

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

สุพรรณ มหิตติ, พย.ม.

โรงพยาบาลพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาการดูแลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

**วัสดุและวิธีการ :** กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 32 คน ญาติ/ผู้ดูแล จำนวน 32 คน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อปท.ตำรวจ กู้ภัย จำนวน 18 คน ระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 – พฤษภาคม 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) วิเคราะห์ ประเมิน เติร์มการของสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม 2) จัดการรายกรณีโดย กระบวนการพยาบาลให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ 3) ประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการทดสอบที (t-test) และ ปรับปรุงแก้ไข โดยการสนทนากลุ่ม นำผลการสนทนา ลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย

**ผล :** การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-12$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ ) และความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถโดยรวม (ค่าเฉลี่ย=45.91,  $SD=3.35$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=21$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ )

**สรุป :** ผู้ป่วยจิตเภทไม่ก่อความรุนแรงตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ ญาติหรือผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อปท. ตำรวจและกู้ภัย มีความพึงพอใจ

**คำสำคัญ :** การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง การมีส่วนร่วม

**ติดต่อผู้พิมพ์ :** สุพรรณ มหิตติ; e-mail: [supanma@gmail.com](mailto:supanma@gmail.com)

\*วันรับ 5 กรกฎาคม 2568; วันแก้ไข 8 กรกฎาคม 2568; วันตอบรับ 30 กรกฎาคม 2568

## Original article

# Caring for schizophrenia patients at risk of violence through the use of participatory case management in the community

Suphan Mahitti , M.N.S.

Phan Hospital, Phan District, Chiang Rai Province

## Abstract

**Objective:** to study the care and outcomes of caring for schizophrenic patients at risk of violence

**Methods:** Target groups were 32 schizophrenic patients at risk of violence, 32 relatives or caregivers, health volunteers. Public health officers at sub district hospitals, community leaders, health workers, local Government official, policemen and rescue volunteers 18 people. Between December 2024 and May 2025, divided into 3 phases: 1) Analyze, assess, prepare the situation of schizophrenic patients in the community. 2) Case management by nursing process Encourage the community to participate according to their roles and responsibilities. 3) Evaluate results, share knowledge, and summarize results. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, and t-test, and improvement by focus group discussion.

**Results:** Community Participatory Case Management Outcomes resulting in schizophrenic patients. There was a psychiatric symptom score after receiving participatory case management in the community. Less than before receiving case management with community participation. statistically significant ( $t = -12$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ ) and overall ability after receiving community based case management. Higher than before community participatory case management. with an average score Overall ability (mean= 45.91, SD = 3.35) was statistically significant ( $t = 21$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ ).

**Conclusion:** Schizophrenic patients do not commit violence. throughout the duration of the project relatives or carers Public health volunteers, community leaders, health workers, local Government official, policemen and rescue volunteers were satisfied.

**Key words:** Case management. Schizophrenia patients at risk of violence, Participation.

**Corresponding author:** Suphan Mahitti; e-mail: [supanma@gmail.com](mailto:supanma@gmail.com)

\*Received: July 5, 2025; Revised: July 8, 2025; Accepted: July 30, 2025

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตเรื้อรังที่เกิดความแปรปรวนของการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมอง ที่รบกวนการทำงานที่ของความคิดและพฤติกรรม เป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาชนิดหนึ่ง ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง จึงจะสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้ ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้ คือ ความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างตุลาคม 2557 - กันยายน 2560 ผู้ป่วยเป็น SMI-V จำนวน 9,866 ราย พบว่า เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและหลงผิด (F20-F29) มากที่สุด จำนวน 5,302 ราย คิดเป็น ร้อยละ 53.75 รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) จำนวน 2,234 ราย คิดเป็น ร้อยละ 22.64 จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข<sup>1</sup> ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในกลุ่มโรคจิตเภท พบว่า เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และจำแนกตามลักษณะความรุนแรงพบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต ร้อยละ 33.19 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน แต่ขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยหรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชายังขาดการติดตามต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีจำนวนมากที่ก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นหรือชุมชน เนื่องจากมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ขาดยา ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและบางรายมีปัจจัยกระตุ้น คือ การใช้สารเสพติดหรือสุรา ทำให้เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง หรือไม่ก็ก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ปัญหาอาการกำเริบซ้ำ (relapse) ของโรคจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ด้านตัวผู้ป่วย และด้านยา ทั้งนี้หากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจะเพิ่มความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำมากขึ้น<sup>2</sup> ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังและป้องกันการกลับเป็นซ้ำจากผลการวิจัย ของ ญัฐพน บุตตะโยธ<sup>3</sup> พบว่า กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมโดยชุมชนและทีมสหวิชาชีพ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแนวทางการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกำกับติดตามผู้ป่วย

ที่ผ่านมากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพาน ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีข้อจำกัดในการติดตามผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุม และยังมีแนวโน้มทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมีความยุ่งยากซับซ้อนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีรูปแบบหรือ Intervention ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะที่มีความครอบคลุมและต่อเนื่องตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาบริบทของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการ

รายการนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศมีการใช้การจัดการรายการนี้กับผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น เพราะเป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง อย่างครอบคลุม และมีความต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน มีการวางแผน การออกแบบการดูแล ให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวมในทุก ระยะของการเจ็บป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการ ประสานความร่วมมือจากสหวิชาชีพร่วมวางแผน การดูแล ติดตาม ประเมินผล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ที่วางไว้ การส่งเสริม สนับสนุนในครอบครัวและชุมชน หน่วยงานองค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิต เภท การพัฒนาระบบการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีระบบการดูแลใกล้บ้าน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ภาควิชาการในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมในการดูแลจิตเวชสารเสพติดใน ชุมชน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาและลดภาระการดูแล ของญาติ อีกทั้งยังเพิ่มความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น สามารถกลับมาใช้ชีวิตร่วมกับคนใน ชุมชนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวช ได้เห็นความสำคัญของปัญหาจากการปฏิบัติงานใน คลินิกและในชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงสูงขึ้น มีการกลับเป็นซ้ำมากขึ้นและยังไม่มี รูปแบบการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจง จึงมีความสนใจนำการจัดการรายการนี้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายการนี้ แบบมีส่วนร่วมในชุมชน โรงพยาบาลพาน
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายการนี้แบบมี ส่วนร่วมของชุมชน

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการใช้การจัดการราย การนี้แบบมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR ) โรงพยาบาลพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย กรณีศึกษา ตำบลเมืองพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2568

## การทบทวนวรรณกรรมและแนวคิด

การวิจัยศึกษา เรื่อง การจัดการรายกรณีซึ่งเป็นกระบวนการของผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) กับเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกันในการให้การดูแล การประสานการส่งต่อ และติดตามดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ของอำเภอบ้าน จังหวัดเชียงราย

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทโดยแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental illness with High Risk to Violence : SMI-V) ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ทคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวช (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวชและมีปัญหาซับซ้อนมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีประวัติรักษาเป็นผู้ป่วยใน ด้วยมีอาการทางจิตมากขึ้น
2. ผู้ดูแลขาดศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ถ้าผู้ดูแลขาดศักยภาพ ไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ/กลับเป็นซ้ำ เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง/ผู้อื่นหรือชุมชนได้
3. มีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติดเพราะผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราและสารเสพติดจะส่งผลต่ออาการทางจิต/อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้
4. มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ส่งผลต่อการดูแลและการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเอาใจใส่ต่อการรักษาและการรับประทานยา การรักษาไม่ต่อเนื่อง และยังส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยเกิดความเครียด
5. มีญาติ/ผู้ดูแล เป็นบุคคลที่สำคัญในกระบวนการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
6. ผู้ป่วยสมัครใจให้ความร่วมมือ และสื่อสารภาษาไทยได้

### เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยมีอาการทางจิตปรากฏชัดเจน หูแว่ว ภาพหลอน การรับรู้ผิดปกติ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จะดำเนินการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาทันที

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ประกอบด้วย กลุ่มสนทนาเครือข่ายชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 5 คน ผู้นำชุมชน 5 คน เจ้าหน้าที่ตำรวจ 2 คน เจ้าหน้าที่กู้ภัย 2 คน อปท. 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงาน สุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอาศัยอยู่ 2 คน ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 32 คน ผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่เคยรักษาในกลุ่มงานจิตเวช จำนวน 32 คน โดยเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

### จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ CRPPHO 108/2567 เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2567

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SM-V) ในชุมชน 10 ด้าน เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการช่วยเหลือให้การพยาบาล ประกอบด้วย การติดตามด้านอาการทางจิต การรับประทานยา ผู้ดูแล การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว สิ่งแวดล้อม การสื่อสารความสามารถในการเรียนรู้ และการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด

1.2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางด้านบวก และอาการทางด้านลบ ของ Overall and Gorham ปี ค.ศ. 1962 แปลเป็นภาษาไทย โดยพันธนาภ กิตติรัตนไพบูลย์<sup>4</sup> มีค่าความเชื่อมั่น (content validity) อยู่ระหว่าง 0.71 แบบประเมินประกอบด้วย คำถาม 18 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตราวัด 7 ระดับ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 18-126 มีการแปลผล คือ 18 คะแนน = เกณฑ์ปกติ, 19-36 คะแนน = มีอาการทางจิต และ 37-126 = มีอาการทางจิตรุนแรง

1.3 แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function scale: GAF) เป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคม และอาชีพ การพิจารณาไม่ให้ความบกพร่องด้านการ

ทำหน้าที่ อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกายหรือสภาพแวดล้อม มีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.85 มีระดับคะแนน 0-100 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้, 1-10 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา และ 91-100 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการนำการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย มีขั้นตอนดังนี้

2.1 การจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากปัญหาซับซ้อนที่มีปัญหาในชุมชน โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยขออนุญาตจากผู้ป่วยและญาติ

2.2 การสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม (Discussion ORID Method) ในชุมชน ประกอบด้วย จนท.รพ.สต., ผู้นำชุมชน, อสม., ญาติหรือผู้ดูแล, จนท.ตำรวจ, จนท.กู้ภัย, จนท.อปท.

2.2.1) วิเคราะห์และประเมินผู้ป่วย โดยการพูดคุยสนทนากลุ่ม ศึกษาปัญหา และร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วย เตรียมชุมชน และเครือข่ายในพื้นที่

2.2.2) กำหนดโครงสร้างและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

2.2.3) กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมงานเครือข่ายในชุมชนในการดูแล ประเมิน/คัดกรองความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำแนกความรุนแรง/ก้าวร้าว การช่วยเหลือเบื้องต้น การรายงานและประสานขอความช่วยเหลือและการส่งต่อ รพ. การประเมินอาการตาม 2ย 1ส และสัญญาณเตือน 5 red flags การติดตามการรักษา การเยี่ยมบ้าน

## วิธีดำเนินการวิจัย

### ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อม

1. ผู้วิจัยร่วมกับเครือข่ายชุมชน ผู้นำชุมชน ตำรวจ กู้ภัย อสม. ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย ศึกษาสภาพปัญหา สถานการณ์ของผู้ป่วย และร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เตรียมชุมชนโดยใช้เทคนิควิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม (Discussion Method) ประกอบด้วย การนำกลุ่มเข้าสู่การสนทนาอย่างเป็นระบบตามกระบวนการ เพื่อให้เกิดประเด็นคำถามที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้ เห็นอะไรในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน รู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะทำอะไรต่อผู้ป่วยจิตเภท และจะตัดสินใจทำอะไรกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ให้แกนนำเครือข่ายชุมชนแสดงความคิดเห็นและบันทึก ร่วมกันวิเคราะห์ และวางแผน เพื่อนำผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเป็นแนวทางปฏิบัติ

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก ทำการประเมินแบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function scale: GAF) ก่อนลงมือปฏิบัติ

### ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. จัดอบรมให้ชุมชน เรื่อง ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แนวทางการดูแลรักษา จิตเวชฉุกเฉิน การเฝ้าระวังความเสี่ยง เฝ้าสังเกตพฤติกรรม การติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมิน 2ย 1ส (ยาดี/ญาติดี/หลีกเลี่ยงสุรา สารเสพติด) สัญญาณเตือน 5 red flags ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง ประสานรับและส่งข้อมูล ประเมินความก้าวร้าว การแจ้งเหตุ การประสานรับและส่งต่อรักษาของสถานบริการและชุมชน ให้เครือข่ายชุมชนมีความรู้และศักยภาพในการดูแลเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้ มีแนวทางในการประสานรับและส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นระบบในชุมชน

2. การจัดการรายกรณีใช้กระบวนการพยาบาล จัดการรายกรณี ประเมิน วินิจฉัยปัญหา วางแผนดูแลลงมือปฏิบัติ ประเมินผล ร่วมกับชุมชนตามบทบาท

2.1 ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพในชุมชน ประเมินอาการกำเริบ/ความร่วมมือในการรักษา/พฤติกรรมความเสี่ยงที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง/ญาติและผู้ดูแล

2.2 การวินิจฉัยปัญหาร่วมกันกับทีมโดยการประชุมร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2.3 มีการวางแผน เรื่อง การดูแล การแจ้งเหตุ การประสานรับและส่งต่อรักษา ของสถานบริการและชุมชนจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรค ทางจิตเวช และจิตเวชฉุกเฉิน เฝ้าระวังพฤติกรรม จัดทำทะเบียนรายบุคคล ประเมินสภาพปัญหา ความต้องการการดูแลรักษาและระบบส่งต่อ แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ในการติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยใช้แบบประเมินสำหรับวัดความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิต (Global Assessment of Function scale: GAF) ดังนี้ 1) กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิตรุนแรง Global Assessment of Function scale: GAF  $\leq$  50 คะแนน (สีแดง) กำหนดการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมเครือข่ายในชุมชนของอำเภอพาน ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช/นักจิตวิทยา/รพ.สต./ตำรวจ/เจ้าหน้าที่ปกครองอำเภอที่รับผิดชอบยาเสพติด(ปลัดอำเภอ)/ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น/กุ๊กภัย เพื่อวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันและหาแนวทางแก้ไขปัญหาเร่งด่วน 2) กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิตรุนแรงปานกลาง Global Assessment of Function scale: GAF อยู่ในช่วง 51-70 คะแนน (สีเหลือง) ให้ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน โดยประเมินปัญหาและส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาล 3) กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิตรุนแรงเล็กน้อย Global Assessment of Function scale: GAF อยู่ในช่วง 71-

100 คะแนน (ประเภทสีเขียว) ติดตามเยี่ยม โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและเครือข่ายในชุมชน ประเมินปัญหาและส่งต่อข้อมูลมายังกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาล

2.4 การติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน และประเมินความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมวิจัย ก่อนและหลังการวิจัย

### ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล

จากการมีส่วนร่วมชุมชนในการจัดการรายกรณี ตามบทบาท หน้าที่ ของชุมชนที่กำหนดไว้ และจากอาการทางจิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย หลังปฏิบัติ สะท้อนข้อมูลและปรับปรุงแก้ไข มีการสะท้อนข้อมูลโดยการนำข้อมูลที่ได้มีการติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน โดยการดูแลแบบการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนมาอภิปรายแบบมีส่วนร่วม/สนทนากลุ่มกับเครือข่ายในแต่ละด้านของผู้ป่วย และหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขในด้านที่มีปัญหาร่วมกันเพื่อให้ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในพื้นที่ แบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น แบบประเมินความสามารถโดยรวม ความพึงพอใจของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ความพึงพอใจของผู้ดูแลหรือญาติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและหลังการใช้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยหาค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF), ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยใช้ Paired t-test และประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนของทีมผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลและญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยประมวลผลสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล

### ผลการศึกษา

การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเปรียบเทียบกัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.05$ ) โดยหลังการปฏิบัติการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (ค่าเฉลี่ย=78.05,  $SD=2.91$ ) ข้อมูลทั่วไปและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) พบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.62 และเพศหญิง ร้อยละ 9.38 สถานภาพโสด ร้อยละ 84.37 สมรส ร้อยละ 6.25 และหม้าย ร้อยละ 9.38 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ว่างงาน) ร้อยละ 59.38

รองลงมาเกษตรกรรม ร้อยละ 25.00 และรับจ้าง ร้อยละ 15.62 การจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีอาการทางจิตหลงผิดเสี่ยงก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น (V3) ร้อยละ 40.63 รองลงมา มีประวัติทำร้ายผู้อื่น/สร้างความรุนแรงในชุมชน (V2) ร้อยละ 37.5 มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (V4) ร้อยละ 15.62 และมีประวัติการฆ่าตัวตาย (V1) ร้อยละ 15.62 ตามลำดับ

### ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน

ด้านอาการทางจิต ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่มีอาการทางจิต ร้อยละ 79.59 หลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ไม่มีอาการทางจิต ร้อยละ 60.94 และมีอาการทางจิต ร้อยละ 39.06

ด้านการรับประทานยา ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 61.76 หลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน รับประทานยาสม่ำเสมอขึ้น ร้อยละ 89.27 และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สัมรับประทานยาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 10.71

ด้านผู้ดูแล ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ญาติหรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพ ร้อยละ 59.10 หลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ญาติหรือผู้ดูแลมีศักยภาพ ร้อยละ 81.43

ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ทำกิจวัตรประจำวันได้เองแต่ต้องมีคนกระตุ้น ร้อยละ 54.15 เมื่อได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันได้เอง ร้อยละ 80.27 และต้องมีคนช่วยกระตุ้น ร้อยละ 19.73

ด้านการประกอบอาชีพ ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 25.65 หลังได้รับได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน สามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 79.54 และต้องมีคนช่วยกระตุ้น ร้อยละ 20.46

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่มองผู้ป่วยในด้านลบ ร้อยละ 52.12 หลังได้รับได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ชมเชยให้กำลังใจ มองบวก ร้อยละ 60.08

ด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ร้อยละ 92.29 หลังได้รับได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 7.71

ด้านการสื่อสาร ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่สนทนากับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว ร้อยละ 75.37 หลังได้รับได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่สนทนากับผู้อื่นได้ดี ร้อยละ 52.98

ด้านความสามารถในการเรียนรู้ ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ ถูกต้อง ปรับปรุงจำไม่ได้ สอนเท่าไรก็ทำไม่ได้ ร้อยละ 60.65 หลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่สอนซ้ำ ๆ ทำได้ ร้อยละ 51.28 และบอกครั้งสองครั้งสามารถทำได้ ร้อยละ 48.72

ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่ยาเสพติด) ก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่วนใหญ่ใช้อย่างใดอย่างหนึ่งไม่ทุกวัน ร้อยละ 79.67 ใช้อย่างใดอย่างหนึ่งทุกวัน ร้อยละ 10.23 หลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ไม่ใช้เลย ร้อยละ 52.06 และใช้อย่างใดอย่างหนึ่งไม่ทุกวัน ร้อยละ 47.94

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตและความสามารถโดยรวม ก่อนและหลังการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน พบว่า อาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (ค่าเฉลี่ย=24.68, SD=2.78) ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (ค่าเฉลี่ย=30.15, SD=2.79) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-12$ ,  $P\text{-value} < 0.05$ ) และความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (ค่าเฉลี่ย=62.53, SD=4.02) สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม (ค่าเฉลี่ย=45.91, SD=3.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=21$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ ) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิตและความสามารถโดยรวมก่อนและหลังจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ( $n=34$ )

| ระยะเวลา         | ค่าเฉลี่ย (SD) |              | t   | p-value |
|------------------|----------------|--------------|-----|---------|
|                  | ก่อน           | หลัง         |     |         |
| อาการทางจิต      | 30.15 (2.79)   | 24.68 (2.78) | -12 | 0.00    |
| ความสามารถโดยรวม | 45.91 (3.35)   | 62.53 (4.02) | 21  | 0.05    |

\*  $p\text{-value} < 0.05$ , dependent pair t-test

จากการนำการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน จากประชุมวิเคราะห์ วางแผนการดูแล กำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายชุมชน พบว่าสามารถปฏิบัติได้ตามแผนการดูแลผู้ป่วยและเมื่อประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อปท. ตำรวจและกุ๊กกัย ก่อนและหลังนำการปฏิบัติการ (SD=2.91) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อปท. ตำรวจ และกู้ภัย ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงก่อนและหลังการใช้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (n=18)

| ความพึงพอใจ | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ค่า t | p-value |
|-------------|-----------|----------------------|-------|---------|
| ก่อน        | 66.50     | 3.03                 | 17.88 | 0.00    |
| หลัง        | 78.05     | 2.91                 |       |         |

\* p-value < 0.05

ผลการประเมินความพึงพอใจ ผู้ดูแลหรือญาติก่อนและหลัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) โดยหลังการใช้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=41.03, SD=2.24) (ดังตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ดูแลหรือญาติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและหลังการใช้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (n=32)

| ความพึงพอใจ | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ค่า t | p-value |
|-------------|-----------|----------------------|-------|---------|
| ก่อน        | 29.91     | 3.18                 | 17.60 | 0.00    |
| หลัง        | 41.03     | 2.24                 |       |         |

\* p-value < 0.05

### สรุปและอภิปรายผล

หลังการนำการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน พยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีในชุมชน ประสานเชื่อมโยงระหว่างทีมดูแลในโรงพยาบาลและชุมชน โดยทีมเครือข่ายในชุมชน การสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์ ประเมินผู้ป่วย กำหนดแนวทาง กำหนดบทบาทของชุมชนในการดูแล หลังปฏิบัติสะท้อนข้อมูล และปรับปรุงแก้ไข สอดคล้องกับงานวิจัยผลการจัดการรายกรณี แบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยโรคจิตเภท<sup>5</sup> พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายชุมชน ญาติหรือผู้ดูแล ภายหลังการสนทนากลุ่ม มีการจัดการดูแลผู้ป่วย การติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยในชุมชนที่ดีกว่าเดิม การสังเกตอาการเตือน มีการประสานงานในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี<sup>6</sup>

จากการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เริ่มตั้งแต่การประเมิน กำหนดปัญหาวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ประเมินผล

ปรับปรุงแก้ไขการสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สหสาขาวิชาชีพเข้ามาร่วมดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-12$ ,  $P\text{-value} < 0.05$ ) และความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม (ค่าเฉลี่ย=45.91,  $SD=3.35$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=21$ ,  $P\text{-value} < 0.05$ ) สอดคล้องกับงานวิจัย ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง<sup>7</sup>

ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ก่อนการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อาการหลักสำคัญที่เสี่ยงก่อความรุนแรง คือ อาการทางจิตที่ชัดเจน มีหูแว่ว เห็นภาพหลอน พูดคนเดียว เอะอะโวยวาย มีอาการหลงผิด หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย หูแว่วเสียงสั่งให้ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายคนอื่น ไม่ยอมรับว่าป่วย ปฏิเสธการรักษา ไม่กินยาหรือกินยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยได้ มีสัมพันธภาพไม่ดีต่อกัน หวาดกลัวจากการถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้ายหรือไม่มีผู้ดูแล ทำให้ขาดการรักษา หรือรักษาไม่ต่อเนื่อง หลังการให้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ นุชณี เอี่ยมสะอาด<sup>7</sup> การติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง 3 เดือน และให้การดูแลตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมเครือข่ายในชุมชน และการติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาและกินยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา อาการทางจิตสงบ ลดอาการกำเริบที่ต้องส่งต่อรักษา อยู่ในสังคม ชุมชนอย่างสงบสุข ประกอบอาชีพได้ ซึ่งสอดคล้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาที่ชุมชนบ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด<sup>8</sup> พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง มีการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ควบคุมอารมณ์ได้ดี ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่เป็นการต่อครอบครัว สามารถไปเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนได้ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่พบว่าการรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกัน ความใกล้ชิดผูกพัน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง การได้มีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี<sup>(6)</sup> ผลการศึกษา พบว่า การถ่ายทอดตามเจตคติความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน การร่วมใจกันเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การค้นหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่วนการติดตามด้านการใช้ บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด เป็นปัญหาสำคัญทำให้

อาการทางจิตแย่งลง อาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จากการวิจัยนี้ มีผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงบางรายยังใช้สุรา สารเสพติด แต่ไม่ทุกวันอยู่ ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ขาดผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นพื้นที่ระบาดของยาเสพติด หาซื้อง่าย ราคาถูก จากปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง และเห็นความสำคัญในการป้องกันแก้ไขปัญหาการใช้ยาเสพติดในชุมชน และประสานการทำงานกับทีมปกครอง ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

ความรู้เดิม : โรคจิตเภท เป็นโรคจิตเรื้อรังที่เกิดความแปรปรวนของการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมอง ที่รบกวนการทำหน้าที่ของความคิดและพฤติกรรม ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง จึงจะสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้

ความรู้ใหม่ : การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน การส่งเสริม สนับสนุนครอบครัวและชุมชน หน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ใช้เป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในแต่ละชุมชน

### ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษาติดตามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง และควรมีการดำเนินงาน กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
2. นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น

### เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health. Manual for the care of psychiatric patients at high risk of violence for institutions/hospitals under the Department of Mental Health. Bangkok: Prosperous Plus; 2020. (in Thai)
2. Kamolwan S. Development of a community-based care system for patients with schizophrenia by a multidisciplinary team in Ban Thaen District Health Service Network, Chaiyaphum Province. TPHSJ 2019;11:457–62. (in Thai)

3. Natthaphon B. Process of the relapse prevention by community participation with multidisciplinary team for schizophrenic patients at Kosumphisai Hospital, Mahasarakham District, Mahasarakham Province. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office 2020;5(9):77-88. (in Thai)
4. Pannapa K. Training project on the interview and scoring guidelines for BPRS in the format of T-PANSS. n.p. 2001. (in Thai)
5. Surapongpiwatana K. The Effect of Case Management: Hospital and Community-Based Model in Schizophrenic patients. MJSBH 2016;31(2):117–18. (in Thai)
6. Damrak P, Wangthong A, Wangthong A. Community participation in the caring of complex chronic schizophrenia patients in Nongjik, Pattani Province. Surat Thani: Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani; 2014. (in Thai)
7. Aiamsaart N, Thaweesees P, Chumchai P. The effect of case management to overall abilities among schizophrenia patients with the risk for violence. J Somdet Chaopraya Inst Psychiat 2020;14(1):10-22. (in Thai)
8. Posri A. Family and Community Participation in Caring of Chronic Schizophrenia Patients: A Case study at Ban Tha Muang Community Roi, Et Province. Srinagarind Med J 2020; 34(1):83-9. (in Thai)
9. Boonserm K. Factors associated with readmission of schizophrenia patients: patient's perspectives. JPNMH 2016;30(1):129–35. (in Thai)
10. Opaswattana C, editor. Manual of psychiatric patient care system at high risk of violence for institutions/hospitals under the Department of Mental Health. 5<sup>th</sup> ed. Bangkok: Prosperous Plus; 2020. (in Thai)
11. Lortarakul M, editor. Psychiatric interview assessment. Bangkok: Beyond Enterprise; 2016. (in Thai)
12. Srithanya Hospital. Care plan for patients with severe, complicated schizophrenia (SMI) using case management system based on the Recovery Oriented Service (ROS) concept. Nonthaburi: Srithanya Hospital; 2019. (in Thai)
13. Ananwat S. Development of a care model to prevent relapse in high-risk psychiatric patients receiving services at Srisangworn Sukhothai Hospital. Sukhothai: Sukhothai Hospital; 2022. (in Thai)

14. Intachomwong S, Jaimoonwong J, Phumipraphan W. Effects of a care model to prevent violent behaviors on overall functioning and psychiatric symptoms of schizophrenic patients. Tak Public Health J 2023;4:80–2. (in Thai)