

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยความร่วมมือของภาคี
เครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ภูมิศึกษา บ้านนาทม - ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอดอนตาล
จังหวัดมุกดาหาร

Development of Care Model for Psychiatric Patients with High Risk of Violence by Network

Partners Participation: A Case Study Ban Na Tham - Huay Sai,

Pa Rai Subdistrict, Don Tan District, Mukdahan Province

(Received: August 15,2023 ; Revised: August 21,2023 ; Accepted: August 23,2023)

โกศล เจริญศรี¹
Kosol Charoensri¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่างคือ 1) ผู้มีส่วนได้เสียในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental with High Risk to Violence: SMI-V) รวม 52 คน 2) ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 26 คน 3) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 26 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล แบบติดตามผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน 10 ด้าน แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย SMI-V แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น แบบบันทึกการจัดการรายกรณี

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดคะแนนอาการทางจิตลดลง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 88.40 ญาติส่วนใหญ่มีความสุขเพิ่มขึ้นจากระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไปเป็นมีความสุขเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไป จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 73.00 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขญาติผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed ranks test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ($Z=4.511$, $p=.000$) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิตก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ($Z= -4.903$, $p=.000$)และข้อมูลเชิงคุณภาพได้ แก่นสาระ คือ การจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติก่อความรุนแรงเป็นสิ่งที่ยาก การสนับสนุนของชุมชนยังไม่ได้ นวัตกรรมสุขภาพควรออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน และการจัดการรายกรณีควรถูกนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยรายคน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

Abstracts

This action research aimed to study a care model for psychiatric patients with a high risk of violence by network partners' participation: a case study Ban Na Tham - Huay Sai, Pa Rai subdistrict, Don Tan district, Mukdahan province. Also, there was a study on the effects of a model of care for psychiatric patients at risk of violence with the participation of network partners, in Don Tan District, Mukdahan Province. The sample was 1) 52 stakeholders in the care of psychiatric patients at high risk of violence (SMI-V), 2) caregivers or relatives of psychiatric patients. 26 people at risk of violence and 3) 26 psychiatric patients at high risk of violence. Data collection was from April 2022 to April 2023, totaling a period of 1 year. Data collection measurements included personal information questionnaires, a follow-up questionnaire for patients at risk of violence (SMI-V) in the community in 10 areas, a Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) questionnaire, a -V Thai mental health index test, short version.

¹ พย.ม. ยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอนตาล อ.ดอนตาล จ.มุกดาหาร.ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ นางโกศล เจริญศรี Email: onumakaewkerd@gmail.com Tel: 081-9542418

The study found that most of the patients had a decrease in mental symptoms scores of 23 persons, representing 88.40%. Most of the relatives were happy from happiness levels lower than normal people. They were happy equal to or more than the general population of 19 people, representing 73.00 percent. The comparing the mean scores on the relative happiness index of the patients between pre- and post-development with the Wilcoxon Signed ranks test was significantly increased at .001 ($Z=4.511$, $p=.000$). The mean psychiatric symptoms found that after the model was decreased more than before using model significantly at .001 ($Z= -4.903$, $p=.000$). In addition, 3 themes were managing the care of patients with a history of psychiatry was difficult, and community lack of support. Therefore, health personnel should design psychiatric patients at high risk of violence taking into account the participation of network partners in the community in the community and case manager form of nurse should be applied to used.

Keywords: psychiatric patients, High risk of violence, Participation of network partners

บทนำ

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญความรุนแรงที่เกิดขึ้น ทั้งในครอบครัว หรือจากประชาชนทั่วไป โดยพบว่าผู้ก่อเหตุส่วนหนึ่งมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนส่วนใหญ่ มักจะขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ปฏิเสธการเจ็บป่วยใช้สารเสพติด จึงทำให้มีอาการกำเริบและก่อความรุนแรง ดังเป็นข่าวตามสื่อต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental with High Risk to Violence: SMI-V) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5¹

นโยบายกรมสุขภาพจิต มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีระบบการดูแลใกล้บ้านและส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง ระบบการดูแลต้องมีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัยและผู้พิการ² การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชนพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม คือ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศและการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และระดับทัศนคติต่อผู้ป่วย โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และมีการนำการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทำให้การกินยาสม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น การดูแลผู้ป่วย

กลุ่มนี้ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงยุ่งยากซับซ้อนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ ครอบครัวและมีความต่อเนื่องตอบสนองต่อความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย โดยเน้นความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้ จะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ โดยภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน¹ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานสาธารณสุข เครือข่ายภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำหรือผู้นำชุมชน องค์กรการบริหารตำบล (อบต.) และหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนในชุมชน มีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องไม่ให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำ สามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณค่าและลดภาระของญาติการใช้การวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ³ ประกอบไปด้วย การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนคิด (reflection) ซึ่งจะอาศัยกระบวนการของเครือข่ายในการเข้ามามีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกันในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ลักษณะภูมิศาสตร์ของอำเภอดอนตาล ที่เป็นอำเภอชายแดน มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างรุนแรง ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ. ศ. 2563 – 2565 มีจำนวน 176, 199 และ 221 ราย ตามลำดับ

ในจำนวนนี้มากกว่า ร้อยละ 50 กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อเหตุความรุนแรงกับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยในปี 2563 – 2565 มีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและก่อความรุนแรง จำนวน 84, 106 และ 111 ราย ตามลำดับ ซึ่งยังมีแนวโน้มสูงต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนมักกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากปัญหาครอบครัวและสังคม ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง นำไปสู่การก่อความรุนแรงซ้ำ ทำให้คนในชุมชนเกิดความเดือดร้อนรำคาญ และหวาดกลัว และยากต่อการจับกุมผู้ค้า⁴ ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างแพร่หลาย จากการดำเนินงานในพื้นที่และการวิเคราะห์ปัญหา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของญาติเท่านั้น ชุมชนและภาคีเครือข่ายยังไม่มีส่วนร่วม การดูแลในระดับอำเภอยังขาดการบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพอย่างจริงจัง หรือเป็นรูปแบบการสั่งการเชิงอำนาจ ขาดการประสานงานระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ครอบครัวและชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ดูแลและจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด พบว่า ส่วนใหญ่รูปแบบการดูแลเป็นหน้าที่ของญาติหรือคนในครอบครัว ส่วนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจนและมีข้อจำกัด^{5,6} การศึกษาวิจัยน้อย และยังไม่มีการศึกษาถึงระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงอย่างชัดเจนและเป็นมาตรฐานที่ชัดเจน

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอตอนตล จังหวัดมุกดาหาร และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอตอนตล จังหวัดมุกดาหาร

วิธีการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอตอนตล จังหวัดมุกดาหาร กรณีศึกษา บ้านนาทาม - ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอตอนตล จังหวัดมุกดาหารตั้งแต่ เดือนเมษายน พ. ศ. 2565 ถึง เมษายน พ. ศ. 2566 รวมระยะเวลา 1 ปี ดำเนินการ 2 วงรอบ ดังนี้ วงรอบที่ 1 ดำเนินการในช่วงเดือน เมษายน - ตุลาคม พ. ศ. 2565 และ วงรอบที่ 2 ดำเนินการในช่วง เดือนพฤศจิกายน 2565 – เมษายน พ. ศ. 2566)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาศึกษา

ประชากร คือ ชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอตอนตล จังหวัดมุกดาหารทั้งหมด 111 คนกลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 26 คน ผู้นำชุมชน 8 คน ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง จำนวน 4 คน เจ้าหน้าที่ตำรวจสถานีตำรวจภูธรป่าไร่ 4 คน สถานีตำรวจภูธรตอนตล 3 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารตำบล 4 คน อาสาสมัครกู้ชีพ 2 คน แพทย์และพยาบาล 2 คน รวม 52 คน โดยเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 26 คน ผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 26 คน โดยเลือกแบบจำเพาะเจาะจงคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ดังนี้

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ (Situation analysis) (เมษายน 2665 ระยะเวลา 1 เดือน)

ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช อำเภอตอนตาล . สํารวจข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ผลกระทบในชุมชน กำหนดกรอบแนวคิดและทบทวนวรรณกรรม (Conceptual framework) เตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียด ของเครื่องมือที่ใช้ วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ ชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์ และการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยSMI-V ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับรพ.สต. อสม.ในพื้นที่ เพื่อประเมิน/คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 4 ด้าน แยกประเภท เขียว เหลือง แดง จัดทำแผนที่ชุมชน ปักหมุดจุดพิกัดแผนที่ “กลุ่มเสี่ยง” จัดกลุ่มชุมชน เขียว เหลือง แดง นำคืนข้อมูลในเวที ประชุมระดับอำเภอ พขอ. /การประชุมหัวหน้าส่วน/ศป.ปส.อ.ตอนตาล คัดเลือกชุมชนนำร่อง (พื้นที่สีแดง)

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 วงรอบ ๆ ละ 4 ขั้นตอน ดังนี้

วงรอบที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอตอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กรณีศึกษา บ้านนาทม - ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอตอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (พฤษภาคม พ. ศ. 2565)

ภายหลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหารแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) บุรณการนักวิจัยเข้ากับชุมชนโดยการเข้าไปทำความคุ้นเคย เรียนรู้ขนบธรรมเนียมประเพณีของชาวบ้าน สภาพสังคมและเศรษฐกิจ และ เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ศึกษาสภาพปัญหาสถานการณ์ของผู้ป่วย ปักหมุดจุดพิกัดแผนที่ “กลุ่มเสี่ยง”ในชุมชน ศึกษาวิเคราะห์ความต้องการของ

พื้นที่ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMIV โดย
1) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการดูแลผู้ป่วยSMI-V ในพื้นที่ ศึกษาวิเคราะห์ นำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์ ศึกษาความเป็นไปได้ในการร่วมวางแผนพัฒนา

2) จัดเวทีประชาคม คั้นข้อมูลให้ภาคีเครือข่ายรับรู้สถานการณ์ เห็นความสำคัญในการร่วมกันแก้ไขปัญหา ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เตรียมชุมชน

3) จัดเวทีสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP Model) เริ่มจากการให้ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

4) จัดการสนทนากลุ่ม โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Discussion ORID Method)) (อมารส อัมพันศิริรัตน์, พิมพ์ล วงศ์ไชยา, 2560) โดยตั้งคำถามนำกลุ่มเชื่อมโยงเข้ากับประเด็น ผู้ป่วยSMI-V ในกลุ่มการสนทนามีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลตอนตาล ผอ.รพ.สต.และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ใน รพ.สต.นาทม รพ.สต.ป่าไร่ อสม. ผอ.บพ.หมู่ที่ 7, 8 แกนนำชุมชน พัฒนาการชุมชน ตัวแทนญาติผู้ป่วยจิตเวช จนท.ตำรวจ สภ.ป่าไร่ จำนวน 52 คน นำผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูล และเกิดการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมในการออกแบบกำหนดกิจกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) (มิถุนายน – กันยายน พ. ศ.2565)

1.อบรมให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ในชุมชน การสร้างและดำเนินงานของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง ดังนี้

1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น แก่ญาติและภาคีเครือข่าย ได้แก่ การเฝ้าระวังอาการเตือน 5 อาการหลักสำคัญ การสร้างปัจจัยปกป้องด้วย 2 ย. 1ส (ยาดี/ญาติดี/

หลักเสียงสุรา สารเสพติด) ในวันที่ 2 และ 7 มิถุนายน พ.ศ.2565

2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ แก่ อสม.และ ตำรวจหน่วยนาคาพิทักษ์ ตามโปรแกรม อสม.พีเสียงระบบ DOT ในการกำกับดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช ในวันที่ 8 กรกฎาคม 2565

3) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ แก่ จนท.รพ.สต. ทุกแห่ง ได้แก่ การเฝ้าระวังอาการเตือน 5 อาการหลัก การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ในชุมชน 10 ด้าน และการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมในโปรแกรม care Transition ในวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ.2565

4) การบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ เพื่อประกาศเจตนารมณ์การป้องกันการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

5) จัดการประชุมเพื่อร่วมกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง โดยมีภาคีเครือข่ายร่วมประชุม ในวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ.2565

2. คัดกรอง/ค้นหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และนำสู่กระบวนการบำบัดรักษา โดยญาติ อสม. ชุดปฏิบัติการตำบล

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ทำการประเมินแบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)

4. ดูแล/ติดตาม เป็นระยะอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยอสม. จนท.รพ.สต. ตั้งกลุ่มไลน์ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยตำรวจ สภ.ป่าไร่

5. จัดประชุม สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และให้ข้อเสนอแนะ แนวทางพัฒนาต่อเนื่อง ในวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ.2565 และ วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ.2565

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing) (ตุลาคม พ.ศ.2565) เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์ สนับสนุนให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) (พฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ.2565)

สะท้อนผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการสนทนากลุ่ม ในวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ.2565 ทั้งหมด 10 คน ตัวแทนผู้ป่วย 2 คน ตัวแทนญาติ ผู้ดูแล 2 คน ผู้นำชุมชน 2 คน ตำรวจ สภ.ป่าไร่ จำนวน 1 คน ทีมผู้วิจัย 1 คน จนท.รพ.สต. 2 คน และแพทย์ 1 คน แลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคเพื่อปรับปรุงรูปแบบดูแลให้มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ นำรูปแบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้มีการปรับปรุง ไปปฏิบัติตามแผน สังเกตประเมินผล อีกครั้ง ในวงรอบที่ 2 เป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยใช้กลุ่มอาสาสมัครกลุ่มเดิมนอกจากนั้นยังนำข้อมูล และข้อเสนอแนะ ที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วมกัน และเป็นแนวทางในการปรับแผนใหม่ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผล ในวงรอบถัดไปในการสะท้อนผลความรู้และทักษะที่จำเป็น แก่ อสม. ตามโปรแกรม อสม.พีเสียงระบบ คำเต็ม (DOT) และความรู้และทักษะที่จำเป็น แก่ จนท.รพ.สต. ได้แก่ การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน และการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมในโปรแกรม care Transition คะแนนยังน้อย ทำเพิ่มในวงรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 การพัฒนาทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ดูแลครอบครัวจิตเวช

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) (เดือน. มกราคม 2566

วางแผนให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น แก่ ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลนอกครอบครัว กรณีผู้ดูแลในครอบครัวขาดศักยภาพวางแผนประชุมทุกสัปดาห์ ติดตามความรู้และทำนโยบายธรรมนูญตำบล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) โดยจัดกิจกรรมปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ดังนี้

1. อบรมให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ในชุมชน การสร้างและดำเนินงานของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง (เดือน กุมภาพันธ์ 2566)

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ แก่ญาติและภาคีเครือข่าย ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การชักซ้อมการปฏิบัติการเฝ้าระวังตามบทบาทที่กำหนด ในวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565

3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ แก่ อสม. และ ตำรวจหน่วยนาคาพิทักษ์ ตามโปรแกรม อสม. พี่เลี้ยงระบบ DOT ร่วมกับบัดดี้พี่พิทักษ์ ในการกำกับดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช รายที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และญาติขาดศักยภาพในการดูแล ในวันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

4. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ แก่ จนท.รพ.สต. ใน การใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเวชที่ยุงยาก ซับซ้อน ในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565

5. จัดการประชุมเพื่อร่วมทบทวนปัญหาและอุปสรรคในการนำสู่การปฏิบัติจริง และปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง วันที่ 14 ธันวาคม 2565

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing)
โดย

ประเมินความร่วมมือจากการทำหน้าที่ตามบทบาทที่กำหนดจากกรอบที่ 1 ผลของการติดตามเยี่ยมบ้าน และได้ประชุมธรรมนูญหมู่บ้าน 2 รอบ จนได้ข้อสรุปเชิงนโยบาย ดังนี้ การคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง และนำเข้าสู่การบำบัดรักษาโดยแกนนำชุมชนและ อสม. การติดตามผู้ป่วยที่ไม่ยอมกินยา โดยอสม. พี่เลี้ยงคู่กับบัดดี้พี่พิทักษ์ การห้ามร้านค้าในหมู่บ้านจำหน่ายสุราให้ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ายังใช้สารเสพติดให้แกนนำชุมชนนำเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟู ผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment : CBTx) ผู้ป่วยที่ต้องการฝึกอาชีพ ให้แกนนำชุมชนนำเข้าสู่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมอำเภอตอนตาล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ
(Reflecting) สะท้อนผลได้ผลลัพธ์ ดังนี้

ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอตอนตาล จังหวัดมุกดาหาร เปรียบเทียบรูปแบบใหม่และรูปแบบเดิม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลพัฒนาโดยผู้วิจัยประกอบด้วยเพศ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว

2. แบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการช่วยเหลือให้การพยาบาล ประกอบด้วย การติดตามด้านอาการทางจิต การรับประทานยา ผู้ดูแล การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว สิ่งแวดล้อม การสื่อสาร ความสามารถในการเรียนรู้ และการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด ทดสอบความเชื่อมั่นได้ 0.70

3. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) เป็น เครื่องมือตรวจสอบอาการทางคลินิก ทั้งอาการทางด้านบวก และอาการทางด้านลบ ของ Overall and Gorham ป.ศ.1962 แปลเป็นภาษาไทย โดยพันธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์ มีค่าความเชื่อมั่น (content validity) ทดสอบความเชื่อมั่นได้ 0.7

4. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล การตอบแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยระดับต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน ระดับสูงสุด เท่ากับ 5 คะแนน ทดสอบความเชื่อมั่นได้ 0.77

5. แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต ถามถึงประสบการณ์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ให้สำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึกว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริง มากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ผู้ตอบเลือกได้ เพียง

คำตอบเดียว การให้คะแนนพิจารณาข้อความหมายทั้งทางบวกและทางลบ โดยเกณฑ์ให้คะแนน ข้อความทางบวกตั้งแต่ “ไม่เลย” เท่ากับ 0 คะแนน จนถึง “มากที่สุด” เท่ากับ 3 คะแนน ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนกลับกัน มีคะแนนเต็ม 45 คะแนนทดสอบความเชื่อมั่น ได้ 0.70

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ใช้แบบสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารตำราที่เกี่ยวข้อง **การวิเคราะห์ข้อมูล**⁷

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ใช้สถิติเชิงอนุมาน Wilcoxon Signed ranks test ในการเปรียบเทียบก่อน – หลังใช้รูปแบบการดูแล (เนื่องจากการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรตามไม่เป็นโค้งปกติ) และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย ร้อยละ 96.1 สถานภาพโสด ร้อยละ 53.8 หย่าร้าง ร้อยละ 26.9 สมรส ร้อยละ 19.2 และเกินกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 69.2 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.7 การจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ส่วนใหญ่มีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติด ร้อยละ 80.7 ผู้ดูแล

ส่วนใหญ่เป็นพ่อ-แม่ ตายาย ร้อยละ 61.5 ผู้ดูแลขาดศักยภาพหรือไม่เป็นผู้ดูแลหลักที่เป็นบุคคลในครอบครัวจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 26.9

ส่วนที่ 2 การศึกษาสถานการณ์จากสถานการณ์และบริบทของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน พบว่าขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญต่อการก่อความรุนแรงซ้ำ ญาติขาดศักยภาพในการดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย จากการติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน ปรากฏว่าผู้ป่วยยังมีปัญหาด้านที่สำคัญ คือ ด้านการรับประทานยา ก่อนได้รับการดูแล รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 61.5 ด้านผู้ดูแล ผู้ดูแลขาดศักยภาพหรือไม่เป็นผู้ดูแลหลักที่เป็นบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 26.9 และด้านการใช้สารเสพติด (สุรา/ยาเสพติด) ก่อนได้รับรูปแบบการดูแล ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ทุกวัน ร้อยละ 61.5 ใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง ทุกวัน ร้อยละ 19.2 หลังได้รับการจัดการรายการแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ไม่ใช่เลย ร้อยละ 42.3 และใช้อย่างใดอย่างหนึ่งไม่ทุกวัน ร้อยละ 26.9

ส่วนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้รูปแบบการพัฒนาที่สร้างขึ้น (n=52)

การมีส่วนร่วม	ก่อนพัฒนารูปแบบ			หลังพัฒนารูปแบบ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ระดับการมีส่วนร่วม						
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	1.92	0.55	น้อย	3.86	0.44	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	2.42	0.49	น้อย	4.07	0.33	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	2.30	0.72	น้อย	3.94	0.23	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	1.55	0.50	น้อยที่สุด	3.46	0.50	มาก
ภาพรวมการมีส่วนร่วม	2.05	0.37	น้อย	3.83	0.18	มาก

จากตารางที่ 1 จะพบว่าคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายหลังพัฒนารูปแบบ เพิ่มขึ้น คะแนนอาการทางจิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิต ก่อนและหลัง ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน (n=26)

ประเด็น	ก่อน	หลัง	Z	p-value
	Median	Median		
ผู้ป่วยSMI-V คะแนน BPRS	44.5	32.0	-4.903	0.00

* $p < 0.001$, Significant from Wilcoxon Signed ranks test

ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed ranks test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ($Z=4.511$, $p=.000$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนา (n=26)

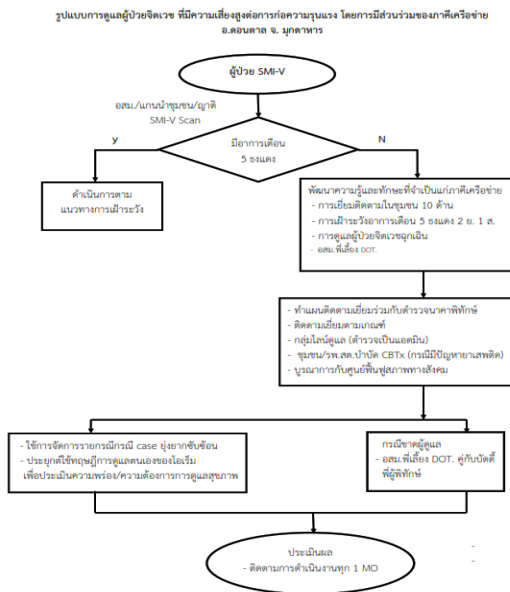
ดัชนีความสุข	Median	ระดับ	Z	P=
ก่อน	22.5	ต่ำ	4.511	0.00
หลัง	29.0	ปกติ		

* $p < 0.001$, Significant from Wilcoxon Signed ranks test

ตารางที่ 4 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร เปรียบเทียบรูปแบบใหม่และรูปแบบเดิม

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. ญาติและผู้ดูแล ดูแลตามแนวทางที่ได้รับมอบหมาย แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ	กรณีญาติเป็นผู้สูงอายุ/ขาดศักยภาพ/ขาดความมั่นใจในการดูแล มีระบบ อสม./พี่เลี้ยง(DOT)คู่กับบัดดี้พี่พิทักษ์ ครอบคลุมบำบัด empowerment ครอบคลุม
2. การพัฒนาความรู้และทักษะไม่ครอบคลุมตามประเด็นสำคัญที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย	1.การพัฒนาความรู้และทักษะครอบคลุมประเด็นที่จำเป็นแก่ญาติและภาคีเครือข่าย ได้แก่ การเฝ้าระวังอาการเตือน 5 อาการหลักสำคัญ การสร้างปัจจัยปกป้องด้วย 2 ย. 1ส (ยาดี/ญาติดี/หลีกเลี่ยงสุรา สารเสพติด) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
3. ขาดการฝึกฝนทักษะความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย	2. พัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น แก่อสม. ตามโปรแกรม อสม.พี่เลี้ยงระบบ DOT/บัดดี้พี่พิทักษ์
	3. พัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น แก่จนท.รพ.สต.ได้แก่ การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน และการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมในโปรแกรม care Transition การจัดการรายกรณี
4.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงยังไม่ครอบคลุม	มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการดำเนินงาน โดยมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในอำเภอ แลกเปลี่ยนนวัตกรรมจากชุมชนต้นแบบ สู่ทุกตำบล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อ.ดอนตาล จ. มุกดาหาร



ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสนทนากลุ่ม ญาติผู้ป่วยจิตเวชและภาคีเครือข่าย พบว่าได้ 2 แก่นสาระ ดังนี้

แก่นสาระที่ 1 การจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติก่อความรุนแรงเป็นสิ่งที่ยาก หมายถึง ชุมชนมีทัศนคติทางลบกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ดังคำกล่าวที่ญาติได้ยื่น “เอาออกไปอยู่นอกพื้นที่” (ญาติผู้ป่วยคนที่ 1, ญาติผู้ป่วยคนที่ 6) “เอามันไปไว้หม่องอื่นนานๆได้บ่อ” (ญาติผู้ป่วยคนที่ 5, ญาติผู้ป่วยคนที่ 26) “อยากให้คุณหมอฝากไปศูนย์สงเคราะห์นานๆ” (ญาติผู้ป่วยคนที่ 2, ญาติผู้ป่วยคนที่ 12) “น่าจะให้รักษาอยู่ในรพ.ตลอดไป (แก่นนำชุมชนคนที่ 2, อสม.คนที่ 1)”

แก่นสาระที่ 2 การสนับสนุนของชุมชนยังไม่ดี หมายถึง ครอบครัวจิตเวชอยู่ในชุมชนต่างคนต่างอยู่ การพัฒนารูปแบบจึงต้องอาศัยเครือข่ายหลายกลุ่มบุคคล ดังคำกล่าว “แต่ละบ้านทำมาหากิน ครอบครัวยุคไหนครอบครัวมัน” ญาติผู้ป่วยคนที่ 11, ญาติผู้ป่วยคนที่ 12) “ชุมชนอพยพมาอยู่รวมกันไม่เคยเป็นเครือญาติกันมาก่อน” (ญาติผู้ป่วยคนที่ 7, ญาติผู้ป่วยคนที่ 8) แก่นสาระที่ 3 “องค์กรทุกอย่างควรมีการสอยน้ำครอบครัวลำบาก” (ญาติผู้ป่วยคนที่ 17, ญาติผู้ป่วยคนที่ 21)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ สถานการณ์ผู้ป่วย

จิตเวช ของอำเภอดอนตาล ผู้ป่วยจิตเวชมีเสียงสูงต่อการก่อความรุนแรง จากการขาดยา การรักษาไม่ต่อเนื่อง การใช้สุรายาเสพติด ขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบแล้ว แต่ชุมชนยังหวาดกลัว ไม่ยอมรับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พิณณัฐ ศรีหารักษา (2566)⁸ ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวช มักมีอาการกำเริบซ้ำใน 28 วันหลังจำหน่าย เนื่องจากไม่มีผู้ดูแล ใช้สารเสพติด มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว เครือข่ายขาดความรู้ มีทัศนคติลบ หวาดกลัวผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย ซึ่งเป็นวัยทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ(2561)⁹ ในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้นตลอดระยะเวลา 5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยทำงาน ดังนั้นภาคีเครือข่ายที่สำคัญในการนำผู้ป่วยจิตเวชเข้าสู่อำเภอดอนตาล คือ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2. พัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของการ

ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดคะแนนอาการทางจิตลดลง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 88.40 ญาติส่วนใหญ่มีความสุขเพิ่มขึ้น จากระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป เป็นมีความสุขเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไป จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 73.00 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขภาพจิตผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed ranks test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (Z=4.511, p=.000) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิต ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (Z= -4.903, p=.000) ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวช

กลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีคะแนนอาการทางจิตลดลง และ ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ สอดคล้องกับแนวคิด Vulnerability-Stress-Protective Factor Model of Mental Disorders¹⁰ ที่อธิบายว่า การที่ผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีอาการทางจิตกำเริบบ่อย เพราะเกิดความไม่สมดุลกันระหว่างปัจจัยอ่อนแอกับปัจจัยปกป้อง โดยมีปัจจัยอ่อนแอกว่าปัจจัยปกป้อง ซึ่งผู้ป่วยทุกคนยังเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตกำเริบอีก เนื่องจากยังมีปัจจัยอ่อนแอ (vulnerability factor) จากการเจ็บป่วยทางจิตอยู่แล้ว ประกอบกับตัวกระตุ้นจากสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social environmental Stressors) คือ การใช้สารเสพติด ขาดการยอมรับจากชุมชน ขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ขาดการสนับสนุนจากชุมชน ไม่มีงานทำ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการเสริมปัจจัยปกป้องโดยปรับรูปแบบการดูแล โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จึงเป็นการส่งเสริมปัจจัยปกป้อง

อีกทั้งการนำการจัดการรายกรณีโดยกระบวนการพยาบาล มีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ประสานการดูแลที่ชัดเจน ประเมิน วินิจฉัยปัญหา วางแผนดูแล ลงมือปฏิบัติ ร่วมกับชุมชนตามบทบาทที่กำหนด ทำให้การมีส่วนร่วมโดยรวมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิณณัฐ ศรีหารักษา (2566)⁹ ที่ใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน จากประชุมวิเคราะห์ วางแผนการดูแล กำหนดบทบาทหน้าที่ ของเครือข่ายชุมชน พบว่า ชุมชนสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย และมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นหลังปฏิบัติตามแผนการดูแล เช่นเดียวกับการศึกษานี้ ญาติส่วนใหญ่มีความสุขเพิ่มขึ้น จากระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป เป็นมี

ความสุขเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตมี ชุตพิมาย (2565)¹¹ ถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมีสมรรถภาพทางจิตเวชเพิ่มขึ้น เป็นการลดภาระญาติ ทำให้ญาติมีความสุขเพิ่มขึ้น และการนำนวัตกรรม อสม.พี่เลี้ยง DOT คู่กับบัดดี้พี่พิทักษ์ มาใช้แก้ปัญหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการกำเริบซ้ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ (2564)¹² ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ โดยมีจิตอาสารับผิดชอบดูแลผู้ป่วย 1 ต่อ 1 ดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับญาติอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กินยาสม่ำเสมอ และลดอัตราการ Re-Admit แก่นสาระของข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีประวัติจิตเวชเป็นสิ่งที่ยาก การสนับสนุนของชุมชนยังไม่ดี จะเห็นได้ว่าความร่วมมือของภาคีเครือข่ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ หรือการมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยกันจัดระบบผู้ป่วยจึงสำคัญ^{4,6}

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาลบุคลากรสุขภาพ ควรออกแบบผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของญาติในการใช้ทักษะการพยาบาลของโอแรม
2. ด้านการวิจัยควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเชิงลึกความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ต่อเนื่องและระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. (2566) มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. กรุงเทพฯ:บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
2. กรมสุขภาพจิต. (2561) คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส.

3. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1998.
4. นิภาวรรณ ตติยนันทพร. (2565). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติดอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 16(2): 581-596.
5. กิริติยา อุ่นเจริญ. (2560). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจิตเวชสารเสพติดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. สารนิพนธ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
6. ศักดิ์ หนูริมา และบุญเอื้อ บุญฤทธิ์. (2562). การจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันปัญหาเสพติดในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาเขตสวนหลวง. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี, 13(2), 13-24.
7. Hair, F. J., Black, C.W., Babin, J.B. & Anderson, E.R. (2010). Multivariate Data Analysis. (7th ed). New Jersey:
8. พิณณัฐ ศรีหารักษา. (2566) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร : กรณีศึกษาตำบลหมื่น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 8(1): 430-447.
9. พรทิพย์ วชิรดิolk, อีระ ศิริสมุด, อนุรัตน์ สมตน. (2561). ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 32(2):69-83.
10. Liberman. (2008). Recovery From Disability Manual of Psychiatric Rehabilitation. Washington, D. C.: American Psychiatric Pub. Hair, F. J., Black, C.W., Babin, J.B. & Anderson, E.R. (2010). Multivariate Data Analysis. (7th ed). New Jersey:
11. รัศมี ชุตพิมาย. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 16(3): 851-867.
12. หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 36(2): 413-426.