

การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง The Development of Care System for Psychiatric Drug Patients Serious Mental Illness with High Risk to Violence (SMI-V)

Corresponding author E-mail: akkawasaiseksan@gmail.com*
(Received: January 14, 2025; Revised: August 20, 2025;
Accepted: August 28, 2025)

เสกสรร อรรควาไสย์ (Seksan Akkawasai)¹
วารวรรณ ยศธรรมเสนี (Warawan Yostumsenee)^{2*}
พรรณพิมล สุขวงษ์ (Panpimol Sukwong)²
รุจิรา จันทะพัน (Rujira Juntapun)³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 2) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การวิจัยมี 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน และปัจจัยโครงสร้างของชุมชน และการพัฒนาระบบฯ ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 30 คน ผู้ดูแล จำนวน 30 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 90 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลใช้วิเคราะห์เชิงเนื้อหา และ 2) ขั้นการศึกษาประสิทธิผลของระบบฯ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการทางจิต และ 2) แบบประเมินความสามารถโดยรวม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทำให้เกิดระบบการจัดการกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ข้อปฏิบัติสำหรับการแจ้งเหตุและการช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต และแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่สามารถนำไปใช้ในพื้นที่

1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
Faculty of Nursing Phetchabun Rajabhat University
2 วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
Northern College
3 โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย
Wangshaphung Hospital, Loei province

2) ภายหลังทดลองใช้ระบบฯ พบว่าค่าเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่างลดลงจาก 61.6 คะแนน เป็น 59.6 คะแนน และค่าคะแนนเฉลี่ยประเมินความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคมและอาชีพเพิ่มขึ้นจาก 43.96 เป็น 48.46

ระบบที่พัฒนาขึ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอาการทางจิตลดลงและคะแนนความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรนำระบบที่พัฒนานี้ไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่นเพื่อเปรียบเทียบความคุ้มค่าและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

คำสำคัญ: พัฒนาระบบบริการ, จิตเวชยาเสพติด, ความรุนแรง, การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

ABSTRACT

This action research aimed to 1) develop a care system for high-risk drug-dependent psychiatric patients prone to violence, and 2) study the effectiveness of the care system for high-risk drug-dependent psychiatric patients prone to violence. The research was conducted in three stages: 1) Studying the situation and problems of high-risk drug-dependent psychiatric patients prone to violence at the individual, family, and community levels, as well as community structural factors. The participants were selected using purposive sampling: 30 high-risk drug-dependent psychiatric patients, 30 caregivers, and 30 mental health and psychiatric staff, totaling 90 participants. The research instrument was an in-depth interview guide. Data was analyzed using content analysis. 2) Developing the care system for high-risk drug-dependent psychiatric patients prone to violence. The target group was the 30 mental health and psychiatric staff. 3) Studying the effectiveness of the system. The sample group was the 30 high-risk drug-dependent psychiatric patients. The research instruments included 1) a psychiatric symptom assessment scale and 2) an overall competency assessment scale. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The research findings revealed that: 1) The development of a system for caring for high-risk drug-addicted psychiatric patients prone to violence resulted in a patient group management system, guidelines for reporting incidents and providing first aid to patients in mental health crises, and practical guidelines for caring for drug-addicted psychiatric patients that can be implemented in other areas. 2) Following the pilot test of the system, the average psychiatric symptom score of the sample group decreased from 61.6 points to 59.6 points, and the average score assessing overall mental, social, and occupational capabilities increased from 43.96 to 48.46.

The developed system resulted in a decrease in the average psychiatric symptom score and an increase in overall capability scores. Therefore, this developed system should be piloted in other areas to compare cost-effectiveness and health outcomes for drug-addicted psychiatric patients.

Keywords: Service system development, Drug-addicted psychiatry, Violence, Nursing for drug-addicted psychiatric patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence (SMI-V) คือผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง หรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน (Department of Mental Health, 2018) ทั้งนี้หากมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งมีเกณฑ์ดังนี้ มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต มีประวัติทำร้ายคนอื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายคนอื่นแบบเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย และเคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) (Opaswattana, 2020)

ความชุกของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพจิตคนไทยในปี พ.ศ.2556 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 3.10 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Department of Mental Health, 2013) สำหรับอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในปี พ.ศ.2565 พบว่าอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยสารเสพติดร้อยละ 53.66 ผู้ป่วยยาเสพติดร้อยละ 37.66 ผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 33.76 ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ร้อยละ 45.62 และในส่วนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด มีจำนวนเข้าถึงบริการเท่ากับ 441,559 คน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ยังมีอัตราการเข้าถึงบริการยังอยู่ในอัตราที่ต่ำ จากข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence (SMI-V)) ของสถาบันโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V (ตามคำนิยามและเกณฑ์ผู้ป่วย SMI-V ปี 2558 และปี 2561) พบว่ามีจำนวนสะสม 13,194 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 8,245 คน คิดเป็นร้อยละ 62.49 เป็นเพศหญิง จำนวน 4,949 คน คิดเป็น ร้อยละ 37.51 พบมากที่สุดในช่วงอายุ 26-45 ปี จำนวน 6,977 คน (ร้อยละ 52.89) รองลงมาคือช่วงอายุ 46-59 ปี จำนวน 3,079 คน (ร้อยละ 23.34) และจากสภาพปัญหาให้บริการกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำแนกตามกลุ่มโรค พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและหลงผิด (F20-F29) มากที่สุด ร้อยละ 43.22 รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) ร้อยละ 30.36 และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) ร้อยละ 17.34 (Department of Mental Health, 2019)

สำหรับพื้นที่จังหวัดเลย ในปี พ.ศ.2566 พบกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำแนกตามกลุ่มโรค ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) ร้อยละ 3.7 สอดคล้องกับพื้นที่อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ได้วิเคราะห์สภาพปัญหาผู้ป่วยและสาเหตุพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจำแนกตามกลุ่มโรค เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) มากที่สุด ร้อยละ 4.24 (Reference information: Loei Provincial Public Health Office, 2023) วิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุ พบว่าการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ขาดการเข้าถึงบริการ หรือเข้าถึงบริการได้ช้าส่งผลให้เกิดอาการกำเริบรุนแรง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจำนวน 167 คน ได้รับการติดตามอย่างน้อยจำนวน 1 ครั้งต่อปี เท่ากับจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 13.17 ซึ่งอัตราการครอบคลุมต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ 50 ส่งผลต่อการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังและมีการกำเริบซ้ำบ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง รุนแรง หากมีการกำเริบซ้ำทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากขึ้น ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภท (F20.x) ได้รับการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน เท่ากับอัตราร้อยละ 79.92 ซึ่งการติดตามการรักษา

ต่อเนื่องยังมีปัญหาขาดการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลวังสะพุงพบจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการติดตามตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง และผู้ป่วยรายเก่าได้รับการติดตามอย่างน้อย 2 ครั้ง ในรอบปีงบประมาณ 2565-2566 พบเพียงร้อยละ .35 เท่านั้น (Reference data from the Mental Health and Drug Addiction Group, Loei Provincial Public Health Office, 2023) และการมีพฤติกรรมปัญหาใช้สุรา สารเสพติดเป็นสาเหตุทำให้มีอาการกำเริบหรือ เกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ (Sriruenthong, et al, 2017) และการจัดการในระดับชุมชนก่อนนำส่งสถานบริการขาดระบบแนวทางปฏิบัติ เชื่อมโยง รวมถึงการสื่อสารระบบการดูแลและการส่งต่อ พบว่าโรงพยาบาลวังสะพุงยังไม่มีระบบช่องทางด่วนรองรับต่อการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่เป็นรูปธรรมชัดเจน มีเสียงสะท้อนจากเครือข่าย หน่วยงานตำรวจ และฝ่ายปกครองระดับพื้นที่ให้ข้อมูลว่า บางครั้งปฏิเสธการรับผู้ป่วยไว้รักษาให้ส่งต่อผ่านไปยังโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ รวมถึงโรงพยาบาลจิตเวชมีเกณฑ์และแนวทางในการรับผู้ป่วยแตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า (Wachiradulok et al, 2018) อย่างไรก็ตามมีรายงานผลการศึกษาปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติดในกลุ่มเสี่ยงที่ก่อความรุนแรงที่มีภาระโรคร่วมพบเท่ากับร้อยละ 17.26 ซึ่งสามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 24.72 (Suraorunsmrit, 2022) หากได้มีกำหนดรูปแบบหรือวิธีการปฏิบัติเพื่อการจัดการดูแล และเฝ้าระวังผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ก็สามารถให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างปลอดภัย ลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเองหรือผู้อื่น

การจัดการรายกรณี ซึ่งเป็นการดูแลด้านจิตสังคมอีกรูปแบบหนึ่งที่เป็นกระบวนการทำงานร่วมกับของ ทีมสหวิชาชีพอย่างมีระบบ ครอบคลุมการประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติ การประสานระบบให้บริการและการประเมินผล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการต่อผู้ป่วยและครอบครัว เน้นความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในพื้นที่ ซึ่งแนวคิดการจัดการรายกรณี ประกอบด้วย ผู้จัดการรายกรณี ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายชุมชน และแผนการดูแลร่วมกัน (Department of Mental Health, 2018) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณีซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย (1) การประเมินปัญหาศึกษาสภาพปัญหาในพื้นที่ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้านความรู้ ทักษะการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (2) วินิจฉัยปัญหา สรุปประเด็นปัญหาร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายในชุมชน (3) วางแผนการกำหนดระบบการดูแล บทบาทหน้าที่ และการติดตามเฝ้าระวัง (4) ลงมือปฏิบัติในชุมชนแบบมีส่วนร่วมและ (5) ประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยร่วมกันทุกภาคส่วน โดยผู้วิจัยกำหนดวิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนและ

หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ Taggart ประกอบด้วย 1) การวางแผน (planning) 2) ปฏิบัติ (acting) 3) สังเกต (observing) และ 4) สะท้อนผล (reflecting) (Maxwell, 2003)

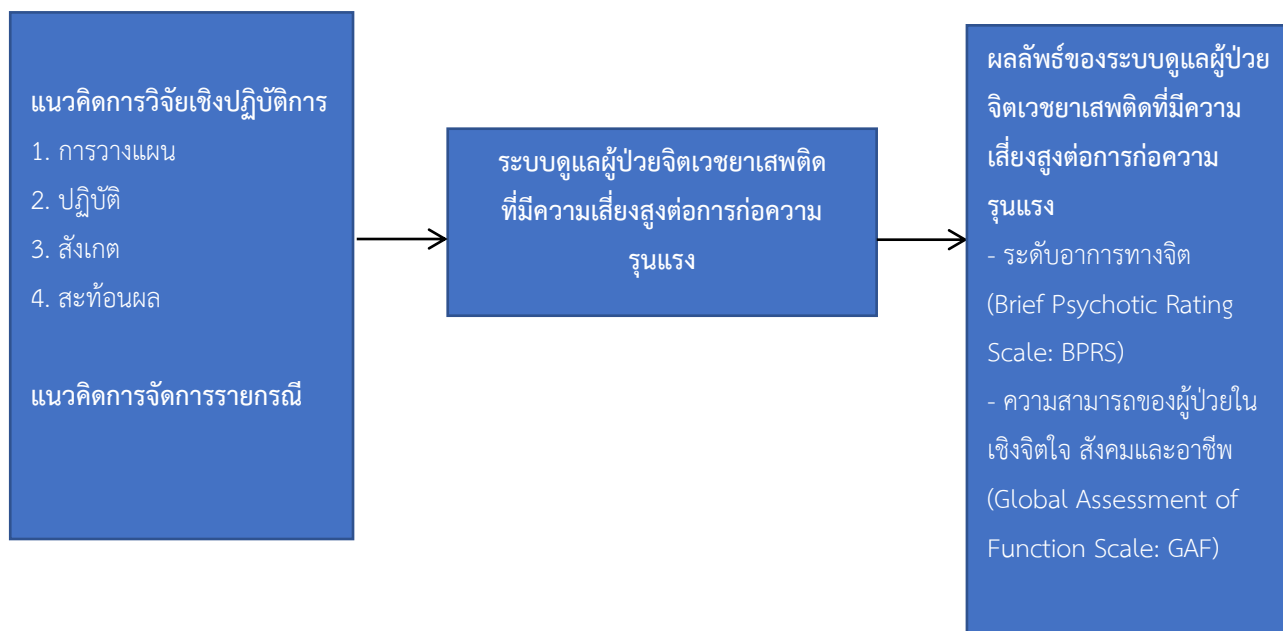
การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อนที่เกินศักยภาพของหน่วยบริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่ารวมถึงการค้นหากระบวนการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทีมวิจัยนำแนวคิดการจัดการรายกรณีไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ทั้งยังคาดหวังว่าผลลัพธ์จากการวิจัยจะได้เป็นบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาความต้องการด้านสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดของระดับพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทีมผู้วิจัยประยุกต์ใช้หลักการและแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมคแทคคาร์ต (Kemmis & Taggart, 1997) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (planning) 2) ปฏิบัติ (acting) 3) สังเกต (observing) และ 4) สะท้อนผล (reflecting) ดำเนินการอยู่ทุกขั้นตอนของกระบวนการ (Maxwell, 2003) รวมทั้งนำแนวคิดการจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้านและให้การดูแลผู้ป่วยที่ตรงตามปัญหาและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการจัดการรายกรณีจะเน้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย โดยใช้ผู้จัดการรายกรณี ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายชุมชน ร่วมกันจัดทำแผนการดูแล ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้หลังจากได้รับบริการระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Department of Mental Health, 2018) ทีมผู้วิจัยสรุปได้กรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาในโรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนและปัจจัยโครงสร้างของชุมชน และการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูล ได้แก่ แหล่งข้อมูลบุคคล เอกสาร สถานที่ และกิจกรรมการดำเนินชีวิต

ผู้ให้ข้อมูล

1. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน ที่ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่อาศัยอยู่ในอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ (1) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวชยาเสพติดมีปัญหาซับซ้อนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (2) มีประวัติรักษาเป็น

ผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วันหลังจำหน่าย (3) ผู้ดูแลขาดศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (4) มีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติด (5) มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว (6) มีญาติ/ผู้ดูแล (7) ผู้ป่วยสมัครใจให้ความร่วมมือและสื่อสารภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตปรากฏชัด หูแว่ว ภาพหลอน การรับรู้ผิดปกติ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าพนักงานฝ่ายปกครอง ตำรวจ และแกนนำชุมชน จำนวน 30 คน

3. ผู้ดูแล หรือญาติของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 30 คน โดยเลือกแบบเจาะจง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน และปัจจัยโครงสร้างของชุมชน ในอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเข้าถึงข้อมูล

1. ทีมผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ ซึ่งผู้ทีมวิจัยแสดงตนในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับบริบทของสถานการณ์ และสภาพปัญหาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ประสานงานเพื่อทราบข้อมูลพื้นที่ที่มีความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการทำวิจัย

2. การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลัก ทีมผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับพื้นที่และสร้างความไว้วางใจ โดยที่ผู้วิจัยมีกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ และใช้วิธีการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักการด้วยติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพอาการทางจิต และการให้ความช่วยเหลือด้านสังคม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ทีมผู้วิจัยได้สังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยการเฝ้าดูสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เมื่อทีมผู้วิจัยเข้าชุมชนจะสังเกตสิ่งแวดล้อมของชุมชนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิมโดยพูดคุยซักถามและบันทึกข้อมูลร่วมด้วย กล่าวคือทุกครั้งที่เราเข้าไปในชุมชน ทีมผู้วิจัยจะมองรอบ ๆ ชุมชน สังเกตการกระทำหรือกิจวัตรประจำวันของคนในชุมชน ครอบครัว และผู้ป่วย สังเกตแบบแผนของกิจวัตรประจำวันของแต่ละกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง และแบบแผนตามบทบาทหน้าที่ของคน ๆ นั้น พร้อมทั้งการใช้การซักถามเพื่อค้นหาความหมายที่เกิดขึ้นในชุมชน ให้ความหมายการกระทำหรือแบบแผนของพฤติกรรมเหล่านั้นตามมุมมองของตน และสังคมอย่างไร ทำความเข้าใจโครงสร้างทางสังคมในชุมชน สภาพทางสังคมของชุมชน รวมทั้งภาพรวมทางกายภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทุกครั้งจากการสังเกต เพื่อประกอบการอธิบายและวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เป็นธรรมชาติตามสภาพความเป็นจริงหรือเหตุการณ์สำคัญ

2) ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคจิตเภทและสมาชิกครอบครัว

3) ผู้วิจัยทบทวนสรุปข้อมูลที่ได้จากข้อที่ 1 และ 2 รวมทั้งได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงแนวทางการปฏิบัติที่มีอยู่แล้ว เพื่อกำหนดร่างระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

4) ยกร่างระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยวิธีการประชุม Working Group และนำร่างระบบฯ เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

5) การนำร่างระบบฯ ที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วนำไปศึกษานำร่อง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระบบฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล
วิเคราะห์ข้อมูลโดยการสร้างข้อสรุป และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ร่วมกับการวิเคราะห์แก่นสาร (Thematic Analysis) และนำเสนอในรูปแบบพรรณนา

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ทีมผู้วิจัยทำการตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มานั้นมีความเชื่อถือได้โดยนำมาตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้วิธี Data Triangulation

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการติดตามผลหลังการใช้ระบบฯ โดยประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ 1) อาการทางจิต 2) ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคมและอาชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวชยาเสพติดมีปัญหาซับซ้อนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในปีงบประมาณ 2566 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เป้าหมาย อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย จำนวน 167 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัญหาซับซ้อนซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เป้าหมาย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ (1) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวชยาเสพติด มีปัญหาซับซ้อนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (2) มีประวัติรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วันหลังจำหน่าย (3) ผู้ดูแลขาดศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (4) มีประวัติใช้

สุราหรือสารเสพติด (5) มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว (6) มีญาติ/ผู้ดูแล (7) ผู้ป่วยสมัครใจให้ความร่วมมือ และสื่อสารภาษาไทยได้ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตปรากฏชัด หูแว่ว ภาพหลอน การรับรู้ผิดปกติ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตรวจสอบความตรงของระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 คน , พยาบาลวิชาชีพ ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และยาเสพติด จำนวน 2 คน ได้ค่าเท่ากับ .81

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางด้านบวกและอาการทางด้านลบ ของ Overall and Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทย โดย Kittirattanapaiboon (2001) มีค่าความตรงเนื้อหา (content validity) เท่ากับ .71 แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตรวัด 7 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการ เท่ากับ 1 คะแนน มีอาการขั้นต่ำสุด เท่ากับ 2 คะแนน มีอาการเล็กน้อย เท่ากับ 3 คะแนน มีอาการปานกลาง เท่ากับ 4 คะแนน มีอาการค่อนข้างรุนแรง เท่ากับ 5 คะแนน มีอาการรุนแรง เท่ากับ 6 คะแนน และมีอาการรุนแรงมาก เท่ากับ 7 คะแนน ซึ่งมีช่วงค่าคะแนนอยู่ระหว่างช่วง 18-126 คะแนน การแปลคะแนนคือ หากมีผล 18 คะแนน เท่ากับเกณฑ์ปกติ และหากมีผล 19-36 คะแนน เท่ากับมีอาการทางจิต และ 37-126 คะแนน เท่ากับมีอาการทางจิตรุนแรง

2. แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function Scale: GAF) เป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคมและอาชีพ มีความน่าเชื่อถือ (Reliability) เท่ากับ .85 มีระดับค่าคะแนน 0-100 คะแนน แปลผล 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้ ค่าคะแนน 1-10 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา และค่าคะแนน 11-100 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม (Kittirattanapaiboon, 2001)

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าคะแนนอาการทางจิต และความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้ ค่า Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ดำเนินการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 0099/2566 ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2566 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

ผลการวิจัย

การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

จากการศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนและปัจจัยโครงสร้างของชุมชน รวมทั้งได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการปฏิบัติที่มีอยู่แล้ว มาพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ Taggart (Maxwell, 2003) ที่ประกอบด้วย 1) การวางแผน (planning) 2) ปฏิบัติ (acting) 3) สังเกต (observing) และ 4) สะท้อนผล (reflecting) นั้น ทำให้เกิดระบบการจัดการกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ข้อปฏิบัติสำหรับการแจ้งเหตุและการช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต และแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่สามารถนำไปใช้ในพื้นที่ ดังนี้

1) ระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองแบ่งกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ขั้นตอนนี้จะเป็นการคัดกรองโดยใช้แบบประเมินต่าง ๆ ขั้นตอนที่ 2 การแบ่งกลุ่มปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เป็น 5 ระดับ โดยใช้สีเป็นตัวกำหนด ขั้นตอนที่ 3 การดูแล/รักษาผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด และขั้นตอนที่ 4 การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ดังแสดงในภาพที่ 2 ระบบการจัดการกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช



ภาพที่ 2 ระบบการจัดการกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช

2) ข้อปฏิบัติสำหรับการแจ้งเหตุและการช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต ที่มีการกำหนดวิธีการปฏิบัติสำหรับการแจ้งเหตุ และการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแตกต่างกันตามกลุ่มผู้ป่วยสีต่าง ๆ รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 3

ข้อปฏิบัติสำหรับการแจ้งเหตุและช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย



ภาพที่ 3 ข้อปฏิบัติสำหรับการแจ้งเหตุและการช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต

3) แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

กลุ่มสี	นิยาม	แบบประเมิน	การดำเนินการ
สีแดง	- ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต อะละวาด คุกคาม - ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต อะละวาด คุกคาม - แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) 3 คะแนน	แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS)	ประสานทีมรับเหตุ - ตำรวจ ปก. ทหาร - กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, อปพร.,อปท. -รพ.วังสะพุง รพ.จิตเวชเลยราชนครินทร์
สีส้ม	- ผู้ป่วยที่มีอาการไม่หลับไม่นอน หงุดหงิด - ผู้ป่วยที่มีอาการไม่หลับไม่นอน หงุดหงิด - แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) 2 คะแนน - แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน - คะแนนอยู่ในช่วง 21-30 คะแนน	- แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) - แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน ประเมินทุก 1 เดือน	- ปักหมุดพิกัดบ้านผู้ป่วยใน Google Earth - ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน ประเมินทุก 1 เดือน - กำกับดูแลการกินยาและการพบแพทย์ตามนัด - ถ้ามีอาการก้าวร้าวรุนแรงให้ประสานตำรวจ ผู้นำชุมชน - กู้ชีพ นำส่งโรงพยาบาล
สีเหลือง	- ผู้ป่วยที่มีอาการนำส่งว่ามีอาการทางจิต - แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน - คะแนนอยู่ในช่วง 11-20 คะแนน	- แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) - แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน ประเมินทุก 1 เดือน	- ปักหมุดพิกัดบ้านผู้ป่วยใน Google Earth - ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน ประเมินทุก 1 เดือน - กำกับดูแลการกินยาและการพบแพทย์ตามนัด - ถ้ามีอาการก้าวร้าวรุนแรงให้ประสานตำรวจ ผู้นำชุมชน - กู้ชีพ นำส่งโรงพยาบาล - หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้อาการกำเริบ
สีเขียว	- ผู้ป่วยที่สมัครใจเข้ารับการรักษา - แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน - คะแนนอยู่ในช่วง 10 คะแนน	- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน ประเมินทุก 1 เดือน	- ปักหมุดพิกัดบ้านผู้ป่วยใน Google Earth - เข้าสู่กระบวนการบำบัด - ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน ประเมินทุก 1 เดือน - กำกับดูแลการกินยาและการพบแพทย์ตามนัด - ถ้ามีอาการก้าวร้าวรุนแรงให้ประสานตำรวจ ผู้นำชุมชน - กู้ชีพ นำส่งโรงพยาบาล - หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้อาการกำเริบ

ภาพที่ 4 แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด

ผลลัพธ์ของระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังทดลองใช้ระบบฯ ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่างลดลง จาก 61.6 คะแนน เป็น 59.6 คะแนน และภายหลังทดลองใช้ระบบฯ ค่าคะแนนเฉลี่ยประเมินความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคมและอาชีพเพิ่มขึ้นจาก 43.96 เป็น 48.46 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนระดับอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) และความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคมและอาชีพ (Global Assessment of Function Scale: GAF) และหลังการทดลองใช้ระบบระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

	Mean	n	Std. Deviation	Std. Error Mean
Brief Psychotic Rating Scale: (BPRS)				
ก่อนทดลองใช้ระบบฯ	61.6000	30	10.80102	1.97199
หลังทดลองใช้ระบบฯ	59.6333	30	14.94930	2.72936
Global Assessment of Function Scale: GAF				
ก่อนทดลองใช้ระบบฯ	43.9667	30	13.52516	2.46934
หลังทดลองใช้ระบบฯ	48.4667	30	12.13923	2.21631

อภิปรายผล

ผลการศึกษาผลลัพธ์ของระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงพบว่า ภายหลังจากทดลองใช้ระบบฯ ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่างลดลง จาก 61.6 คะแนน เป็น 59.6 คะแนน และภายหลังจากทดลองใช้ระบบฯ ค่าคะแนนเฉลี่ยประเมินความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคมและอาชีพ เพิ่มขึ้นจาก 43.96 เป็น 48.46 อธิบายได้ว่าเนื่องจากระบบที่พัฒนาขึ้นนั้นมีการนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาเป็นกระบวนการที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ตรงตามปัญหาและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการจัดการรายกรณีนี้เองที่จะเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของพิณณัฐ ศรีหารักษา (Sriharaksa, 2023) ที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ผลการศึกษพบว่าเมื่อทีมสุขภาพจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการเยี่ยมบ้านปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม ผลลัพธ์การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท มีอาการทางจิตลดลง และความสามารถโดยรวมสูงขึ้นและเนื่องจากระบบที่พัฒนาขึ้นนั้นประกอบด้วย 1) ระบบการจัดการกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช 2) ข้อปฏิบัติสำหรับการแจ้งเหตุและการช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต และ 3) แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ซึ่งเหล่านี้มีรูปแบบการดำเนินการที่ชัดเจน ละเอียด มีระบบการจัดการกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีขั้นตอนตั้งแต่การคัดกรองโดยใช้แบบประเมินที่ได้มาตรฐาน มีการแบ่งกลุ่มผู้มีปัญหา / ผู้ป่วยเป็นสีต่าง ๆ เพื่อให้ง่ายและสะดวกในการดูแล รวมถึงมีข้อปฏิบัติ

สำหรับการแจ้งเหตุและการช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต ที่มีการกำหนดวิธีการปฏิบัติสำหรับการแจ้งเหตุ และการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นที่แตกต่างกันตามกลุ่มผู้ป่วยสีต่าง ๆ และที่สำคัญที่สุดระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นนั้นมีการพัฒนาจากการประยุกต์ใช้หลักการและแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมคแทคคาร์ต (Kemmis & Taggart, 1997) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (planning) 2) ปฏิบัติ (acting) 3) สังเกต (observing) และ 4) สะท้อนผล (reflecting) ดำเนินการอยู่ทุกขั้นตอนของกระบวนการ รวมทั้งในการพัฒนาระบบฯ ตั้งแต่ขั้นการศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนและปัจจัยโครงสร้างของชุมชน จนถึงการพัฒนากระบวนการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้มีการศึกษาปัญหาและร่วมกันพัฒนาจากผู้ใช้ระบบและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง นั่นคือ ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าพนักงานฝ่ายปกครอง ตำรวจ แกนนำชุมชน ผู้ดูแล หรือญาติของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงทำให้ระบบที่พัฒนาขึ้นตอบสนองความต้องการ ทำให้หลังการใช้ระบบฯ ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่างลดลง และค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคมและอาชีพเพิ่มขึ้น นั่นเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาศักยภาพของทีมนุคลากรในระดับชุมชน รวมถึงสร้างกระบวนการสื่อสารเข้าใจถึงปัญหาและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับระยะเรื้อรังของโรค และสร้างช่องทางการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ หน่วยงานตำรวจกับสถานบริการสาธารณสุข เพื่อการจัดการดูแลส่งต่อผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรกำหนดการจัดวางระบบการบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน อัตรากำลังที่เพียงพอ และจัดสรรงบประมาณสนับสนุนพื้นที่ดำเนินงาน
3. ขยายผลการนำรูปแบบการพัฒนาระบบบริการนี้ไปใช้ในพื้นที่อื่นของจังหวัดเลย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาด้านการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณการนำรูปแบบการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงด้านศึกษาวิจัยเชิงทดลอง
2. ควรพัฒนาด้านการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณด้านการศึกษาวิจัยประเมินผลความคุ้มค่าและผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับการจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

References

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed). Washington, DC: American Psychiatric.
- Boyatzis, R. E. (1998). Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development. Thousand Oaks: SAGE.
- Breitmayer, B. J. & et al. (1999). Triangulation in qualitative research: Evaluation of completeness and confirmation purposes. Journal of Nursing Scholarship. 25(3), 237-243.
- Chanchai, S. (2022). Outcomes of care for chronic psychiatric patients at risk in Nakhon Pathom hospital network. Medical Journal Region 4-5, 41(2), 221-232. (in Thai).
- Chuenta, P. (2021). Development of an emergency psychiatric care system from community to Nakhon Pathom Hospital. Journal of Public Health, Mahasarakham Provincial Health Office, 5(10), 11-22. (in Thai).
- Department of Mental Health. (2013). Annual report of the department of mental health, fiscal year 2013. Bangkok: Beyond Publishing. (in Thai).
- Department of Mental Health. (2018). Manual for the care of psychiatric patients at high risk of violence for institutions/hospitals under the Department of Mental Health. Bangkok: Prosperous Plus Co., Ltd. (in Thai).
- Department of Mental Health. (2019). Annual report of the department of mental health, fiscal year 2019. Bangkok: Lamom Co., Ltd. (in Thai).
- Kittirattanapaiboon, P. (2001). BPRS interview and scoring training (T-PANSS). Lecture materials, Suan Prung hospital, Chiang Mai. (in Thai).
- Lortakul, M., & Sukonich, P. (2005). Ramathibodi Psychiatry (2nd ed.). Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai).
- Maxwell, T. W. Action research for Bhutan. Rasbsel III, 1-20. 2003.
- Opaswattana, C. (Ed.). (2020). Care system manual for psychiatric patients at high risk of violence. Bangkok: Prosperous Plus Co., Ltd. (in Thai).

- Phothisita, C. (2004). The art and science of qualitative research. Bangkok: Amarin Printing & Publishing. (in Thai).
- Punch, K. F.(2001). Introduction to Social Research : Quantitative & Qualitative Approaches. London: SAGE.
- Sriruenthong, W. et al. (2017). Evaluation research of psychiatric service system development in Health Region 10. Journal of Public Health, 26(2), 362-371. (in Thai).
- Stevens, J. (1986). Applied multivariate statistics for the social sciences. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Eorlbaum Associates Publishers.
- Suchitiwanich, P. & Kongnawang, S. (2023). Competency development of personnel teams in managing aggressive schizophrenic patients. Research report. (in Thai).
- Suraorunsamrit, B. (2022). Panel discussion on the role of SMCM and SMI-V management at the provincial level. Drug Addiction Treatment Policy Drive Project, Centara Hotel, Chaeng Wattana, Bangkok. (in Thai).
- Wachiradilok, P., et al. (2018). Access to emergency medical services among patients in mental health crisis in Thailand. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 32(2), 69-83. (in Thai).
- Wattanasiri, O. & Sripusitto, S. (2013). Development of continuous care processes for schizophrenic patients by a multidisciplinary team and caregiver network. Nursing Division Journal, 40(1), 68–83. (in Thai)