

ประสิทธิผลของการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยชุมชนล้อมรั้ว: บัดดี้ 4 สหาย พะตังโมเดล

ไชยสิทธิ์ เทพชาตรี พ.บ.¹ หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล พ.บ.² ศรวัสส์ แสงแก้ว พ.บ., ปร.ด.²

ัญญลักษณ์ วันเลี้ยง พ.บ.³ วิราวรรณ ประยูรสวัสดิ์เดช พย.ม.³ ศิววงศ์ เพชรรัตน์ วท.ม.³

คอดีเยาะ กาเสาะ วท.ม.⁵

¹ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา

³กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา

³กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา

⁵ศูนย์พัฒนางานวิจัย โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา

บทคัดย่อ

ที่มา: ภาวะจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with a High Risk of Violence: SMI-V) เป็นปัญหาเรื้อรัง "บัดดี้ 4 สหาย พะตังโมเดล" พัฒนาขึ้นเพื่อดูแลสุขภาพจิตแบบบูรณาการในชุมชน มีสหาย 4 ประเภท: สหายประจำบ้าน สหายหมอสาธารณสุข สหายหมอครอบครัวและจิตแพทย์ และสหายเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลของโมเดล ต่อ คุณภาพชีวิต ความร่วมมือในการรับประทานยา พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย SMI-V และ ภาระของผู้ดูแล ก่อนและหลังจำหน่ายสู่ชุมชน ณ เวลา 1 เดือนและ 3 เดือน

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงสังเกตติดตามกลุ่มย้อนหลังโดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย SMI-V อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลหาดใหญ่สู่การดูแลในชุมชน ตำบล พะตัง สงขลา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2567 ในด้านคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ความร่วมมือในการรับประทานยา (Morisky Medication Adherence Scale 8-items: MMAS-8) และภาระผู้ดูแล (Zarit Burden Interview: ZBI) เปรียบเทียบผลด้านคลินิก 1 สัปดาห์ 1 เดือนและ 3 เดือน ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง 71 คน อายุเฉลี่ย 37 ปี (IQR: 30,50) เพศชาย ร้อยละ 71.83 พบความร่วมมือในการรับประทานยาสูงขึ้น ($p < .05$) ความร่วมมือรับประทานยาสูง เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 8.47 ใน สัปดาห์แรก เป็น ร้อยละ 26.42 และร้อยละ 32.08 ที่เวลา 1 และ 3 เดือนตามลำดับ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงดีขึ้น ($p < .001$) และไม่พบอัตรากำเริบซ้ำ ขณะที่คุณภาพชีวิตไม่เปลี่ยนแปลงชัดเจน ($p > .05$) ค่าเฉลี่ยภาระผู้ดูแลลดลง ($p < 0.001$)

สรุป: โมเดลบัดดี้ 4 สหาย พะตังช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา ลดพฤติกรรมก้าวร้าว และลดภาระผู้ดูแล ควรมีการสนับสนุนเชิงนโยบายให้ดำเนินการขยายผลในระยะยาว

คำสำคัญ: การดูแลในชุมชน, ความร่วมมือรับประทานยา, จิตเวชเสี่ยงสูง, พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง, ภาระผู้ดูแล

Effectiveness of Community-Based Psychiatric Treatment for SMI-V Patients: Buddy 4 Friends, the Patong Model

Chaiyasit Thepchatri, M.D.¹ Hathaitip Tamviriyakul, M.D.² Sorawat Sangkaew, M.D., PhD²

Thanyalak Wanliang, M.D.³ Wilawan Prayoonsawatdat, M.N.S.³

Siwawong Petcharat, M.S.³ Khodeeyoh Kasoh, M.S.⁴

¹ Director of Hat Yai Hospital, Songkhla

² Department of Social Medicine, Hatyai Hospital, Songkhla

³ Department of psychiatry and drug dependence, Hatyai Hospital, Songkhla

⁴Hatyai Research Development Center, Hatyai Hospital, Songkhla

Abstract

Background: Serious Mental Illness with a High Risk of Violence (SMI-V) is an urgent issue. The "Buddy 4 Friends Patong Model" was developed to provide integrated community mental health care, consisting of four types of "buddies": 1) Household buddy, 2) Public health doctor buddy, 3) Family doctor and Psychiatrist buddy, and 4) Community governance officer buddy.

Objective: To evaluate the effects of the model on the quality of life, medication adherence, aggressive behavior, and caregiver burden of SMI-V patients before and after discharge to the community at 1 and 3 months.

Methods: This retrospective cohort study reviewed medical records of SMI-V patients aged 18 and older discharged from Hat Yai Hospital to community care in Phatong Subdistrict, Songkhla, from February to April 2024. The outcomes included quality of life (WHOQOL-BREF-THAI), aggressive behavior (Overt Aggression Scale: OAS), medication adherence (Morisky Medication Adherence Scale 8-items: MMAS-8), and caregiver burden (Zarit Burden Interview: ZBI). Clinical results at 1 week, 1 month, and 3 months were compared using Repeated Measures ANOVA with a significance level of 0.05.

Results: The sample consisted of 71 participants, with a median age of 37 years (IQR: 30, 50), and 71.83% were male. Medication adherence increased significantly ($p < .05$), high level of medical adherence improving from 8.47 at week 1 to 26.42 and 32.08 at 1 and 3 months, respectively. Aggressive behavior improved significantly ($p < .001$), with no relapse observed. Quality of life showed no significant change ($p > .05$), while caregiver burden decreased significantly (p -value $< .001$).

Conclusions: The Buddy 4 Friends Patong Model improves medication adherence, reduces aggressive behavior, and alleviates caregiver burden. Policy support for the long-term expansion of the model should be prioritized.

Keywords: Community care, Medication adherence, High-risk mental illness, Aggressive behavior, Caregiver burden

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with a High Risk of Violence: SMI-V) เป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุขที่มีผลกระทบทั้งต่อความปลอดภัยของชุมชนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในปี 2563, 2564 และ 2565 พบผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรงจำนวน 1,463 คน, 2,783 คน และ 3,527 คน ตามลำดับข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ใช้สารเสพติดพบเพียงร้อยละ 8.5¹ แนวทางการรักษาแบบดั้งเดิมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีข้อจำกัดในหลายด้าน เช่น การขาดการดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ขาดระบบการดูแลในชุมชนและการบูรณาการของทุกภาคส่วน หลักฐานงานวิจัยพบว่า การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ¹⁻² เน้นให้มีการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคและลดความเสี่ยงในการก่อความรุนแรง¹⁻⁵ รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อสนับสนุนการรักษาจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและป้องกันการกำเริบของโรค⁵⁻⁶

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในปัจจุบันเน้นการดูแลในชุมชนมากกว่าการพึ่งพาสถานพยาบาล ซึ่งช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาใกล้บ้าน ลดการตีตราและการแยกตัวจากสังคมที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด^{4,7,8} มีงานวิจัยหลายงานสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน เป็นการสร้างระบบสนับสนุนที่

ใกล้ชิดเพิ่มคุณภาพการดูแลให้กับผู้ป่วย เพิ่มความต่อเนื่องและการเข้าถึงการรักษา ลดการกำเริบและเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์^{9, 13} "ชุมชนล้อมรั้ว" (Community Based Treatment: CBT) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพซับซ้อน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคจิตโรคเสียดิต และโรคเรื้อรังตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย เน้นการนำทรัพยากรในชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และอาสาสมัครมาทำงานร่วมกันเพื่อให้เข้าถึงการรักษา ลดอัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้ดีขึ้น⁷ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการชุมชนล้อมรั้วมีความแตกต่างกันตามบริบทองค์ประกอบของพื้นที่และความตระหนักของชุมชน กระบวนการสร้างความตระหนัก เสนอโดย Thornicroft G. ในปี ค.ศ.2010¹⁴ มี 3 วิธีการสำคัญได้แก่ การร่วมกันแสดงออกคัดค้านการตีตราผู้ป่วยในที่สาธารณะอย่างเป็นระบบ การให้การศึกษา และการสร้างผู้ที่สามารถไว้วางใจปรึกษาได้ทางสังคมให้กับผู้ป่วยรายบุคคล ซึ่งตรงกับหลักการ "สหาย" หรือ "บัดดี" ที่หมายถึง เพื่อนที่ไปด้วยกันรับฟังกัน การรวมความเชี่ยวชาญจากแพทย์ครอบครัว เจ้าหน้าที่ชุมชน และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจะช่วยตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามแผนการรักษา ลดการกำเริบ ลดพฤติกรรมรุนแรง ลดการตีตรา ส่งเสริมการกลับคืนสู่สังคมและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^{2, 14-17}

บัดดี 4 สหาย พะตังโมเดลได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน โดยเน้นการทำงานร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพแบบบูรณาการกับองค์กรท้องถิ่นเพื่อจัดการกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอย่างรุนแรง (SMI-V) โดยการกำหนดให้ผู้ป่วยมี "สหาย" ประจำตัว 4 คนที่ทำงานร่วมกันในการสนับสนุนผู้ป่วย ได้แก่ 1) สหายประจำ

บ้าน – อาสาสมัครในชุมชนที่ผู้ป่วยไว้วางใจ 2) สหาย
 หมอสาธารณสุข – บุคลากรจากหน่วยบริการปฐมภูมิ
 ที่ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ 3) สหายหมอครอบครัว
 และจิตแพทย์ – แพทย์ประจำตัวและแพทย์เฉพาะทาง
 ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 4) สหายฝ่ายปกครอง –
 ผู้นำชุมชนและบุคลากรที่ช่วยสร้างความเข้าใจและ
 การสนับสนุนจากชุมชน ปัจจุบันยังไม่มีมีการวิจัยที่
 ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชนที่ใช้รูปแบบ
 การบูรณาการเช่นนี้ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ
 ประเมินประสิทธิผลของบัดดี้ 4 สหาย พะตังโมเดลทั้ง
 ในด้านคลินิกและการลดภาระของผู้ดูแลหลังส่งต่อ
 ผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลในชุมชน พร้อมสร้างสิ่งแวดล้อมที่
 ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ
 ก่อความรุนแรง.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการ
 บำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ
 รุนแรง (SMI-V) ในด้าน คุณภาพชีวิต ความร่วมมือใน
 การรับประทานยา และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ก่อน
 และหลังจำหน่ายผู้ป่วยสู่ชุมชนด้วยระบบการดูแล
 แบบบัดดี้ 4 สหาย พะตังโมเดล ณ เวลา 1 และ 3
 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกเป็นภาระของ
 ผู้ดูแล ก่อนและหลังจำหน่ายผู้ป่วยสู่ชุมชนด้วยระบบ
 การดูแลแบบบัดดี้ 4 สหาย พะตังโมเดล ณ เวลา 1
 และ 3 เดือน

วัสดุและวิธีการ

วิธีการศึกษา

รูปแบบเป็นการศึกษาเชิงสังเกตติดตามกลุ่ม
 ย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) เพื่อ
 ประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลชุมชนตาม
 รูปแบบ บัดดี้ 4 สหาย พะตังโมเดล สำหรับผู้ป่วยจิต
 เวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious
 Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)

การศึกษานี้จะทบทวนข้อมูลทางการแพทย์รวมทั้งผล
 การตอบสนองประเภติด่าง ๆ ย้อนหลังเพื่อตรวจสอบ
 ผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลเข้าสู่
 ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนตามรูปแบบ ชุมชน
 ล้อมรั้วบัดดี้ 4 สหาย พะตังโมเดล ได้แก่ ผลลัพธ์
 ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ด้านพฤติกรรมก้าวร้าว
 รุนแรง ด้านความร่วมมือในการรับประทานยา และ
 ด้านความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยในระบบชุมชนล้อมรั้ว บัดดี้

4 สหาย พะตังโมเดล ในเวชปฏิบัติ

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ
 ก่อความรุนแรง (SMI-V) ด้วย "ชุมชนล้อมรั้ว บัดดี้ 4
 สหาย พะตังโมเดล" เป็นการดูแลในชุมชนตำบลพะตง
 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ตามนโยบายกระทรวง
 สาธารณสุขที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
 (Community Based Treatment: CBT) โดยผู้ป่วย
 จะได้รับการติดตามตั้งแต่หลังจำหน่ายจาก
 โรงพยาบาลในช่วงสัปดาห์แรกและได้รับการดูแลจาก
 "สหาย" 4 ประเภท ได้แก่ 1) สหายประจำบ้าน –
 อาสาสมัครในชุมชนหรือบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ 2) สหายที่
 เป็นหมอครอบครัวและจิตแพทย์ – แพทย์ประจำตัวและ
 แพทย์เฉพาะทางเพื่อดูแลผู้ป่วย 4) สหายที่เป็น
 เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง – ผู้นำชุมชนและบุคลากรที่
 ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและการสนับสนุนจากชุมชน
 โดยผู้ป่วยจะได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องในช่วง 1
 เดือน และ 3 เดือน โดยมีการประเมินผลการรักษาทุก
 รายโดยอาสาสมัครหมู่บ้าน ผ่านเครื่องมือ แบบวัด
 คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ
 (WHOQOL-BREF-THAI) แบบประเมินพฤติกรรม
 ก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale (OAS)
 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา
 (Morisky Medication Adherence Scale 8-items

(MMAS-8) และแบบวัดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (ฉบับภาษาไทย) (Zarit Burden Interview (ZBI)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) อายุ 18 ปีขึ้นไปซึ่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยจิตเวช รักษาจิต โรงพยาบาลหาดใหญ่

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) และได้รับการดูแลในชุมชนในพื้นที่นาร่อง ของ ตำบล พะตัง อ. หาดใหญ่ จังหวัด สงขลา ในระยะเวลาวิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ชิด

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ใช้การสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ผู้ที่เข้าสู่ระบบการรักษาทั้งหมดและเข้าเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลอายุ 18 ปีขึ้นไปจากประชากรเป้าหมายที่ได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนตามรูปแบบ บัตร 4 สหาย และพดงโมเดล ระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 โดยจะถูกคัดออก (Exclusion Criteria) หากมีข้อมูลปรากฏในเวชระเบียนว่าเป็นต่างด้าว หรือมีภาวะหรือโรคต่อไปนี้ ภาวะปัญญาอ่อน (Moderate to Severe Intellectual Disability) โรคสมองเสื่อม (Dementia with Psychiatric Disorders) ออทิสติก (Autistic)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้โปรแกรม G*Power ตามสูตรคำนวณ ANOVA Repeated measure ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ณ ภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเข้าสู่การดูแลในชุมชน บัตร 4 สหาย พดงโมเดล กับ ณ เวลา 1 และ 3 เดือน โดยประมาณค่า effect size

ขนาดต่ำ 0.25² ค่า correlation ระหว่างการวัดแต่ละครั้งระดับปานกลาง 0.5 ค่าอัลฟา 0.05 และ power ที่ 95% ได้กลุ่มประชากรตัวอย่าง 43 คน และคำนวณสำหรับการสูญเสีย 20% จะได้ขนาดตัวอย่าง 63 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง (อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการพักอาศัย) ข้อมูลด้านประวัติทางคลินิก (ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาล จำนวนครั้งที่กำเริบซ้ำ ประวัติการใช้สารเสพติด บุหรี่ สุรา) ข้อมูลการดูแลตามระบบ บัตร 4 สหาย พดงโมเดล ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ได้แก่

1. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)¹⁸ ข้อคำถาม 26 ข้อ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 และค่าความเที่ยงตรง (validity) เท่ากับ 0.65 คะแนนคะแนนคุณภาพชีวิตรวมแบ่ง 3 ระดับ ไม่ดี 26 – 60 คะแนน, ปานกลาง 61 – 95 คะแนน และ ดี 96 – 130 คะแนน

2. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS)¹ แบ่งระดับก้าวร้าวรุนแรงเป็น 4 ระดับ 0 คะแนนไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง, 1 คะแนน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่รับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ (Moderate) ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง , 2 คะแนน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน (Semi-critical) ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง , 3 คะแนน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้จนเกิด

อันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน (Critical) ต้องจัดการทันทีทันใด

3. แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (Morisky Medication Adherence Scale 8-items: MMAS-8)¹⁹ มีค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือเท่ากับ 0.83 ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ การแปลผล แบ่ง 3 ระดับ คะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน คะแนน 6 – 7 คะแนน และคะแนน 8 คะแนน หมายถึง หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ ระดับกลาง และระดับสูง ตามลำดับ

4. แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล²⁰ โดยมีค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือเท่ากับ 0.92 ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ มาตราวัด 5 ระดับ จาก 0 ถึง 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแล 4 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) ความรู้สึกผิด (guilt) และเจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) โดยคะแนนรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ 0 – 20 คะแนน ไม่เป็นภาระในการดูแล 21 – 40 คะแนน เป็นภาระน้อยถึงปานกลาง 41 – 60 คะแนน เป็นภาระปานกลางถึงมาก และ 61 – 88 คะแนน เป็นภาระมาก

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลทางคลินิกจากบันทึกการรักษาผู้ป่วยและข้อมูลจากการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยและผู้ดูแล หากข้อมูลไม่ปรากฏอยู่ในเวชระเบียนหรือบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจะลงบันทึกเป็นไม่มีข้อมูล (Missing data) ข้อมูลจะถูกติดตามเมื่อเวลา 1 สัปดาห์, 1 เดือน และ 3 เดือน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล รวมเป็นการติดตามทั้งสิ้น 3 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Stata 18 ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ากลาง (median) ควอไทล์ (IQR)

ข้อมูลเชิงปริมาณเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ณ เวลา (0, 1 และ 3 เดือน) ได้แก่ คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ความร่วมมือในการรับประทานยา (MMAS-8) และภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Score) ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลหาดใหญ่ (หมายเลขอนุมัติ HYH EC 104-67-01) ปกป้องสิทธิความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของผู้กลุ่มตัวอย่างวิจัยโดยดำเนินการขออนุมัติใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลตามหลักจริยธรรมและรักษาความลับของข้อมูล การรายงานผลเป็นไปในลักษณะภาพรวมทางสถิติ และไม่มีการระบุตัวตนของผู้ป่วย

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนตามรูปแบบ บัดดี้ 4 สหาย และพะตงโมเดล ระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 มีจำนวนทั้งสิ้น 71 คน เข้าสู่งานวิจัยทั้งหมดร้อยละ 100 พบว่า อายุเฉลี่ย (median) 37 ปี (IQR : 30,50) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.83)มากกว่าครึ่งมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 54.93) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือมัธยมศึกษา (ร้อยละ 45.07) และประถมศึกษา (ร้อยละ 40.85) ส่วนใหญ่ว่างงานหรือไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 43.66) รองลงมาคือเกษตรกร (ร้อยละ 19.72) และรับจ้าง (ร้อยละ 16.90) ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 5 ปี (IQR 1,7) และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 2 ครั้ง (IQR 1,5) ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็นบิดา

มารดา (ร้อยละ 57.7) รองลงมาคือพี่น้องหรือบุตร (ร้อยละ 16.9) และไม่มีผู้ดูแล (ร้อยละ 7.04) ด้านการใช้สารเสพติดพบว่า ดื่มสุราร้อยละ 14.08 สูบบุหรี่ร้อยละ

ละ 25.35 และใช้สารเสพติดร้อยละ 45.07 โดยส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า (ร้อยละ 82.76) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=71)

ลักษณะประชากร		จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	51(71.83)
	หญิง	20 (28.17)
อายุ (ปี) Median(IQR)		37 (30,50)
สถานภาพสมรส	โสด	39 (54.93)
	สมรส	15 (21.13)
	แยกกันอยู่/หย่าร้าง	11 (15.49)
	หม้าย	6 (8.45)
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	4 (5.63)
	ประถมศึกษา	29 (40.85)
	มัธยมศึกษาตอนต้น	25 (35.21)
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	7 (9.86)
	ปวส./ อนุปริญญา	2 (2.82)
	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	2 (2.82)
	อื่นๆ	1 (1.41)
อาชีพ	Missing	1 (1.41)
	ว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	31 (43.66)
	นักเรียน/นักศึกษา	1 (1.41)
	เกษตรกร	14 (19.72)
	รับจ้าง	12 (16.90)
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4 (5.63)
	ข้าราชการ	2 (2.82)
	พนักงานบริษัทเอกชน	5 (7.04)
	อื่นๆ	2 (2.82)

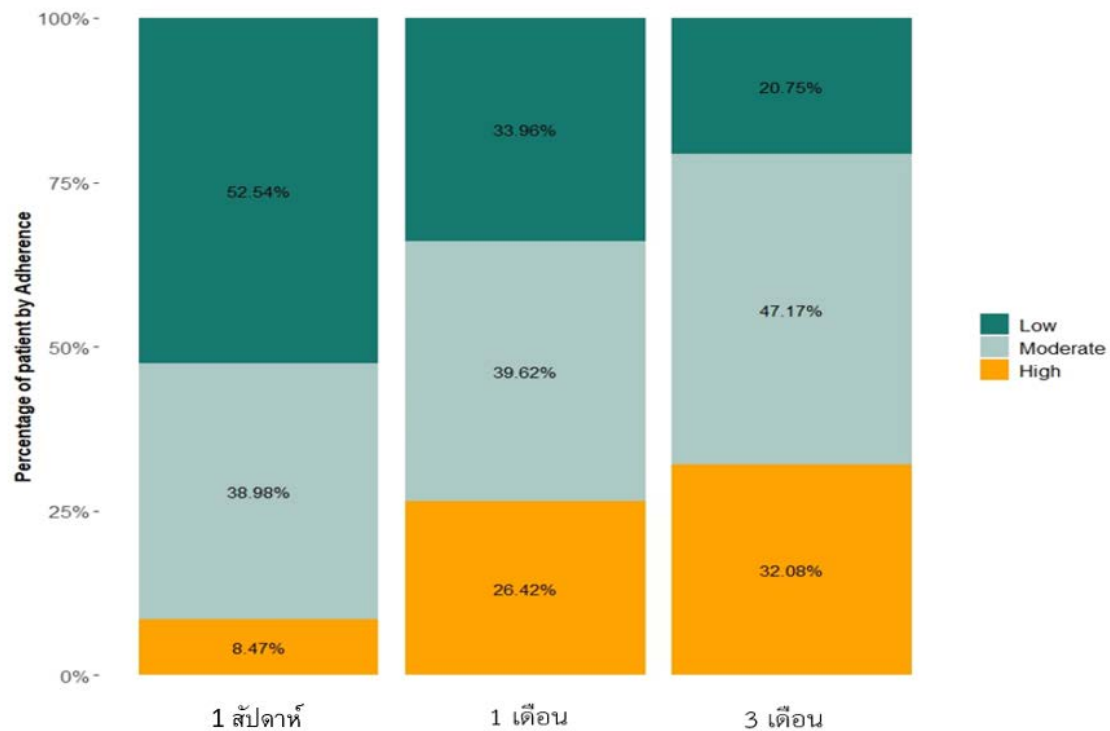
ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=71) (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี) Median (IQR)	5 (1,7)
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ครั้ง) Median (IQR)	2 (1,5)
ผู้ดูแลหลัก	
บิดามารดา	41(57.75)
พี่น้อง/บุตร	12(16.9)
สามี/ภรรยา	10(14.08)
ญาติ	3(4.23)
ไม่มีผู้ดูแล	5(7.04)
ดื่มสุรา	10 (14.08)
สูบบุหรี่	18 (25.35)
สารเสพติด	32 (45.07)
amphetamine	24 (82.76)
cannabis	3 (10.34)
kratom	2 (6.9)

ความร่วมมือในการรับประทานยา

จากการศึกษาพบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยภายหลังเข้าร่วมในระบบการดูแลแบบบัตต์ 4 สหาย พะตงโมเดล มีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.020) (ตารางที่ 2) โดยพบว่าเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน 1 สัปดาห์แรก ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาระดับสูง พบร้อยละ 8.47 มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ

26.42 ที่เวลา 1 เดือน และร้อยละ 32.08 ที่เวลา 3 เดือน กลุ่มที่มีการรับประทานยาในระดับปานกลางพบสัดส่วนเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 38.98 ในสัปดาห์แรก เป็นร้อยละ 39.62 และ ร้อยละ 47.17 ที่เวลา 1 และ 3 เดือน และความร่วมมือรับประทานยาระดับต่ำมีสัดส่วนลดลงจากครั้งแรกร้อยละ 52.54 เหลือร้อยละ 33.96 และร้อยละ 20.75 ที่ระยะเวลา 1 และ 3 เดือน ตามลำดับ (ภาพที่ 1)

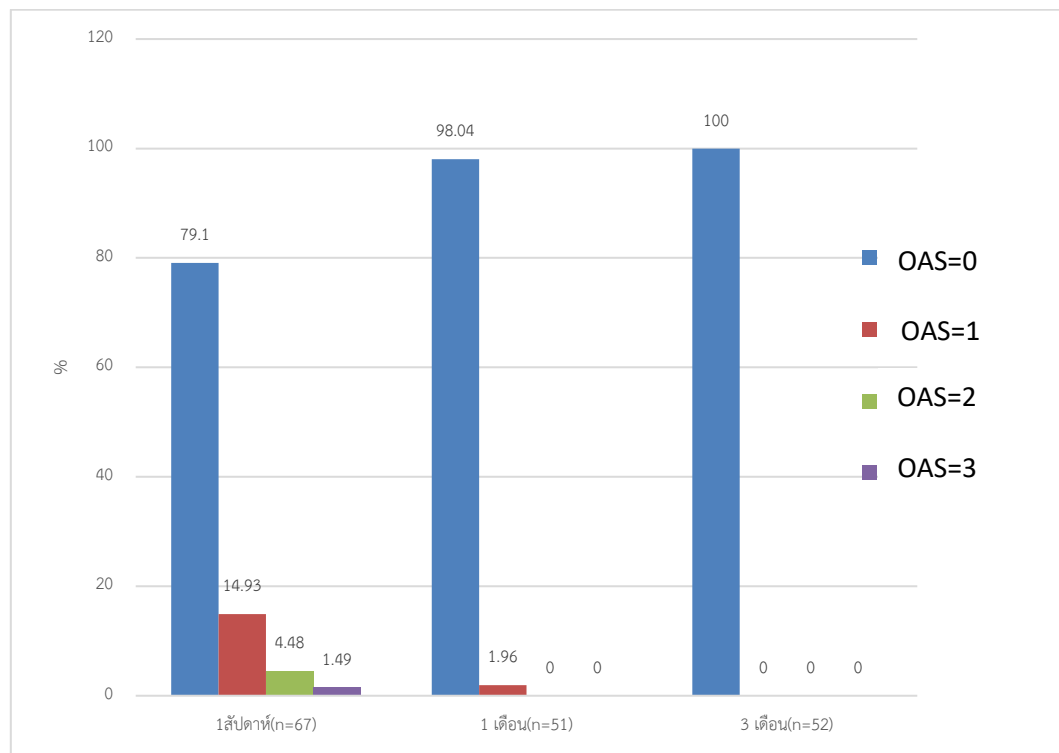


ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย SMI-V เปรียบเทียบ สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน หลังเข้าสู่ระบบการดูแลแบบบัตตี้ 4 สหาย พะตังโมเดล

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและอัตราการกำเริบซ้ำ

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สัปดาห์แรกมีผู้ป่วยที่ยังมีความก้าวร้าวระดับ 1 ถึง ระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 14.93, 4.48, และ 1.49 ตามลำดับ ภายหลังเข้าร่วม

ในระบบการดูแลแบบบัตตี้ 4 สหาย พะตังโมเดล 1 เดือน ไม่มีรายงานผู้ป่วยที่มีความก้าวร้าวระดับ 2 และ 3 และเมื่อระยะเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยร้อยละ 100 ไม่พบพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (ภาพที่ 2) ไม่พบผู้ป่วยทั้ง 71 รายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเมื่อเวลา 3 เดือน อัตราการกำเริบซ้ำเท่ากับศูนย์

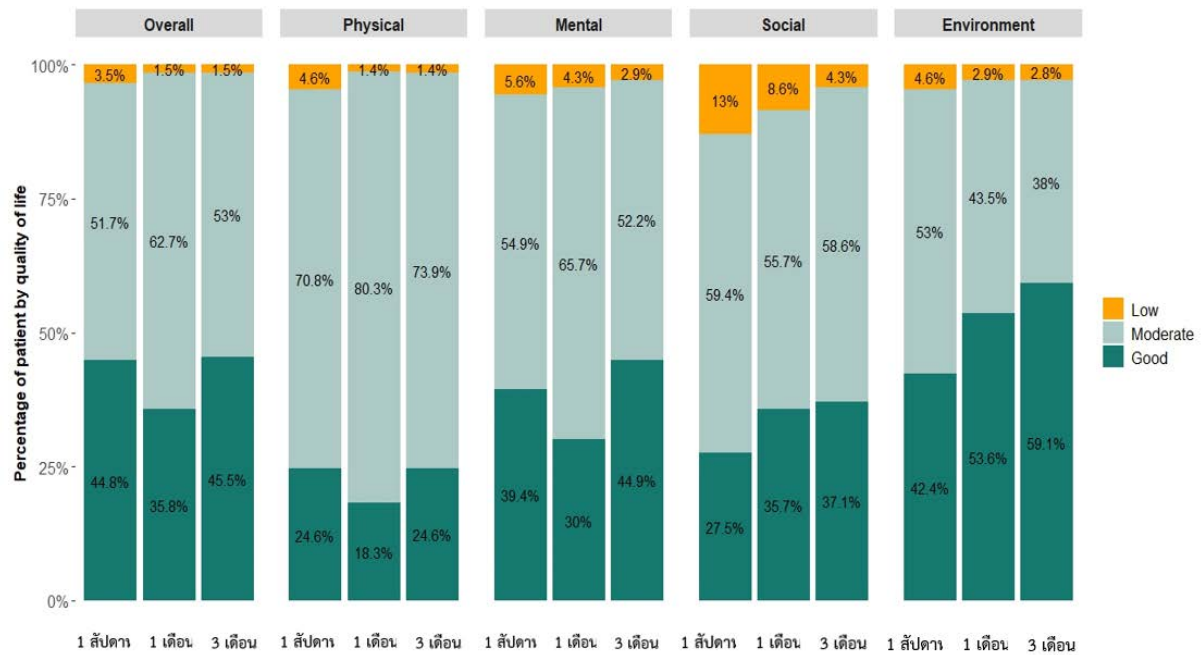


ภาพที่ 2 พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ของผู้ป่วย SMI-V เปรียบเทียบ สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย 1 และ 3 เดือน หลังเข้าสู่ระบบการดูแลแบบบำบัดดี 4 สหาย พะตังโมเดล

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและภาระของผู้ดูแล

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย SMI-V หลังจำหน่ายผู้ป่วยสู่ชุมชนด้วยระบบการดูแลแบบบำบัดดี 4 สหาย พะตังโมเดล ในด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม สัดส่วนผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตระดับดีเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์แรก ร้อยละ 44.8 เป็นร้อยละ 45.5 ที่ระยะ 3 เดือน คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสังคมมีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.4 ในสัปดาห์แรก เป็นร้อยละ 59.1 ที่ระยะ 3 เดือน ในด้านสิ่งแวดล้อม จากร้อยละ 27.5 เป็นร้อยละ

ร้อยละ 37.1 ที่ระยะ 3 เดือน คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจพบการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย โดยด้านร่างกายสัดส่วนคงที่ที่ร้อยละ 24.6 ทั้งในสัปดาห์แรกและที่ 3 เดือน มีการลดลงเล็กน้อยที่ 1 เดือน สัดส่วนคุณภาพชีวิตที่ดีด้านจิตใจในสัปดาห์แรก คิดเป็น ร้อยละ 39.4 และ ร้อยละ 44.9 ที่เวลา 3 เดือน (ภาพที่ 3) เมื่อพิจารณาเป็นคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตระหว่าง สัปดาห์แรก เดือนที่1 และ เดือนที่3 หลังเข้าสู่ระบบการรักษา ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.05$) (ตารางที่ 2)



ภาพที่ 3 แผนภูมิคุณภาพชีวิตในด้านภาพรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ของผู้ป่วย SMI-V เปรียบเทียบ สัปดาห์แรก 1 และ 3 เดือน หลังเข้าสู่ระบบการดูแลแบบบำบัดดี 4 สหาย พะตังโมเดล

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิต ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย SMI-V และภาระของผู้ดูแล หลังจำหน่ายผู้ป่วยสู่ชุมชนด้วยระบบการดูแลแบบบำบัดดี 4 สหาย พะตังโมเดล

คุณภาพชีวิต	1 สัปดาห์	1 เดือน	3 เดือน	p value
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	23.5 (4.22)	23.7 (2.96)	24.4 (3.25)	0.158
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	21.1 (3.79)	20.9 (3.34)	21.9 (3.36)	0.097
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.86 (2.09)	10.2 (1.84)	10.5 (1.96)	0.103
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	24.0 (4.87)	24.8 (4.63)	25.7 (4.06)	0.172
คุณภาพชีวิตรวม	90.6 (14.5)	90.6 (12.4)	94.0 (13.0)	0.250
ความร่วมมือรับประทานยา	4.81 (2.58)	5.72 (2.54)	6.44 (1.99)	0.020*
ความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแล	20.20 (19.0)	12.90 (14.2)	9.03 (11.8)	<0.001*

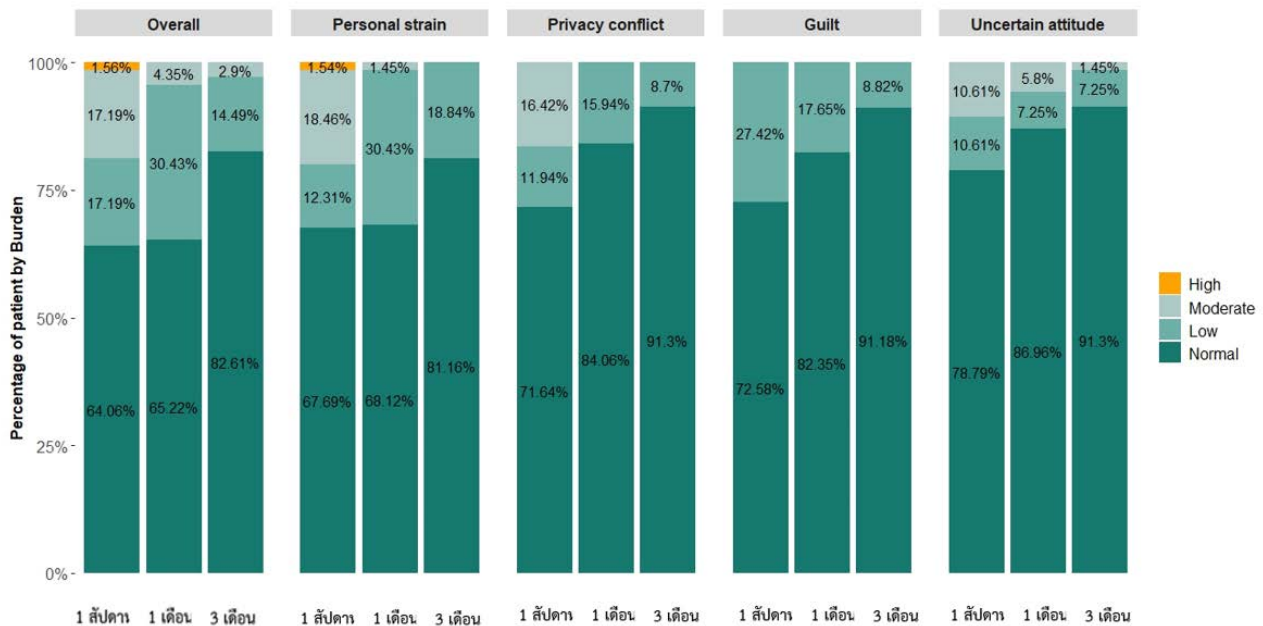
* $p < 0.05$

คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลลดลงในระยะเวลา 1 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2) โดยพบว่าผู้ดูแลมีภาระการดูแลระดับปกติเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์

แรก ร้อยละ 64.06 เป็นร้อยละ 65.22 ที่ระยะ 1 เดือน และร้อยละ 82.61 ที่ระยะ 3 เดือน เมื่อพิจารณามิติต่างๆ พบว่ามิติด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล ผู้ดูแลมีภาระการดูแลระดับปกติเพิ่มขึ้น

เล็กน้อยจากร้อยละ 67.69 สัปดาห์แรก เป็นร้อยละ 68.12 ที่ระยะ 3 เดือน มิติด้านความขัดแย้งส่วนตัว พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน โดยผู้ดูแลมีการระการ การดูแลระดับปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.64 สัปดาห์แรก เป็นร้อยละ 84.06 ที่ระยะ 1 เดือน และร้อยละ 91.3 ที่ระยะ 3 เดือน มิติด้านความรู้สึกผิด ผู้ดูแลมีการ

การดูแลระดับปกติเพิ่มขึ้นอย่างมากจากร้อยละ 72.58 สัปดาห์แรก เป็นร้อยละ 91.18 ที่ระยะ 3 เดือน และ มิติด้านเจตคติที่ไม่แน่นอนในการดูแล ผู้ดูแลมีการ การดูแลระดับปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.79 สัปดาห์แรก เป็นร้อยละ 91.3 ที่ระยะ 3 เดือน (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 4 แผนภูมิภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V ในด้านต่างๆ เปรียบเทียบ สัปดาห์แรก 1 เดือน และ 3 เดือน หลังเข้าสู่ระบบการดูแลแบบบำบัด 4 สหาย พะตังโมเดล

วิจารณ์

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยวัยทำงาน โสด สถานะการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ เจ็บป่วยมานานเรื้อรัง และเคยเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมาก่อน มีผู้ดูแลหลักเป็นบิดามารดา ใช้นาฬิกาชีวิตประเภทแอมเพตาคินเป็นส่วนใหญ่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบได้ใน ภาคอื่นของประเทศไทย² หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลในช่วงสัปดาห์แรกพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะยังมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเข้าสู่

กระบวนการดูแลด้วยชุมชนบำบัดสี่สหาย พะตังโมเดล ที่เวลา 1 เดือนและ 3 เดือน ความร่วมมือในระดับที่ดีและระดับดีมากเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{2, 14, 17} ซึ่งสนับสนุนประสิทธิภาพของการสนับสนุนจากเพื่อนในกลุ่มที่มีประสบการณ์คล้ายกัน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นคงและลดความเครียดที่อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงหรือความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตและการใช้สารเสพติด

การดูแลโดยชุมชนมีบำบัด 4 สหาย ช่วยดูแลช่วยทำให้ความก้าวร้าวของผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสงบและไม่พบการกำเริบซ้ำได้ภายในระยะเวลาสามเดือน

สอดคล้องกับการศึกษาของ Swanson¹⁶ ที่กล่าวถึงความสำคัญของการดูแลระบุความเสี่ยงพฤติกรรมรุนแรงตั้งแต่ระยะแรกๆ และการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนจะสามารถแทรกแซงและจัดการกับความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ เช่น ความเสี่ยงในการไม่ร่วมมือรับประทานยา ความเสี่ยงด้านความเครียด และการตีตราจากสังคม⁹⁻¹²

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในเดือนแรกและเดือนที่สามหลังเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจพบการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย และงานวิจัยครั้งนี้ยังไม่สามารถแสดงผลของการใช้ระบบการดูแลแบบบัตตี้ 4 สหยาต่อคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติต่างจากงานวิจัยของ Birkland⁶ ที่พบว่า การสนับสนุนด้านครอบครัวและสังคมจะมีผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสามารถอธิบายได้จากผู้ป่วยในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยด้านจิตเวชเรื้อรังและเคยรักษาตัวในโรงพยาบาลมาแล้วหลายครั้ง การเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายและจิตใจ จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการเฝ้าระวังและติดตามนานกว่าสามเดือนจึงจะเห็นผลลัพธ์ในด้านการรักษา งานวิจัยพบครั้งนี้ยังหลักฐานบ่งชี้การสนับสนุนผู้ดูแล ในการช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล ช่วยลดความขัดแย้งส่วนตัว ความรู้สึกผิด และความรู้สึกไม่มั่นคงแน่นอนในการดูแล และช่วยทำให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในหลายงานวิจัย^{2-3, 5-6}

ข้อจำกัดในการวิจัย

งานวิจัยมีจุดแข็งในด้านการออกแบบเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผลแบบถดถอยติดตามเป็นช่วง (Interrupted time series) และมีประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มากพอ อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดของการวิจัยเชิงสังเกตติดตามแบบย้อนหลัง ซึ่งไม่สามารถควบคุมตัวแปรกวนที่ไม่ทราบได้ (unknown

confounder) และการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) อาจมีอคติให้ผลการดำเนินการได้ผลดีเกินความจริงของประชากรทั่วไปได้และยังมีข้อจำกัดของการติดตามผู้ป่วยได้ในระยะเวลาสั้นเพียง 3 เดือน ทำให้ยังไม่สามารถพิสูจน์ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

การทำวิจัยครั้งต่อไปควรเป็นงานวิจัยในรูปแบบการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อนำร่องการนำไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ที่มีความหลากหลายมาก และขยายวงกว้างขึ้น เช่น พื้นที่ที่มีการปกครองในเขตเมืองและเขตชนบท ที่จะมียุทธศาสตร์ประกอบภาคท้องถิ่นของสหยาคนที่ 4 ที่แตกต่างกัน รวมทั้งการติดตามในระยะยาวด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จะเป็นหลักฐานสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับสหวิชาชีพและบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ ได้ในเวชปฏิบัติต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ปรับนโยบายการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคจิต โรคเสพติด ยาเสพติด ทั่วประเทศโดยเน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการดูแล โดยการนำทรัพยากรในชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และอาสาสมัครมาทำงาน ร่วมกันเพื่อให้การดูแลที่เข้าถึงได้และมีประสิทธิภาพ ซึ่งหลักการสำคัญของ "ชุมชนล้อมรั้ว" (Community Based Treatment : CBTx) คือการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน แทนที่จะพึ่งพาการรักษาผ่านโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว ซึ่งจะช่วยปรับปรุงการเข้าถึงการรักษา ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้ดีขึ้นโดยการใช้โมเดลการดูแลแบบชุมชน

2.เน้นการสร้างผู้ที่สามารถไว้วางใจปรึกษาได้ทางสังคมในชุมชน ให้กับผู้ป่วยรายบุคคล ซึ่งตรงกับหลักการ “สหาย” หรือ “บัดดี้” ที่หมายถึง เพื่อนที่ไปด้วยกันรับฟังกัน การรวมความเชี่ยวชาญจากแพทย์ ครอบครัว เจ้าหน้าที่ชุมชน และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจะช่วยตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามแผนการรักษา ลดการกำเริบ ลดพฤติกรรมรุนแรง ลดการตีตรา ส่งเสริมการกลับคืนสู่สังคมและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3.เน้นการป้องกัน การเข้าถึงการดูแลที่รวดเร็ว และการจัดการโรคเรื้อรังในลักษณะที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพกว่าในการดูแลสุขภาพในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัดโดยรวม บัดดี้ ๔ สหาย เช่นที่พะตงโมเดล ซึ่งจะเป็นรูปแบบหนึ่งของระบบการดูแลในชุมชนที่อาศัยความร่วมมือใกล้ชิดระหว่างผู้ป่วย ผู้ให้บริการทางการแพทย์ และชุมชนเพื่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชที่รุนแรงและปัญหาการใช้สารเสพติด

4.บูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ในชุมชน มีการติดตามผลการรักษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคและลดความเสี่ยงในการก่อความรุนแรง รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อสนับสนุนการรักษาจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและป้องกันการกำเริบของโรค

5. บูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ของภาครัฐ หรือภาคเอกชน ในการสร้างงาน สร้างรายได้ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเยียวยารักษา จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ชุมชนห่างไกลและปลอดภัยจากยาเสพติดอย่างยั่งยืนได้สำเร็จ

สรุป

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ด้วยการบูรณาการทั้งการดูแลระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และองค์กรต่างๆ ตามรูปแบบ "บัดดี้ 4 สหาย" พะตงโมเดล ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา ลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และลดภาระการดูแลของผู้ดูแล การสนับสนุนเชิงนโยบายในการบูรณาการงานระหว่างองค์กรและการติดตามการดูแลในระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นความจำเป็นเร่งด่วนในการแก้ปัญหาผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลพะตง ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ดำเนินการโครงการบัดดี้ 4 สหาย พะตงโมเดล และอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูล จนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง Severe Mental Illness – High Risk to Violence (V-Care): คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2024. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1394>
2. โกศล เจริญศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอตอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กรณีศึกษา บ้านนาทาม - ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอตอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2023;8(2):286-96.

3. Pettersen H, Landheim A, Skeie I, Biong S, Brodahl M, Oute J, et al. How Social Relationships Influence Substance Use Disorder Recovery: A Collaborative Narrative Study. *Substance Abuse: Research and Treatment*. 2019;13: 1178221819833379.
4. Organization WH. Community engagement: A health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people. 2020 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010529>
5. ผิวเรือนนท์ ป, ทองจันทร์ ส. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วม ของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอภูกระดึง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2024;4(1):185-98.
6. Birkeland B, Weimand B, Ruud T, Maybery D, Vederhus J-K. Perceived family cohesion, social support, and quality of life in patients undergoing treatment for substance use disorders compared with patients with mental and physical disorders. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2021;16(1):44.
7. Crime UNOoDa. Community Based Treatment and Care for Drug Use and Dependence: Information Brief for Southeast Asia 2014 [cited 2024 7 November]. Available from: http://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbtx/cbtx_brief_EN.pdf
8. SAMHSA. Community Engagement: An Essential Component of an Effective and Equitable Substance Use Prevention System. 2022. Available from: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep22-06-01-005.pdf>
9. Ashford RD, Brown A, Canode B, Sledd A, Potter JS, Bergman BG. Peer-based recovery support services delivered at recovery community organizations: Predictors of improvements in individual recovery capital. *Addictive Behaviors*. 2021;119:106945.
10. Dobkin PL, De CM, Paraherakis A, Gill K. The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*. 2002;97(3):347-56.
11. Ellis B, Bernichon T, Yu P, Roberts T, Herrell JM. Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. *Evaluation and Program Planning*. 2004; 27(2):213-21.
12. Boisvert RA, Martin LM, Grosek M, Clarie AJ. Effectiveness of a peer-support community in addiction recovery: participation as intervention. *Occup Ther Int*. 2008; 15(4):205-20.
13. Mojtabai R, Zivin JG. Effectiveness and cost-effectiveness of four treatment modalities for substance disorders: a propensity score analysis. *Health Serv Res*. 2003; 38(1):233-59.
14. Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R, Barley E, Drake RE, Gregorio G, et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of

community mental health care. *World Psychiatry*. 2010;9(2):67-77.

15. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden¹. *The Gerontologist*. 1980;20(6):649-55.

16. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 2006; 63(5):490-9.

17. Taban M, Nooraeen S, Tanha K, Moradi-Lakeh M, Malakouti SK. Effectiveness and cost-effectiveness of community-based mental health services for individuals with severe mental illness in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):256. Taban et al. *BMC Psychiatry*.

2024; 24(256): 1-12.

<https://doi.org/10.1186/s12888-024-05666-7>

18. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI): กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2016 เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.moph.go.th/test/Download/view.asp?id=17>

19. Sakthong P, Chabunthom R, Charoenvisuthiwongs R. Psychometric properties of the Thai version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with type 2 diabetes. *Ann Pharmacother*. 2009;43(5):950-7.

20. ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, วรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลและการศึกษา*. 2554; 4(1): 62-75.