

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง

The Development of a Care Model for Psychiatric patients from drug abuse with violent behavior of The Chronic Care Model.

(Received: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

สวิตตา ธงยศ¹
Sawitta Thongyot¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาและผลการดูแลผู้ป่วย จิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง, แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ, แบบประเมินอาการทางจิต, แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ ใช้ค่าจำนวน ร้อยละ, แบบประเมินอาการทางจิต วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมด้วยสถิติ Pair t-test แบบการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมการประเมินอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความ รุนแรงลดลงจากระดับมาก เป็นระดับน้อย ($\bar{X}=59.80$, $SD=9.423$), ($\bar{X}=23.43$, $SD=6.010$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดฯ ในชุมชน (10 ด้าน) ด้านอาการทางจิตผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงไม่มีอาการทางจิต ($\bar{X}=1.55$, $SD .328$) ด้านอื่นๆ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ด้านการประกอบอาชีพ ($\bar{X}=2.10$, $SD .631$) 2) ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด) ($\bar{X}=1.99$, $SD .470$) และ 3) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ($\bar{X}=1.64$, $SD .444$) ตามลำดับ

คำสำคัญ ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง, รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง

Abstract

This action research aimed to study the development process and patient care outcomes, for Psychiatric patients from drug abuse with violent behavior of the Chronic Care Model, Renu Nakhon District, Nakhon Phanom Province. Sample size were 30 drug-induced psychiatric patients with violent behavior. Tools used to collect data include a severe aggressive behavior assessment form, a risk factor assessment form for recurrent mental illness, a mental symptom assessment form, and a follow-up form for chronic psychiatric patients at risk in the community. Data analysis: general information, aggressive behavior assessment form Assessment of risk factors for recurrent psychotic symptoms using numbers and percentages, assessment of mental symptoms Analyzed using average values. standard deviation Compare before-after Participate in activities with Pair t-test statistics, a form of tracking chronic psychiatric patients at risk in the community. Analyzed using average values. and standard deviation

The results of the study found that After participating in the mental symptom assessment activity, the risk of committing violence decreased from a high level to a low level ($\bar{X}=59.80$, $SD=9.423$), ($\bar{X}=23.43$, $SD=6.010$) are significantly different at the .05 level. Results of following up on psychiatric patients from drugs in the community (10 areas) in terms of mental symptoms. Illness had an average score in the range

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

of no psychotic symptoms ($\bar{X}$ =1.55, SD .328) Other aspects had the highest average scores in the top 3 areas: 1) Occupation ($\bar{X}$ =2.10, SD .631) 2) in the area of drug use (cigarettes/alcohol/drugs) ($\bar{X}$ =1.99, SD .470) and 3) basic learning ability ($\bar{X}$ =1.64, SD .444) respectively.

Keywords: Psychiatric patients from drug abuse with violent behavior, The Chronic Care Model

บทนำ

จากรายงานของระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติตรายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติที่มีอาการทางจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี 2563-2564 มีผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐประมาณ 4 พันรายต่อปี พบผู้ป่วยในปี 2562-2564 จำนวน 3,956 ราย 3,984 ราย และ 4,100 ราย ตามลำดับ รัฐบาลจึงมีนโยบายให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติโดยกำหนดให้ “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” เป็นการให้ออกาสผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติ ได้รับการช่วยเหลือและเข้าถึงระบบการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมจากการใช้ยา/สารเสพติและ/หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติและมีโรคร่วมจิตเวช ผู้ป่วยยาเสพติที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ มักจะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น มักเกิดจากการใช้กลไกป้องกันทางจิต เช่น การโทษว่าเป็นความผิดพลาดของตนเองหรือมักอิงอยู่กับความพึงพอใจของคนอื่น พฤติกรรมก้าวร้าว การทำร้ายตนเองอาจเกิดจากอารมณ์ชั่ววูบฉุนเฉียว โมโหโกรธ เรียกร้องความสนใจ หรือเศร้าเสียใจกับเหตุการณ์ต่างๆ อาจจะมาจากการอารมณ์รุนแรงและยาวนาน สัญญาณต่างๆ ก็เป็นตัวบอกได้ เช่น มีปัญหาการนอนหลับ การใช้สารเสพติ การหลีกเลี่ยงการสมาคมกับเพื่อน และลดกิจกรรมทางสังคม มีอารมณ์โกรธอย่างรุนแรงบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจน การแสดงออกด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว การทำร้ายตนเอง คือ กลไกป้องกันทางจิตอย่างหนึ่ง และพัฒนาไปถึงการลงโทษทางกาย และมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ถ้า

ไม่ได้รับการเยียวยา ช่วยเหลืออย่างเหมาะสมอาจส่งผลกระทบหรืออันตรายถึงแก่ชีวิตได้¹

โรคทางจิตเวชจากยาเสพติถือเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังซึ่งต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องและครอบคลุมจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดโดยอ้างอิงตามแนวคิดของ Chronic Care Model เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยมีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ซึ่งต้องมีการบูรณาการร่วมกันและประเมินระบบให้ครอบคลุมในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดการองค์กรดูแลสุขภาพ (Health Systems organization) 2) การประสานงานระหว่างระบบบริการสุขภาพกับทรัพยากรในชุมชน (Community resource linkages) 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support) 4) การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design) 5) ระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ (Decision support) 6) ระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Clinical information system) โดยการบูรณาการบทบาทและกิจกรรมการพยาบาลกับแนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง The Chronic Care Model (CCM) โดยเน้นการให้บริการเชิงรุกเพื่อระบุหรือค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังตั้งแต่เริ่มแรกของการเกิดโรค ป้องกันไม่ให้โรคพัฒนารุนแรงมากขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการรักษา สนับสนุนผู้ป่วยให้มีบทบาทในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง และสถานบริการให้การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพ²

อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ในปี 2564 มีผู้ที่เข้ารับการรักษาเสพติ จำนวน 584 คน และจากการติดตามประเมินอาการทางด้านจิตเวชและความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อทรัพย์สิน บุคคลในครอบครัว และสร้างความเดือดร้อนแก่ชุมชน จำนวน 122 คน โดยพบว่า

56 คน ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้ว แต่ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง และในปี 2565 พบสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวมารักษา จำนวน 46 คน ซึ่งผู้ดูแลมีความยากลำบากในการนำมาส่งโรงพยาบาลเพราะไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยได้และผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ จากปัญหาดังกล่าวควรได้รับการแก้ไขและพัฒนา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดโดยอ้างอิงตามกรอบแนวคิดของ Chronic Care Model ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Mac Coll Institute for Healthcare Innovation นำโดย Edward H Wagner เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ดำเนินการในช่วงวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 - 25 เมษายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มารับบริการในโรงพยาบาลเรณูนคร ในช่วงวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 - 25 เมษายน พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้าในกลุ่มผู้ป่วย (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดได้รับการวินิจฉัย F15.0-F15.9, F19.0-F19.9 2) มีพฤติกรรมรุนแรงระดับกึ่งรุนแรงขึ้นไป 3) มีคะแนน BPRS มากกว่า 36 คะแนนขึ้นไป 4) มีญาติหรือผู้ดูแลที่สามารถติดตามได้ 5) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการท้าววิจัย 6) ผู้ป่วยและญาติยินยอมเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มผู้ป่วย (Inclusion criteria) 1) ย้ายไปรักษาที่อื่นและไม่สามารถติดตามเยี่ยมตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ 2) ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลที่สามารถติดต่อได้จนสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ส่วน ดังนี้

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง, โปรแกรมเมทริกซ์การบำบัดผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก, กระบวนการให้ความรู้และกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80
- 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง, แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ, แบบประเมินอาการทางจิต, แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ ใช้ค่าจำนวน ร้อยละ, แบบประเมินอาการทางจิต วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมด้วยสถิติ Pair t-test แบบการติดตามผู้ป่วยจิตเวช

เรื่องร้องกลุ่มเสี่ยงในชุมชน วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอคำโครงการวิจัยแก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โครงการ เลขที่ REC 072/66 ได้รับอนุมัติในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 29 คน ร้อยละ 96.7 เพศหญิง จำนวน 1 คน ร้อยละ 3.3 อายุอยู่ในช่วง 20-39 ปี มากที่สุด จำนวน 18 ร้อยละ 60 ทั้งสองช่วงอายุ สถานภาพ โสดมากที่สุด จำนวน 21 คน ร้อยละ 70 การศึกษา ระดับประถมศึกษา มากที่สุด จำนวน 15 คน ร้อยละ 50 อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำนวน 15 คน ร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว มากที่สุด 3,000-5,000 บาทต่อเดือน

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคจิตเวชจากการใช้สารเสพติด (J1550) มากที่สุด อยู่ในช่วง 6-10 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.34 ประเภทยาเสพติด ยาบ้าอย่างเดียว มากที่สุด จำนวน 14 คน ร้อยละ 46.7 จำนวนครั้งของการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลจิตเวช 1-2 ครั้ง มากที่สุด จำนวน 20 คน ร้อยละ 66.7

3. การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) พบว่า

3.1 พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับฉุกเฉิน (OSA 3 คะแนน) มากที่สุด จำนวน 21 คน ร้อยละ 70 รองลงมาเป็นกลุ่ม

เร่งด่วน (OSA 3 คะแนน) จำนวน 6 คน ร้อยละ 20 และกลุ่มกึ่งเร่งด่วน (OSA 1 คะแนน) จำนวน 3 คน ร้อยละ 10 หลังเข้าร่วมกิจกรรม อยู่ในกลุ่มไม่มีอาการมากที่สุด (OSA 1 คะแนน) จำนวน 23 คน ร้อยละ 76.7 รองลงมาเป็นกลุ่มเร่งด่วน (OSA 2 คะแนน) จำนวน 6 คน ร้อยละ 20 และระดับฉุกเฉิน (OSA 3 คะแนน) จำนวน 1 คน ร้อยละ 3.3

3.2 ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน มากที่สุด จำนวน 14 คน ร้อยละ 46.7 รองลงมา ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก จำนวน 12 คน ร้อยละ 40 และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง จำนวน 4 คน ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ

4. การประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ (5 Red flags)

4.1 การประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ พบมีอาการเตือน 1) ไม่หลับไม่นอน: มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆ ตื่นๆ และ 2) เดินไปเดินมา: ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ ร้อยละ 100

หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ พบมีอาการเตือนที่ยังคงอยู่ ได้แก่ 4) หงุดหงิดฉุนเฉียว: อารมณ์แปรปรวน เดี่ยวดีเดี่ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว มากที่สุด จำนวน 9 คน ร้อยละ 30 รองลงมาได้แก่ 3) พูดจาคนเดียว: พูด ยิ้ม หัวเราะคนเดียวและ 2) เดินไปเดินมา: ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ จำนวน 5, 2 คน ร้อยละ 16.7, 6.7

4.2 เปรียบเทียบการประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม Pair samples test (n=30)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	95% CI		t	p-value
			Lower	Upper		
ปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ	4.13	.730	3.861	4.406	31	.000*

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

5. การประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

5.1 คะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการทางจิต พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการทางจิตมีอาการอยู่ในระดับมากระหว่างสูงต่อการก่อความรุนแรง ($\bar{X}$ =59.80, SD=9.423) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมี

คะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการทางจิตมีอาการอยู่ในระดับน้อยต่อการก่อความรุนแรง, ($\bar{X}$ =23.43, SD=6.010)

5.2 เปรียบเทียบคะแนนการประเมินอาการทางจิต ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการประเมินอาการทางจิต ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม Pair samples test (n=30)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	95% CI		t	p-value
			Lower	Upper		
การประเมินอาการทางจิต	36.36	9.445	32.840	39.893	21.09	.000*

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน (10 ด้าน) พบว่า ด้านอาการทางจิตผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงไม่มีอาการทางจิต ($\bar{X}$ =1.55, SD=.328) คือ ผู้ป่วยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ดำรงชีวิตในชุมชนได้ ส่วนด้านอื่นๆ ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ด้านการประกอบอาชีพ ($\bar{X}$ =2.10, SD

.631) 2) ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่ยาเสพติด) ($\bar{X}$ =1.99, SD=.470) และ 3) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ($\bar{X}$ =1.64, SD=.444) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน (n=30)

หัวข้อการติดตาม	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
1. ด้านอาการทางจิต	1.54	.328	ไม่มีอาการทางจิต
2. ด้านการกินยา	1.55	.579	รับประทานยาไม่ครบตามคำสั่งแพทย์ แต่ยังมีรับประทานยาเป็นบางเวลา
3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ	1.48	.632	มีผู้ดูแลหลักเป็นคนในครอบครัว มีศักยภาพในการดูแลตนเอง
4. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน	1.39	.411	ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง
5. ด้านการประกอบอาชีพ	2.10	.631	ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ แต่ต้องมีคนกระตุ้น
6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว	1.32	.453	ครอบครัวมีการชมเชย ให้กำลังใจ มองผู้ป่วยในด้าน

หัวข้อการติดตาม	$\bar{x}$	SD	การแปลผล
			บวกเป็นส่วนใหญ่
7. ด้านสิ่งแวดล้อม	1.31	.387	มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง
8. ด้านการสื่อสาร	1.58	.485	สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น	1.64	.444	สอนซ้ำๆ จึงสามารถทำตามได้
10. ด้านการใช้สารเสพติด(บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด)	1.99	.470	ผู้ป่วยใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ทุกวัน

สรุปและอภิปรายผล

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ วงรอบที่ 1 การศึกษาสภาพการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค วงรอบที่ 2 การวางแผนการดำเนินงาน 3) ระยะประเมินผล วงรอบที่ 3 ปรับกระบวนการวางแผนการดำเนินงานโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (ACIC) ได้แก่ 1) การจัดการระบบบริการสุขภาพ 2) การประสานงานกับชุมชน 3A) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย 3B) การสนับสนุนการตัดสินใจ 3C) กลไกการประสานงานในการให้บริการสุขภาพ 3D) ระบบเวชระเบียน และ 4) การบูรณาการขององค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงพบว่าทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ³ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นภาคีเครือข่าย 32 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดและญาติผู้ดูแล ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และญาติ กลุ่มละ 32 คน รวม 96 คน ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ด้วยกระบวนการ chronic care

model 6 องค์ประกอบ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายครอบคลุมระดับข้อมูลข่าวสาร ระดับให้ความคิดเห็น ระดับเข้ามามีบทบาท ระดับสร้างความร่วมมือ และระดับเสริมอำนาจเกิดผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีอาการทางจิตดีขึ้น

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง

1. ข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคจิตเวชจากการใช้สารเสพติด (J1550) มากที่สุด อยู่ในช่วง 6-10 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.34 ประเภทการใช้สารเสพติด ยาบ้าอย่างเดียว มากที่สุด จำนวน 14 คน ร้อยละ 46.7 ระยะเวลาการใช้สารเสพติด 6-10 ปี มากที่สุด จำนวน 11 คน ร้อยละ 36.7 จำนวนครั้งของการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลจิตเวช 1-2 ครั้ง มากที่สุด จำนวน 20 คน ร้อยละ 66.7 สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด จำนวน 390 ราย พบความชุกของการใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในช่วงชีวิตและช่วง 3 เดือน เมื่อจำแนกชนิดสารเสพติดที่ใช้บ่อย 5 อันดับแรก คือ สุรา ยาสูบ กัญชา ยาบ้า และกาแฟ คิดเป็นร้อยละ 81.5, 54.9, 21.3, 20.0, และ 18.7 ตามลำดับ⁴

2. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ใน ระดับฉุกเฉิน

(Emergency) มากที่สุด จำนวน 21 คน ร้อยละ 70 หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มไม่มีอาการ มากที่สุด จำนวน 23 คน ร้อยละ 76.7 ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน มากที่สุด จำนวน 14 คน ร้อยละ 46.7 รองลงมา ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก จำนวน 12 คน ร้อยละ 40 และ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง จำนวน 4 คน ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹ ที่กล่าวว่า “พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารเสพติด มีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยได้รับความกดดันจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความโกรธ และไม่สามารถจัดการกับความโกรธนั้นได้ เนื่องจากขาดความรู้และทักษะทางสังคม ซึ่งการแสดงออกด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารเสพติดเป็นการแสดงออกของพฤติกรรมและการกระทำที่รุนแรงขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่เป็นมิตรและรุกรานผู้อื่น ส่งผลกระทบให้เกิดความรุนแรงเป็นอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน”

4. การประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ พบมีอาการเตือน 1) ไม่หลับไม่นอน: มีปัญหาการนอนนอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆ ตื่นๆ และ 2) เดินไปเดินมา: ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ ร้อยละ 100 หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงซ้ำอาการทางจิตกำเริบ พบมีอาการเตือนที่ยังคงอยู่ ได้แก่ 4) หงุดหงิดฉุนเฉียว: อารมณ์แปรปรวน เตี้ยวดีเตี้ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว มากที่สุด จำนวน 9 คน ร้อยละ 30 รองลงมาได้แก่ 3) พูดจาคนเดียว: พูด ยิ้ม หัวเราะคนเดียวและ 2) เดินไปเดินมา: ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ จำนวน 5, 2 คน ร้อยละ 16.7, 6.7 ตามลำดับ สอดคล้องกับแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต 2563¹ ที่กล่าวว่า หากญาติพบเห็น

อาการของบุคคลที่มีลักษณะดังนี้ 1) พูดเพ้อเจ้อ 2) แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม 3) ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น 4) แยกตัวออกจากสังคม ไม่สนใจใคร 5) หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล 6) คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษมากกว่าคนอื่น 7) หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน 8) มีพฤติกรรมอื่นๆ ที่ผิดจากคนทั่วไป โดยได้คะแนน 1 คะแนนขึ้นไป ให้สงสัยว่าเป็นโรคจิต ควรแนะนำให้ไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อเป็นการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

3. การประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการทางจิตอยู่ในระดับมากเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ($\bar{X}=59.80$, $SD=9.423$) หลังเข้าร่วมกิจกรรม คะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อยต่อการก่อความรุนแรง ($\bar{X}=23.43$, $SD=6.010$) การประเมินอาการทางจิตเปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ผลลัพธ์การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-12$, $p\text{-value} < 0.05$)

4. ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดมีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน พบว่าด้านอาการทางจิตผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในช่วงไม่มีอาการทางจิต ($\bar{X}=1.55$, $SD .328$) คือ ผู้ป่วยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ดำรงชีวิตในชุมชนได้ ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ด้านการประกอบอาชีพ ($\bar{X}=2.10$, $SD .631$) 2) ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่ยาเสพติด) ($\bar{X}=1.99$, $SD .470$) และ 3) ด้านความสามารถในการเรียนรู้

เบื้องต้น ($\bar{X}$ =1.64, SD .444) ตามลำดับ⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาของสยามกรณ์ เดชดี และ อรรวรรณ หนูแก้ว (2564) ศึกษา “การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด” การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาโดยมีกระบวนการคือ 1) พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการวิเคราะห์สถานการณ์และร่างโปรแกรม 2) การทดลองใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและทดสอบคุณภาพเครื่องมือ และ 3) การทดสอบผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$)^{6,7,8}

ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง ทำให้ทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องรับทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ปัญหาที่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขทันเวลา

2. ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงหากได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม ทันเวลาจะช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับต่อร่างกาย ทรัพย์สิน ครอบครัว และชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้บรรลุปเป้าหมายที่ตั้งไว้ ขอขอบคุณทีมเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมการวิจัยผู้ป่วยและญาติกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จังหวัดนครพนม ซึ่งสละเวลาและให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2560). บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 37 (2), 154-159.
- กรรณิกา ช่อรักษ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายส่วนร่วมอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(4); 503-513.
- สมจิตร มณีกานนท์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, วิจิตรา พิมพ์นิย, นิตยา จรัสแสงและขวัญสุดา บุญทศ. (2557). ความชุกของการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 59(4); 371-380.
- พินณรัฐ ศรีหารักษา. (2566). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 31;8(1): 436-47.
- สยามกรณ์ เดชดี และ อรรวรรณ หนูแก้ว. (2564). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 35 (1); 91-111.
- วชิราภรณ์ สอระสัน. (2566). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8 (1), 346-358.
- เกศราพร แก้วลาย, ศุภกัณมา เทเวลา, ศิวพร สุทธิภพ. (2566). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 30;8(3): 187-97.