

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
ที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี

Developing a Care Model for High-risk Schizophrenia Patients to Prevent
Severe Violence Occurrences, Pattani Hospital

ซารีนา ตะโล๊ะ¹ และ นวรัตน์ ไชชมภู^{2,*}

Sareena Tahloh¹ and Navarat Waichompu^{2,*}

¹โรงพยาบาลปัตตานี จังหวัดปัตตานี, ²มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

¹Pattani Hospital, Pattani Province, ²Hatyai University, Songkla Province

(Received: November 30, 2023, Revised: January 15, 2024, Accepted: February 4, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และ 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ทบทวนสถิติย้อนหลัง 5 ปี อัตราการกำเริบซ้ำและศึกษาสภาพปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 25 คน ระยะที่ 2 นำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ได้จากระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบ โดยการระดมสมอง และประเมินความเป็นประโยชน์ของรูปแบบ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามความเป็นประโยชน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.67 - 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบโดยการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 14 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทของกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติ Wilcoxon signed-rank test ผลการวิจัยพบว่า

1. สภาพปัญหาที่พบ คือ 1) พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยญาติไม่สามารถจัดการ 2) แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ชัดเจน 3) มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อเหตุซ้ำทั้งในครอบครัวและชุมชน 4) การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติและการส่งต่อยังไม่เป็นระบบ และ 5) ขาดการรักษาต่อเนื่อง

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง คือ SMART Model ประกอบด้วย S: SMI-V, M: Mitigation, A: Admit, R: Recovery และ T: Team

3. ประสิทธิภาพของ SMART Model เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนการประเมินอาการทางจิตก่อนและหลัง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

SMART Model เป็นรูปแบบที่ครอบคลุมระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่สามารถเชื่อมโยงทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกัน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท; ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: navara.wa@hu.ac.th)

Abstract

This research and development study aimed to: 1) investigate the condition of recurrent relapse problems among high-risk schizophrenia patients prone to severe violence, 2) develop a care model for high-risk schizophrenia patients to prevent severe violence occurrences, and 3) evaluate the effectiveness of the care model for high-risk schizophrenia patients prone to severe violence at Pattani Hospital, divided into three phases. Phase 1 involved reviewing 5-year retrospective statistics on relapse rates and examining the problems faced by high-risk schizophrenia patients prone to severe violence through group interviews with 25 key informants. Phase 2 involved using the quantitative and qualitative data obtained from Phase 1 to develop a model through brainstorming sessions and assessing the model's benefits with 17 stakeholders. The research tool used was a questionnaire on the benefits developed by the researchers, with a content validity index ranging from 0.67 to 1.00. Data analysis included mean and standard deviation. Phase 3 involved evaluating the effectiveness of the model by assessing the psychiatric symptoms of schizophrenia patients before and after using the model. The sample group consists of 14 high-risk schizophrenia patients meeting the inclusion criteria. The assessment tool used was the psychiatric symptom assessment form developed by the Department of Mental Health. Data analysis was performed using the Wilcoxon signed-rank test.

The research findings were as follows:

1. The problems identified were: 1) inability of relatives to manage the violent behavior of patients and their relatives, 2) unclear assistance guidelines for patients, 3) high risk of recurrence both within the family and the community, 4) lack of readiness of patients and relatives, as well as ineffective referral systems, and 5) insufficient continuous treatment.

2. The care model for high-risk psychiatric patients prone to severe violence was the SMART Model, consisting of: S: SMI-V; M: Mitigation; A: Admit; R: Recovery; and T: Team.

3. The effectiveness of the SMART Model, when comparing the difference in scores of psychiatric symptom assessments before and after implementation, showed a statistically significant difference at the .05 level.

The SMART Model is a comprehensive care model for high-risk psychiatric patients prone to severe violence that can integrate all aspects of teamwork effectively.

Keyword: Schizophrenia, Recurrent Symptoms, High Risk

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตที่พบได้มากที่สุด การดำเนินของโรคมักมีลักษณะที่เรื้อรัง หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดการเสื่อมถอยอย่างมากทางความคิดพฤติกรรมและการรับรู้ เป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหา และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ โดยทั่วไปมักพบโรคจิตเภทในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียโอกาสหลายอย่างในชีวิต เช่น การศึกษา การประกอบอาชีพ การใช้ชีวิตคู่รวมทั้งทักษะทางด้านสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่ออาการทางจิตกำเริบ มีอาการคลุ้มคลั่ง

อาละวาด จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือกับประชาชนทั่วไป โดยพบว่าผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน แต่ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ฯลฯ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชายังขาดรูปแบบที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ขาดการรักษาต่อเนื่อง กลับมาป่วยซ้ำและบางรายอาจจะก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของสถาบัน (SMI-V) โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยจำนวนสะสม 13,194 คน เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มโรค พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทพฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิดมากที่สุด (F20-F29) ร้อยละ 43.22 และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) ร้อยละ 17.34 (The Department of Mental Health, 2020) ประกอบกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราค่อนข้างสูงซึ่งในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องกลับมารักษาซ้ำถึงร้อยละ 70.00 (Lohacheewa, 2022) รวมทั้งการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.98 ในปี พ.ศ. 2563 กลุ่มโรคทางจิตเวชที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) โรคจิตเภทพฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F 20-29) และความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-39) และจากข้อมูลสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านสายด่วน 1669 ในผู้ป่วยกลุ่มอาการคุ้มคลั่ง มีภาวะทางจิตประสาทและอารมณ์เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน (The Department of Mental Health, 2020) สิ่งเหล่านี้อาจสะท้อนถึงความครอบคลุมของรูปแบบบริการที่ต่อเนื่องเพื่อป้องกันการอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำและเป็นความท้าทายของผู้เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์สภาพปัญหาที่แท้จริงเพื่อนำสู่การวางแผนระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Charoensri (2023) ที่พบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติก่อความรุนแรงเป็นสิ่งที่ยาก การสนับสนุนของชุมชนยังไม่ดีนัก บุคลากรสุขภาพควรออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน และการจัดการรายกรณีควรถูกนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยรายคน

สำหรับข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปัตตานี ในปี พ.ศ. 2561-2565 พบอัตราผู้ป่วยมารับบริการ 4,746; 4,882; 5,105; 4,864 และ 5,209 ราย ซึ่งโรคจิตเภท (Schizophrenia) พบมากเป็นอันดับหนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และเป็นโรคที่มารับบริการมากเป็นลำดับที่ 4 ของโรงพยาบาลปัตตานี โดยอัตราการเกิดโรคนั้นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 5 เท่า อายุเฉลี่ยที่พบมากอยู่ในช่วงในช่วง 20 - 40 ปี ปัจจุบันพบผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปัตตานีเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เกิดจากหลายปัจจัย เช่น การใช้สารเสพติด พันธุกรรม ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่เดิมมีอาการกำเริบซ้ำ สาเหตุหลักเกิดจากการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา การขาดความตระหนักและขาดความรู้ของผู้ดูแลและใช้สารเสพติดร่วม โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มักพบว่าญาติหรือเจ้าหน้าที่จะนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงแล้ว ซึ่งอาจทำให้มีโอกาสต่อการรักษาและใช้ทรัพยากรที่มากขึ้น ดังนั้น การสังเกตอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ไม่นอนกระสับกระส่าย พูดคุยคนเดียวมากขึ้น มีอารมณ์ฉุนเฉียวหงุดหงิดง่าย เป็นสัญญาณที่ต้องนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาให้เร็วขึ้น และการป้องกันที่ต้นเหตุ คือ ป้องกันขาดนัด ขาดยา ป้องกันไม่ให้อาการกำเริบ การใช้สารเสพติดร่วม จะทำให้อัตราการรับไว้ในโรงพยาบาลและลดความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious mental illness with high risk to violence) ต่อการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยครอบครัวและสังคมได้ และข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาลปัตตานี 5 ปีย้อนหลัง ในปี พ.ศ. 2561 - 2565 พบจำนวน 165; 161; 163; 155 และ

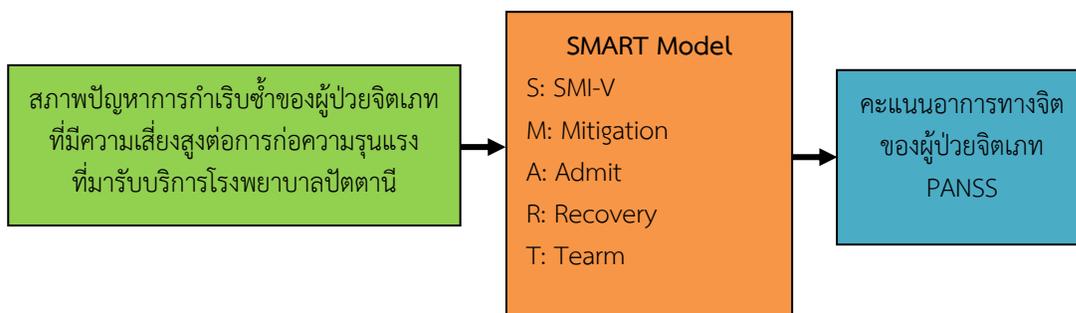
129 ตามลำดับ พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีอาการกำเริบซ้ำภายใน 90 วันหลังจำหน่าย คือ 7, 8, 4, 5 และ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.24; 4.97; 2.45; 3.23 และ 3.88 ซึ่งพบว่า เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเป็นส่วนใหญ่ และผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีบางส่วนที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่แต่จะมีประวัติการใช้สารเสพติดเช่นกัน (Pattani Hospital, 2022)

ดังนั้น ปัญหาหลักของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง คือการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเภท (Treatment gap และ Duration of untreated illness) ธรรมชาติของการกำเริบซ้ำ (Relapse) และการรับการรักษาต่อเนื่อง (Adherence) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Laongsri, Srichaikul, & Pimchan (2017) ที่พบว่า ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกมาตรการและเฝ้าระวังในชุมชนและยังมีการดำเนินกิจกรรมเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันในชุมชนอย่างจริงจัง จากความสำคัญและปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious mental illness with high risk to violence) เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมุ่งหวังให้เกิดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายได้มากยิ่งขึ้น และเป็นความท้าทายของพยาบาลผู้ดูแล ภายใต้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินอาการตั้งแต่แรกเริ่ม วินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาล การดูแลรักษา และประเมินผลการรักษาติดตามแบบใกล้ชิด (Close follow-up) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและไม่กำเริบซ้ำ และใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Positive and negative syndrome scale: PANSS) เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะเพื่อตอบวัตถุประสงค์ทั้ง 3 ดังนี้

ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ทบทวนสถิติอัตราผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี โดยการทบทวนสถิติย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 - 2565) ของการกำเริบซ้ำและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ตอนที่ 2 ศึกษาสภาพปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 1) จิตแพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยา กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปัตตานี รวมจำนวน 12 คน 2) พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดประจำโรงพยาบาลชุมชน รวมจำนวน 11 คน และ 3) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี รวมจำนวน 2 คน รวมทั้งหมด จำนวน 25 คน โดยการนำเสนอข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงระดับจังหวัด หลังจากนั้นรับฟังปัญหาในระดับเครือข่าย และตั้งแนวคำถามเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อนำมา ร่วมกันวางแผนเพื่อยกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ด้วยวิธีสามเส้า (Triangulation) โดยตรวจสอบด้านข้อมูล (Data triangulation) ที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพื่อยืนยันข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยจะใช้การทวนข้อมูลคำตอบและสอบถามข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ตรวจสอบ (Member check) ทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่มเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้พิจารณา ยืนยันข้อมูลตรวจสอบว่าข้อมูลมีความสอดคล้องหรือขัดแย้งกันหรือไม่

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผู้วิจัยนำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี โดยเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดด้านเนื้อหาที่นำมาใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการระดมสมอง (Brainstorm) โดยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาประจำคลินิกจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 13 คน เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี ข้อมูลการระดมสมอง พบว่า ร่างรูปแบบ ๆ มีความครอบคลุมตามสภาพปัญหาที่ได้จากระยะที่ 1 หลังจากนั้นนำร่างรูปแบบฯ ไปประเมินความเป็นประโยชน์

ตอนที่ 2 นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี ที่ได้จากตอนที่ 1 มาประเมินความเป็นประโยชน์ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำรูปแบบฯ ไปใช้ จำนวน 15 คน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลชุมชน 11 คน พยาบาลประจำจุดคัดกรองห้องฉุกเฉิน 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช 1 คนและจิตแพทย์ 2 คน โดยใช้แบบประเมินความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนการประเมินความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ กับผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นข้อคำถาม Rating scale 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ และใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์พิสัย 3 ระดับ ดังนี้

3.68 – 5.00 หมายถึง รูปแบบฯ มีความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับมาก

2.34 – 3.67 หมายถึง รูปแบบฯ มีความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง

1.00 – 2.33 หมายถึง รูปแบบฯ มีความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับน้อย

หาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วย (Index of item objective congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อพิจารณาความเป็นประโยชน์หรือสมควรที่จะเพิ่มเติมประเด็นอะไรบ้าง เพื่อให้ได้รูปแบบฯ ที่มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน หัวหน้างานจิตเวช 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน รวมจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าระหว่าง 0.67 - 1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.812

วิเคราะห์ข้อมูลความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มาใช้บริการโรงพยาบาลปัตตานี เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) กลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (The one-group Pretest-Posttest Design)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี ตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล ไม่ยินยอมที่เข้าร่วมศึกษา 2) ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล ขอยุติการเข้าร่วมศึกษาทุกกรณี รวมถึงการเสียชีวิตหรือถูกจำคุก และ 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายก่อนใช้รูปแบบฯ ครบ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรทั้งหมดตามเกณฑ์การคัดเข้า ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี ตั้งแต่วันที่ 17 พฤศจิกายน - 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 รวมจำนวน 14 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่มีผลต่ออาการกำเริบซ้ำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Positive and negative syndrome Scale: PANSS) (The Department of Mental Health, 2020) จำนวน 8 ข้อ โดยจิตแพทย์ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (PANSS) จำนวน 2 ครั้ง คือ (ก่อน) ระยะแรกรับ และ (หลัง) วันจำหน่าย ซึ่งมีเกณฑ์การแปรผล ดังนี้ คะแนนเต็ม 56 คะแนน โดยระบุคะแนนตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน ตามระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตทั้ง 8 ข้อ รวมคะแนนเพื่อแปรผล เปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มาใช้บริการโรงพยาบาลปัตตานี 2 ครั้ง กรณีลดลงแสดงว่าอาการทางจิตดีขึ้น กรณีคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (PANSS) อยู่ในระดับสูงมากแสดงว่า มีภาวะวิกฤติทางอารมณ์ ความคิดและมีความรุนแรงทางพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการประสานผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลชุมชน 12 อำเภอ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการนำส่งผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชากรทั้งหมด จำนวน 14 ราย ที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี ด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่มีผลต่ออาการกำเริบซ้ำ โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Positive and negative syndrome scale: PANSS) ประเมิน 2 ระยะ คือ ก่อน (ระยะแรกรับ) และ หลัง (วันจำหน่าย)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพ 4) ระดับการศึกษา และข้อมูลที่มีผลต่ออาการกำเริบซ้ำ ประกอบด้วย 1) ประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตในครอบครัว 2) ประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตเวชครั้งนี้ 3) ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคจิตเภท 4) จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการรักษาโรคจิตเภทในโรงพยาบาลปัตตานี 5) สาเหตุที่กำเริบครั้งนี้ 6) ประวัติการใช้สารเสพติด (บุหรี่ยาสูบ ยาบ้า กระท่อม กัญชา ฯลฯ) 7) การปฏิบัติศาสนกิจ 8) การดูแลตนเอง 9) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท Positive and negative syndrome scale: PANSS ประเมิน 2 ครั้ง ก่อนและหลัง ด้วยสถิติการทดสอบค่าที่แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (Paired t-test) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Test of normality) พบว่าไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติค่าที่ ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลปัตตานี หมายเลขรับรอง PTN-030-2566 ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี จำนวน 14 คน พบว่า ส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 64.28 เพศหญิง ร้อยละ 35.72 มีช่วงอายุ 31- 40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 50.00 รองลงมาอายุ 21 - 30 ปี ร้อยละ 28.57 และอายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 21.43 สถานภาพส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 50.00 สมรส ร้อยละ 28.57 และหย่าร้าง ร้อยละ 35.72 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยม ร้อยละ 64.28 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28.57 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 7.15

2. สภาพปัญหาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี ด้านข้อมูลเชิงปริมาณผู้ป่วยจิตเภทเกิดการกำเริบซ้ำหลังจำหน่าย 90 วันโรงพยาบาลปัตตานี ในปี พ.ศ. 2561 - 2565 พบว่า อัตราผู้ป่วยจิตเภทเกิดการกำเริบซ้ำร้อยละ 4.24, 4.97, 2.45, 3.23 และ 3.88 ตามลำดับ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยมีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 25 คน พบว่า

1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเริ่มมีพฤติกรรมรุนแรงญาติไม่สามารถจัดการได้จนก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น

“เวลาเจอคนใช้กาวร้าวในชุมชนไม่รู้จะแจ้งใครให้ไปช่วย” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“ญาติมักนำส่งโรงพยาบาลปัตตานีโดยตรงไม่ผ่านรพช.ทำให้เกิดความเสี่ยงระหว่างทาง” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

“การประเมินอาการจากซักประวัติญาติบางครั้งไม่รู้ว่าจะอยู่ในระดับความรุนแรงมากมัย” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

2. การบรรเทาหรือจัดการโดยทีม ไม่ชัดเจนและทีมจำกัดพฤติกรรมไม่สามารถควบคุมตัวผู้ป่วยได้ทำให้การรักษาไม่สำเร็จ

“บทบาทหน้าที่ของทีมสนับสนุนยังไม่เข้มแข็ง ยังขาดความรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยกาวร้าว” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11

“ผู้ป่วยมักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาอยากต่อการควบคุมตัวและฉีดยา” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

“รพช.โทรมา Consult จิตแพทย์ได้ 24 ชั่วโมงพร้อมให้การช่วยเหลือครับ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

3. แนวทางการรับไว้รับการรักษา พดติกรรมความรุนแรงที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเภท มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อเหตุซ้ำ ทั้งในครอบครัวและชุมชน จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อดูแลรักษาภาวะวิกฤติทางจิตเวช
- “ญาติเกิดความหวาดกลัวจากอาการก้าวร้าวของผู้ป่วย อยากให้อนโรงพยาบาลก่อน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2
- “Refer ไปรพ.ปัตตานี ผู้ป่วยอาการสงบ แต่รอนานที่ห้องฉุกเฉินจนผู้ป่วยเริ่มก้าวร้าวซ้ำ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7
- “ในหอผู้ป่วยจิตเวช เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้น มักเสี่ยงหลบหนี” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9
4. แนวทางการฟื้นฟู เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายมีความสำคัญมาก และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เครือข่ายยังไม่เป็นระบบ
- “ผู้ป่วย admit หอผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องให้ญาติเฝ้าจะได้สอนวิธีการดูแลต่อที่บ้าน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3
- “อยากให้ทางหอผู้ป่วยจิตเวชประสานเครือข่ายก่อนจำหน่ายผู้ป่วยทุกครั้ง” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1
- “ปัญหาส่วนใหญ่ ญาติไม่ดูแล ไม่สนใจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงกำเริบซ้ำได้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1
5. ระบบเครือข่ายที่ร่วมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งปัญหาการขาดการรักษาต่อเนื่อง และเมื่อผู้ป่วยอาการดีแล้ว ญาติขาดความเข้มขันการดูแลการกินยา
- “ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบหลังจากกลับบ้านแล้วไม่กินยาและญาติจัดการไม่ได้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3
- “ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำ มีใช้สารเสพติดร่วมด้วยและไม่กินยา” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20
- “ถ้าเราติดตามผู้ป่วยที่มีประวัติก้าวร้าวอย่างใกล้ชิด ช่วยลดการกำเริบซ้ำได้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18
3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี คือ SMART Model ประกอบด้วย S: SMI-V, M:Mitigation, A:Admit, R: Recovery และ T: Team ดังภาพ 2



ภาพ 1 SMART Model

จากภาพ 1 SMART Model ประกอบด้วย S: SMI-V, M:Mitigation, A:Admit R: Recovery และ T: Team ตามรายละเอียดดังนี้

S: SMI-V (แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง) ประกอบด้วย 1) Flow SMI-V จังหวัดปัตตานี 2) ควบคุมตัวอย่างปลอดภัย/นำส่งโรงพยาบาลกลับบ้านตามเกณฑ์ และ 3) ระบบ Triage

M: Mitigation (การบรรเทาหรือจัดการโดยทีม) ประกอบด้วย 1) ทีมจำกัดพฤติกรรม 2) ระบบ Consult จิตแพทย์ได้ 24 ชั่วโมง และ 3) ฉีดยาเพื่อระงับอาการทางจิต

A: Admit (แนวทางการรับไว้รับการรักษา) ประกอบด้วย 1) ระบบ Fast track รพช. 2) Admit รพ.ปัตตานี 3) Admission planning 7 ด้าน และ 4) WI การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

R: Recovery (แนวทางการฟื้นฟู) ประกอบด้วย 1) การวางแผนจำหน่ายระบุปัญหาที่เสี่ยงต่อการกำเริบ 2) เตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ญาติ 3) แจ้ง Case Manager และลงระบบติดตาม HHC และ 4) จิตแพทย์

T: Team (ระบบเครือข่ายที่ร่วมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน) ประกอบด้วย 1) Case Manager โทรติดตามญาติ 2) Close follow-up 3) ทีมเครือข่ายลงเยี่ยมบ้าน และ 4) พัฒนาระบบประสานช่องทางด่วน

โดย SMART Model มีรายละเอียดดังนี้ **SMIV** คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental illness with High Risk to Violence) ซึ่งมีแนวทางการจัดระดับจังหวัดบังคับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการเข้าควบคุมตัว เข้ารับการรักษา มีเกณฑ์ในการระบุว่าเป็น SMI-V จากกรมสุขภาพจิต **Mitigation** คือ การบรรเทาหรือจัดการโดยทีมที่ผ่านการอบรมเข้าจัดการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีระบบประสานจิตแพทย์เพื่อรับแผนการรักษา ยาฉีดควบคุมอาการที่วิกฤติทางจิตเวชขณะนั้นให้สงบโดยเร็ว **Admit** คือ แนวทางการรับไว้รับการรักษาที่รพ.ปัตตานี เพราะมีหอผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะ โดยนำส่งจาก รพช. ซึ่งในหอผู้ป่วยจิตเวช มีแนวทางการดูแลที่ป้องกันความเสี่ยงทั้งทางจิตและทางกาย **Recovery** คือ แนวทางการฟื้นฟู ผู้ป่วย การเตรียมจำหน่ายจากหอผู้ป่วยจิตเวช โดยการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ สอนการจัดการต่อที่บ้านเพื่อป้องกันกำเริบซ้ำจากขาดยา **Team** คือ ระบบเครือข่ายที่ร่วมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เยี่ยมบ้านอย่างใกล้ชิด และเมื่อพบว่าเสี่ยงจะกำเริบซ้ำ สามารถประสานมายังผู้รับผิดชอบรายกรณีเพื่อแจ้งจิตแพทย์นำตัวมา Admit ก่อนจะกำเริบซ้ำ

1. ผลการประเมินความเป็นประโยชน์ของ SMART Model ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินความเป็นประโยชน์ของ SMART Model (n=15)

ความเป็นประโยชน์ของ SMART Model	M	SD	ระดับ
1. รูปแบบมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาที่จะแก้ไข	4.80	0.41	มาก
2. มีความครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	4.80	0.41	มาก
3. ระยะเวลาในการใช้รูปแบบมีความเหมาะสม	4.73	0.45	มาก
4. เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน	4.73	0.45	มาก
5. การใช้รูปแบบในการประสานงานมีความเหมาะสม	4.73	0.45	มาก
6. เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	5.00	0.00	มาก
7. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของหน่วยงาน	4.73	0.45	มาก
8. รูปแบบไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน	4.66	0.48	มาก
9. เพิ่มมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	4.66	0.48	มาก
10. มีความน่าเชื่อถือในการนำไปปฏิบัติ	5.00	0.00	มาก
ภาพรวม	4.78	0.44	มาก

จากตาราง 1 พบว่า ความเป็นประโยชน์ของ SMART Model ภาพรวม อยู่ในระดับมาก (M= 4.78, SD= 0.44) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ รูปแบบฯ เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และมี

ความน่าเชื่อถือในการนำไปปฏิบัติ ($M = 5.00, SD = 0.00$) รองลงมาคือ รูปแบบมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาที่จะแก้ไข และมีความครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ($M = 4.80, SD = 0.41$) และระยะเวลาในการใช้รูปแบบมีความเหมาะสม เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน การใช้รูปแบบในการประสานงานมีความเหมาะสม และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของหน่วยงาน ($M = 4.73, SD = 0.45$) เห็นได้ว่ารูปแบบฯ มีความเป็นประโยชน์และสามารถนำไปประเมินประสิทธิผลต่อไปได้

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนการประเมินอาการทางจิต Positive and negative syndrome scale: PANSS ก่อน (ระยะแรกรับ) และ หลัง (วันจำหน่าย) การใช้รูปแบบ SMART Model โดยใช้ Wilcoxon signed ranks test ($n=14$)

ความรู้	M	SD	Z	p-value
ค่าคะแนน PANSS ก่อนการใช้ SMART Model	39.86	9.33	-3.301	.001
ค่าคะแนน PANSS หลังการใช้ SMART Model	25.79	7.77		

จากตาราง 2 ค่าคะแนนการประเมินอาการทางจิต Positive and negative syndrome scale: PANSS หลังการใช้ SMART Model ต่ำกว่าก่อนการใช้ SMART Model ($M = 25.79, SD = 7.77$) ($M = 39.86, SD = 9.33$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนการประเมินอาการทางจิต ก่อนและหลัง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. สภาพปัญหาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี พบว่า ปัญหาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงส่วนใหญ่เกิดจากมีการใช้สารเสพติดรวมและขาดการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติก่อความรุนแรง มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดซ้ำ ถ้าญาติผู้ดูแลไม่มีการดูแลให้กินยาต่อเนื่อง อีกทั้งเมื่อเริ่มมีพฤติกรรมรุนแรงญาติไม่สามารถจัดการได้ จนก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ในระดับชุมชน เมื่อพบผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไม่มั่นใจที่จะขอความช่วยเหลือหรือทีมที่จะเข้าควบคุมผู้ป่วยได้เนื่องจากแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงไม่ชัดเจน อีกทั้งทีมจำกัดพฤติกรรมไม่มีความรู้และความชำนาญในการเข้าจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนและอันตราย และส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 90 สอดคล้องกับ Walaisri (2023) และ Chudpimai (2023) ซึ่งมีผลกำลังมากกว่าเพศหญิง ทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวผู้ป่วยเพื่อฉีดยาตามแผนการรักษาให้สำเร็จได้ โดยพฤติกรรมความรุนแรงที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อเหตุซ้ำทั้งในครอบครัวและชุมชน จำเป็นต้องรับไว้นอนโรงพยาบาลเพื่อดูแลรักษาภาวะวิกฤติทางจิตเวช การส่งต่อผู้ป่วยโดยระบบ Fast track ช่วยลดการรอคอยที่ห้องฉุกเฉินได้ ทำให้นำส่งขณะผู้ป่วยอาการสงบได้รวดเร็วและปลอดภัย ส่วนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายมีความสำคัญมากเพื่อป้องกันการขาดการรักษาและดูแลการกินยาต่อที่บ้านได้ การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายให้เครือข่ายยังไม่เป็นระบบทำให้เกิดปัญหาการติดตามและขาดการรักษาต่อเนื่องเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำหรือ Readmit ภายใน 90 วันได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sriharaksa (2022) ที่ศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่

เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอ เมือง ที่พบว่า สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ญาติ หรือผู้ดูแล ขาดความรู้ ทักษะการดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากชุมชน ทีมสุขภาพ จึงจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการเยี่ยมบ้าน ปรับแผนการดูแลตามให้เหมาะสม

2. รูปแบบที่ได้ คือ SMART Model ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิจัยและมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี โดยมีความสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ การประเมินอาการตั้งแต่แรกเริ่ม วินิจฉัยปัญหา วางแผนให้การพยาบาล การดูแลรักษา การประเมินผลการรักษาและติดตามประเมิน และ สอดคล้องกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดย SMIV คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental illness with High Risk to Violence) ซึ่ง SMART Model เป็นแนวทางการดูแลตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2020) โดย Mitigation เป็นการบรรเทาหรือจัดการโดยทีม และ Admit เป็นแนวทางการรับไว้รับการรักษาที่รพ.ปัตตานี เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมักก่อเหตุในชุมชนของตนเองดังนั้นการการบรรเทาหรือจัดการโดยทีมเพื่อส่งเข้ารับการรักษามีเชื่อมโยงกัน ส่วน Recovery เป็นแนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยรวมทั้งการเตรียมจำหน่าย และ Team เป็นระบบเครือข่ายที่ร่วมดูแลต่อเนืองที่บ้าน ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เห็นได้จากการวิจัยของ Klungka, Piyabanditkul, & Jaitieng (2022) ที่ศึกษาการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ศึกษาได้รับการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวเป็นหลักในด้านกิจวัตรประจำวัน แต่ผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง ด้านบริการสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการดูแลตามมาตรฐานเท่านั้น และสอดคล้องกับการวิจัยของ Walaisri (2023) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้น ($t=16.55$, $p\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทีมซึ่งรวมถึงระบบเครือข่ายที่ร่วมดูแลต่อเนืองที่บ้านมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วย

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี ก่อน(ระยะแรกเริ่ม) และหลัง (วันจำหน่าย) พบว่าค่าคะแนนการประเมินอาการทางจิต Positive and negative syndrome scale: PANSS หลังการใช้ SMART Model ต่ำกว่าก่อนการใช้ SMART Model ($M=25.79$, $SD=7.77$) ($M=39.86$, $SD=9.33$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนการประเมินอาการทางจิตก่อนและหลัง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลรักษาตามรูปแบบ SMART Model ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เกิดการทำงานที่เชื่อมโยง การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่ระดับชุมชนให้เข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดการกำเริบซ้ำได้ มีสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Jansam (2020) เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อเขตบริการจังหวัดยโสธร ที่พบว่าการสร้างระบบเริ่มจากการระดมการมีส่วนร่วมของบุคลากรงานสุขภาพจิตทุกระดับตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับจังหวัด ด้วยการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน สร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วย (Clinical practice guideline) ร่วมกันตั้งแต่ในระดับชุมชน โรงพยาบาล ภายใต้ระบบการสื่อสารเชื่อมโยง ส่งต่อการทำงานอย่างสิ้นไหล มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ มีระบบการปรึกษาโดยแพทย์

(Doctor's consult) และการส่งต่อ การสร้างเครื่องมือติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วย การใช้รูปแบบโรงพยาบาลสามสหาย (Resource sharing) เพื่อให้มีจิตแพทย์บริการอย่างเพียงพอ หลังการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า อัตราการเข้ารับบริการในระบบการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.11 เป็นร้อยละ 90.44 และยิ่งสอดคล้องกับ Walaisri (2023) หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงลดลง ($t = 8.59, p\text{-value} < 0.001$)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบ SMART Model ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภททำให้อาการทางจิตลดลงและเกิดระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่สามารถเชื่อมโยงทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกัน เพื่อเป้าหมายเดียวกัน สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี
2. เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของรูปแบบ SMART Model ให้เกิดประโยชน์สูงสุดควรมีการประเมินผลการใช้รูปแบบ SMART Model ต่อเนื่องทุกปี เพื่อปรับปรุงและหาแนวทางที่ครอบคลุมมากขึ้นในการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ SMART Model ในด้านอื่นๆ เช่น ต่อระยะเวลาการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเพื่อใช้ในการวางแผนการป้องกัน

References

- Charoensri, K. (2023). 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. *Journal of Environmental Health and Community Health*, 8(2), 286-296.
- Chudpimai, R. (2023). Development of a care model for chronic psychiatric patients At-risk groups in the community through the participation process of network partners, Lamplimat district, Buriram province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(3), 851-867.
- Klungka, S., Piyabanditkul, L., & Jaitieng, A. (2022). Analysis of Caring Pattern for Persons with Schizophrenia in One Tumbon of Khon Kaen Province. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(3), 31-41.
- Jansam, S. (2020). Development of a seamless psychiatric care service system in the service area, Yasothon province. *Journal of Health Science*, 31(1), 1-9.

- Laongsri, S., Srichaikul, B., & Pimchan, N. (2017). The development of care model for psychiatric patients in the community Tambon Phai, Rattanakaburi district, Surin province. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 23(2), 1-9.
- Lohacheewa, S. (2022). Recurrence of psychiatric patient hospitalization: The nursing role in continuing care. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 1-9.
- Pattani Hospital. (2022). *Annual report 2022*. Pattani Hospital. Pattani Province.
- The Department of Mental Health. (2020). *Manual for the care system for psychiatric patients at high risk of act of violence for institutions/hospitals Under the Department of Mental Health*. Bangkok: Prosperus Plus. (in Thai)
- Sriharaksa, P. (2022). Caring for schizophrenic patients at risk of violence through the use of participatory case management in the community Muang district, Sakon Nakhon province: A case study of Khamin subdistrict, Mueang district, Sakon Nakhon province. *Journal of Health and Environmental Education*, 8(1), 436-447.
- Walaisri, K. (2023). Development of a care model for serious mental illness with high risk to violence in the community through the participation process of network partners, Selaphum district, Roi-et province. *Journal of Environmental and Community Health*, 8(3), 909-917.