เป็นพนักงานในสายการผลิต ดูแลทำความสะอาด ดูแลจัดเรียงสินค้า ขายของในร้านค้าชุมชน ขายพวงมาลัย เป็นต้น บางส่วนทำได้แต่ต้องมีการกระตุ้น คอยดูแล เช่น ออกไปรับจ้างทั่วไป แต่ไปกลับคนในครอบครัวหรือญาติ ช่วยจัดร้านขายของชำที่บ้าน ช่วยทำไร่ทำสวน เป็นต้น ส่วนที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ สามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พามาหาหมอ ดูแลมารดาที่เป็นผู้ป่วย

คิดเพียงได้บ้างก็ดูแลถึงบุตรได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรสา วัฒนศิริ⁷ และกิตติศักดิ์ สุรพงษ์วัฒนะ⁸ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยมีสหสาขาวิชาชีพร่วมวางแผน การดูแลติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมชุมชนให้ยอมรับ เข้าใจผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจ สามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น รับประทานยาตามแผนการรักษา อาการทางจิตสงบ ลดการกำเริบที่ต้องส่งต่อ กลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ออกมาประกอบอาชีพได้⁷⁻⁸ อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ได้รับการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลจากเพื่อนบ้าน คนในชุมชน เข้าถึงบริการของสถานพยาบาลใกล้บ้าน สวัสดิการของรัฐและชุมชนเป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านมิติสุขภาพ สังคม ประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน องค์การบริหารในท้องถิ่น หน่วยบริการปฐมภูมิในท้องที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เป็นการจัดการที่เหมาะสมกับสภาพและศักยภาพชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุน ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁰

นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังติดตามด้านการใช้สารเสพติด เพราะเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่สำคัญที่ทำให้อาการกำเริบ เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จากการวิจัยนี้มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) บางส่วนยังมีการใช้สารและสารเสพติดเป็นครั้งคราว ทั้งนี้เนื่องมาจากยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) กับถูกข่มขู่ทำร้ายร่างกาย การอยู่ในสิ่งแวดล้อมในพื้นที่มี

การระบาดของยาเสพติด จำเป็นต้องมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งและเห็นความสำคัญในการปราบปรามยาเสพติด⁷ ด้านการกำเริบซ้ำในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) กำเริบซ้ำเพียงร้อยละ 9.37 และสามารถใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวชุมชนได้อย่างสงบสุข ร้อยละ 90.63

สรุป

การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการที่พยาบาล ที่ดำเนินการการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เริ่มตั้งแต่การประเมิน กำหนดปัญหา วินิจฉัยการพยาบาลวางแผนการพยาบาล ประเมินผลปรับปรุงแก้ไขการสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สหสาขาวิชาชีพ เข้ามาร่วมดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่อง เกิดความร่วมมือ มีแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้แก่ ผลลัพธ์ด้านคลินิก คือ การลดการกลับเป็นซ้ำ ผลลัพธ์ด้านบุคคล คือ ผู้ป่วยมีความสามารถโดยรวมดีขึ้น ผลลัพธ์ด้านระบบ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลมีความต่อเนื่องในชุมชนและมีแผนการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ยังมีความรู้ความเข้าใจและมีศักยภาพให้สามารถดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อ

การก่อความรุนแรง (SMI-V) เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ

2. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน อีกทั้งเป็นการสร้างเครือข่ายในการดูแลและพัฒนาให้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนในด้านอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งต้องมีการออกแบบการช่วยเหลือที่มีความเฉพาะเจาะจง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพุทธบาท อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระพุทธรบาทกลุ่มงานจิตเวช นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลพระพุทธรบาทเกษกรและนักสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลสระบุรี และพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมให้คำปรึกษาและแนะนำข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Department of mental health. Psychiatric care manual that has a Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V for institutions / hospitals Under the Department of Mental Health. Bangkok: prosperous-plus; 2018

2. ปิรยาวัชร ปราบกุลผล. พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560; 28(1): 112-21.
3. วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลัยกัญ, จินตนา ชูนิพันธุ์, วิภาวี เผ่ากันทราร, วีรพล อุณหศิริ. ผลของการจัดการรายกรณีโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561; 5(2): 5-18.
4. กาญจนา เหมะรัตน์, เฟลีน เสี่ยงโชคอยู่, อุนจิตร คุณารักษ์, นิรมล ปะนะสุณา. ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555; 26(2): 63-73.
5. อรวรรณ น้อยดื้อ. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและการดูแลของผู้ดูแล [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
6. สุจิราเนาวรัตน์. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเภทสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 2562; 13(1): 1-10.
7. อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล 2556; 40(1): 68-83.
8. กิตติศักดิ์ สุรพงษ์พิพัฒน์. ผลการจัดการรายกรณี: แบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2559; 31(2): 111-9.
9. กนกวรรณ บุญเสริม. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2559; 30(1): 123-38.
10. ศรีนรินทร์ จันทพิมพ์, ขนิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(2): 68-76.