

ผลของการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในชุมชนที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อน
อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด
EFFECTS OF COMMUNITY CASE MANAGEMENT ON PSYCHOTIC SYMPTOMS OF COMPLEX
SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN CHATURAPHARK PHIMAN DISTRICT
ROI-ET PROVINCE

ทองพูน ชานูญมี*

Tongpoon Chaboonmee

Corresponding author: Email: tongpoonchaboonmee@gmail.com

(Received: August 24, 2024; Revised: September 2, 2024; Accepted: October 2, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่ซับซ้อนที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในชุมชน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหัวช้างในระหว่างเดือนกันยายน 2562 ถึง ตุลาคม 2562 จำนวน 10 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) การจัดการรายกรณีในชุมชน 2) แบบประเมินอาการทางจิต 3) แบบประเมินความสามารถโดยรวมวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและ สถิติอนุมานได้แก่ Paired t – test

ผลการวิจัย : 1) ค่าเฉลี่ยของอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณี (37.2 ± 3.67) ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี $57.2 (\pm 7.56)$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) ค่าเฉลี่ยของความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณี $64.5 (\pm 9.82)$ สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี $49.2 (\pm 7.03)$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าการจัดการรายกรณีในชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนมีอาการทางจิตและความสามารถโดยรวมดีขึ้น ดังนั้นควรนำการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนในชุมชน

คำสำคัญ : การจัดการรายกรณี; อาการทางจิต; ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

Abstract

Purposes : To compare the psychotic symptoms of schizophrenic patients before and after receiving a case management care in the community and to compare the overall abilities of schizophrenic patients before and after receiving case management care in the community.

Study design : This research were a quasi-experimental research.

Materials and Methods : The participant group were schizophrenic patients living in Hua Chang sub-district. The participant received a case management in community. The research instruments were 1) the case management in community 2) the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and 3) the Global Assessment of Functioning Scale (GAF). Data were analyzed by descriptive statistics and Paired t - test.

Main findings : 1) The mean score of psychotic symptoms after receiving case management (37.2 ± 3.67) was lower than before receiving case management (57.2 ± 7.56) significantly ($p < .001$) and 2) The mean score of total ability care of schizophrenia after receiving case management ($64.5 (\pm 9.82)$) was higher than before receiving case management (49.2 ± 7.03) significantly ($p < .001$).

Conclusion and recommendations : The case management in community can improve psychotic symptoms and overall abilities among complex schizophrenic patients. Therefore, case management should provide for caring of complex schizophrenic patients in the community.

Keywords : Case management; Psychotic symptoms; Overall abilities among schizophrenia patients

บทนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ เป็นโรคเรื้อรังที่มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย โดยปัจจัยที่สำคัญคือขาดการรับการรักษาต่อเนื่อง โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง จึงก่อให้เกิดภาวะโรค จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิต และอันดับที่ 3 ของโรคจิตและโรคทางระบบประสาท ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกาย พบว่าเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (Quadriplegia) ความสูญเสียมีค่าประมาณ 0.7-1 เท่าของการสูญเสียความสามารถอันมีค่า 1 ปี มีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าถึงสังคมและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น¹⁻² โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุดและพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจิตเวชโดยมีปัจจัยที่ทำให้อัตราของความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย เป็นความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือกับประชาชนทั่วไป โดยพบว่าผู้ก่อเหตุส่วนหนึ่งมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนส่วนใหญ่มักจะขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้สารเสพติดจึงทำให้อาการกำเริบและก่อความรุนแรงดังที่เป็นข่าวตามสื่อต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความซับซ้อน และเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)³

จากรายงานผลการดำเนินงานสุขภาพจิตโรงพยาบาล จตุรพักตรพิมาน มีผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2560 – 2562 จำนวน 401, 457 และ 454 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบต้องส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในปี พ.ศ. 2560 -2562 จำนวน 96, 109 และ 110 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 23.94, 23.85 และ 24.23 ตามลำดับ⁴ จากสถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าอัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแล้วพบว่า เกิดจากผู้ป่วยขาดยา กินยาไม่สม่ำเสมอ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยบางคนอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุซึ่งมีสายตาพร่ามัว สุขภาพไม่แข็งแรงหวาดกลัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ผู้ป่วยบางคนเคยมีประวัติอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ญาติพาไปรักษาอาการไม่ดีขึ้นจึงลี้ภัยผู้ป่วยไว้ บางคนอาศัยอยู่คนเดียวไม่มีคนดูแล เมื่อพบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมา โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่แบบผู้ป่วยนอก ถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบจะส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กิจกรรมการพยาบาลในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง เป็นการสอนและให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ผลการดำเนินงานดังกล่าว ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยและครอบครัว มีความพึงพอใจในบริการระดับหนึ่ง แต่แนวทางการดำเนินงานยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และพบว่า ยังมีผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรง ขาดยา อาการกำเริบซ้ำ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และรบกวนความสงบสุขของผู้อื่น ไม่สามารถทำหน้าที่ด้านต่างๆ ทางสังคมได้ ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชซับซ้อนในชุมชน ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างครอบคลุมตอบสนองกับปัญหา มีอาการทางจิตดีขึ้น อยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี เป็นการดูแล

ด้านจิตสังคมอีกรูปแบบหนึ่งที่เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมถึงการประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติการ ประสานงานระบบ ให้บริการ และการประเมินผล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพการให้บริการต่อผู้ป่วย และครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น การจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจัดการรายกรณีไม่มีอาการป่วยซ้ำหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล⁵ การดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี สามารถลดอาการกำเริบ และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชได้⁵⁻⁷ การจัดการรายกรณีทำให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง มีระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น ลดอาการกำเริบและมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁸ ที่ผ่านมาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยยังไม่เคยนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชซับซ้อนในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีการประเมิน วางแผนการดูแล และให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น ลดการกำเริบ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลแบบ การจัดการรายกรณีในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2562 - มิถุนายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหัวช้าง อำเภอดุสิต กรุงเทพมหานคร จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในพื้นที่

ตำบลหัวช้าง อำเภอดุสิต กรุงเทพมหานคร จังหวัดร้อยเอ็ดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท 2) มีอาการทางจิตในระดับรุนแรงขึ้นไปจากแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) ได้ 37 คะแนนขึ้นไป 3) มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี 4) มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคจิตเภท 5 ปีขึ้นไป 5) สื่อสารภาษาไทยได้ และ 6) ยินดีเข้าร่วมโครงการและมีคุณสมบัติเพิ่มเติมอย่างน้อย 1 ข้อ 1) มีอาการกำเริบซ้ำใน 6 เดือน ในรอบปีที่ผ่านมา 2) อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุโดยลำพัง 3) เคยมีประวัติถูกล่ามโซ่ และ 4) ไม่มีคนดูแล

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ การจัดการรายกรณีในชุมชนประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 การค้นหาและคัดเลือกผู้ป่วย ขั้นที่ 2 การประเมิน และการวินิจฉัยปัญหา ขั้นที่ 3 การวางแผนการดูแล ขั้นที่ 4 การดำเนินการตามแผน ขั้นที่ 5 การติดตามประเมินผลกิจกรรมการดูแลในชุมชน ในแต่ละสัปดาห์มีดังนี้ แรกกับผู้ป่วยที่บ้าน/ชุมชน การสร้างสัมพันธภาพ/ประเมินภาวะสุขภาพ สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สัปดาห์ที่ 2 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช สัปดาห์ที่ 4 การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชบ้าน สัปดาห์ที่ 4 การให้คำปรึกษา/คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว สัปดาห์ที่ 6 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว และ สัปดาห์ที่ 8 การฟื้นฟูทักษะการดำเนินชีวิตผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน การติดตามต่อเนื่องในชุมชนโดยเครือข่ายในเดือนที่ 3, 4, 5 และ 6 อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง แบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดขึ้น จะมีการทบทวน ปรับปรุงทุก 2-4 สัปดาห์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาการประกอบอาชีพ และระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต

2.2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) ของกรมสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางด้านบวก และอาการทางด้านลบ มีค่าความเชื่อมั่น (Content validity) อยู่ระหว่าง 0.71 แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตราวัด 7 ระดับ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 18-126 มี การแปลผลคะแนนรวม

ค่าคะแนนน้อยกว่า 19 คะแนน หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ค่าคะแนน 19-36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิต

ค่าคะแนน 37-126 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

2.3 แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale : GAF) ของกรมสุขภาพจิต ในการประเมินให้พิจารณาถึงความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคม และอาชีพ การพิจารณาไม่ให้ความหมายบ่งชี้ด้านการทำหน้าที่อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกาย (หรือสภาพแวดล้อม) ประกอบด้วย 7 ช่วงคะแนนและสามารถให้คะแนนที่มีค่าระหว่างช่วงคะแนนที่ให้ไว้ได้ เช่น 45, 68, 72 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 มีระดับคะแนน 0-100 ใช้ในการประเมินก่อนและหลังการทดลอง

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล (ขั้นตอน) ก่อนการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบประเมินอาการทางจิตแบบประเมินความสามารถโดยรวมและใช้แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินความสามารถโดยรวม ในการติดตามประเมินผลผู้ป่วยหลังการวิจัย 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้สถิติพรรณนา

ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้ Paired t – test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและญาติทุกคน ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิในการยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย การถอนตัวจากการวิจัย สามารถทำได้ตลอดเวลาของการวิจัย โดยไม่ต้องให้เหตุผลใด ๆ ต่อนักวิจัย ซึ่งจะไม่ส่งผลต่อการบำบัดรักษาของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และมีการนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมด อายุ 40 -50 ปี มากถึงร้อยละ 50 ทุกคนมีสถานภาพโสด มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ไม่ได้ประกอบอาชีพและมีการเจ็บป่วยทางจิต 11 – 15 ปี ร้อยละ 50 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป (n=10)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(%)
เพศ	ชาย	10(100)
อายุ	20 – 30 ปี	1(10)
	31 – 40 ปี	4(40)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(%)
	40 – 50 ปี	5(50)
	Mean= 38.6, SD.=6.81, Min=23, Max= 45	
สถานภาพสมรส	โสด	10(100)
การศึกษา	ประถมศึกษา	7(70)
	มัธยมศึกษาตอนต้น	2(20)
	อนุปริญญา	1(10)
การประกอบอาชีพ	ไม่ประกอบอาชีพ	8(80)
	รับจ้าง	2(20)
ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต	5 – 10 ปี	4(40)
	11 – 15 ปี	5(50)
	16 – 20 ปี	1(10)
	Mean=12.6, SD.= 5.42, Min=5, Max=20	

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตก่อนการทดลอง 57.2 ± 7.56 คะแนน หลังการทดลอง 37.2 ± 3.67 คะแนน เมื่อทดสอบ ความแตกต่างทางสถิติพบว่าหลังการทดลองอาการทางจิตมีคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอาการทางจิต ก่อนและหลังการวิจัยภายในกลุ่มทดลอง

อาการทางจิต	n	Mean(SD.)	Mean diff. (SE)	95%CI	p
ก่อนทดลอง	10	57.2(7.56)	20(2.04)	16.37, 25.62	<.001
หลังทดลอง	10	37.2(3.67)			

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถโดยรวมก่อนการทดลอง 49.2 ± 7.03 คะแนน หลังการทดลอง 64.5 ± 9.82 คะแนน เมื่อทดสอบ ความแตกต่างทางสถิติพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความสามารถโดยรวม ก่อนและหลังการวิจัยภายในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff. (SE)	95%CI	p
ความสามารถโดยรวม					
ก่อนทดลอง	10	49.2(7.03)	15.3(1.92)	10.94, 19.65	<.001
หลังการทดลอง	10	64.5(9.82)			

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีอาการทางจิตลดลง 4 คน ร้อยละ 40 ดังแสดงในตารางที่ 4
เป็นอาการทุเลาจำนวน 6 คน ร้อยละ 60 มีอาการรุนแรง

ตารางที่ 4 ผลการประเมินอาการทางจิตรายบุคคล (n=10)

ที่	ชื่อ	แรกรับไว้ดูแล		สิ้นสุดการดูแล 6 เดือน	
		คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	นาย ก	67	อาการรุนแรง	35	อาการทุเลา
2	นาย ข	56	อาการรุนแรง	34	อาการทุเลา
3	นาย ค	65	อาการรุนแรง	38	อาการรุนแรง
4	นาย ง	58	อาการรุนแรง	32	อาการทุเลา
5	นาย จ	52	อาการรุนแรง	34	อาการทุเลา
6	นาย ฉ	58	อาการรุนแรง	38	อาการรุนแรง
7	นาย ช	50	อาการรุนแรง	36	อาการทุเลา
8	นาย ญ	42	อาการรุนแรง	32	อาการทุเลา
9	นาย ฎ	62	อาการรุนแรง	39	อาการรุนแรง
10	นาย ฐ	62	อาการรุนแรง	44	อาการรุนแรง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีความสามารถ 20 เพิ่มขึ้น 3 ระดับ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10
โดยรวมรายบุคคลเพิ่มขึ้น 1 ระดับจำนวน 7 คนคิดเป็น 100 เพิ่มขึ้น 2 ระดับจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20
ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการประเมินความสามารถโดยรวมรายบุคคล (n=10)

ที่	ชื่อ	แรกรับไว้ดูแล		สิ้นสุดการดูแล 6 เดือน	
		คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	นาย ก	56	ลำบากในการเข้าสังคม	68	มีปัญหาบ้างในการเข้าสังคม ประกอบอาชีพ
2	นาย ข	52	ลำบากในการเข้าสังคม	75	สูญเสียความสามารถทาง สังคม เพียงเล็กน้อย
3	นาย ค	45	มีความบกพร่องที่รุนแรงทางสังคม	58	ลำบากในการเข้าสังคม

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ที่	ชื่อ	แรกปรับไว้ดูแล		สิ้นสุดการดูแล 6 เดือน	
		คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
4	นาย ง	54	ลำบากในการเข้าสังคม	65	มีปัญหาบ้างในการเข้าสังคม ประกอบอาชีพ
5	นาย จ	43	มีความบกพร่องที่รุนแรงทาง สังคม	62	มีปัญหาบ้างในการเข้าสังคม ประกอบอาชีพ
6	นาย ฉ	35	สูญเสียความสามารถด้านต่างๆ หลายด้าน	48	มีความบกพร่องที่รุนแรงทางสังคม
7	นาย ช	54	ลำบากในการเข้าสังคม	63	มีปัญหาบ้างในการเข้าสังคม ประกอบอาชีพ
8	นาย ญ	58	ลำบากในการเข้าสังคม	84	เข้าสังคมได้ดี พอใจกับชีวิตทั่วไป
9	นาย ฎ	53	ลำบากในการเข้าสังคม	64	มีปัญหาบ้างในการเข้าสังคม ประกอบอาชีพ
10	นาย ฐ	44	มีความบกพร่องที่รุนแรงทาง สังคม	58	ลำบากในการเข้าสังคม

วิจารณ์

ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตก่อนการทดลองเท่ากับ $57.2(\pm 7.56)$ และหลังการทดลองเท่ากับ $37.2(\pm 3.67)$ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า หลังการทดลองอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบความสามารถโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองเท่ากับ $49.2(\pm 7.03)$ และหลังการทดลองเท่ากับ $64.5(\pm 9.82)$ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า หลังการทดลองความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้เนื่องมาจากการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และปฏิบัติตัวได้เหมาะสม ทำให้อาการทางจิตทุเลาและมีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น การวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ

วันเพ็ญ ทัดศรี⁹ พบว่าหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยทุกคนมีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นและมีคะแนนอาการทางจิตลดลง ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และกิตติศักดิ์ สุรพงษ์วิวัฒน์⁷ ที่พบว่า การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองอยู่ในชุมชนได้มากกว่า 6 เดือนทุกคนส่วนกลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายตั้งแต่ระยะเวลา 1-5 เดือนเป็นจำนวน 11 คน และสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้มากกว่า 6 เดือนเพียง 4 คนผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 170.201, p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เหมะรัต และคณะ¹⁰ พบว่าการจัดการรายกรณีทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาและป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

และการศึกษาของจลี้ เจริญสรรพ และนพรัตน์ ไชยขำ⁶ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีทำหน้าที่ทางสังคมและมีคุณภาพชีวิตสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนในชุมชน
2. ควรศึกษาอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในชุมชนในระยะเวลาต่อเนื่อง
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในชุมชนและการดูแลแบบอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา คุณสุณี อวารณ์ และคุณวรสุตา ทองรักษ์ ที่เป็นพี่ปรึกษา และให้คำแนะนำในการทำวิจัยจนสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผู้ป่วยและญาติที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโสกร, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชูริภรณ์ เสี่ยงล้ำ, วีร์ เมฆวิไลย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: พิมพ์ที่บริษัท วิศทอเรียอิมเมจ จำกัด; 2560.
2. มันทนา กิตติพิรชล, ปัทมา ศิริเวช, บุรินทร์สุรอรุณสัมฤทธิ์, วีร์ เมฆวิไลย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: พิมพ์ที่บริษัทวิศทอเรียอิมเมจ จำกัด; 2560.

3. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, ชิดชนก โอภาสวัฒนา, ชลลดา จารุศิริชัยกุล. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบันโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: บริษัทพรอสเพอริสพลัส จำกัด; 2561.
4. โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน. รายงานผลการดำเนินงานสุขภาพจิต. ประจำปี 2560-2562.
5. วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, จินตนา ยูนิพันธุ์, วิกาวี เผ่ากันทรกร, วีรพล อุณหศิริ. ผลของการจัดการรายกรณีโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2561;5(2):5-18.
6. จลี้ เจริญสรรพ, นพรัตน์ ไชยขำ. การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2560;31(2):64-77.
7. กิตติศักดิ์ สุรพงษ์พัฒนะ. ผลการจัดการรายกรณี : แบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์. 2559;31(2):111-9.
8. นุชนัน เยี่ยมสอาด, ปิพิญา ทวีเศษ, พรเลิศ ชุ่มชัย. ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. 2563;14(1):10-22.
9. วันเพ็ญ ทัดศรี. การใช้การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนหรือผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2553;25(2):173-84.
10. กาญจนา เหมะรัต, เพลิน เสี่ยงโชคอยู่, อุ่นจิตร คุณารักษ์, นิรมล ปะนะสุนา. ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2555;26(2):63-73.