



ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกับคู่มือแลกันต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความ
เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

โรงจกร ลือมงคล พ.บ., ส.ม., บธ.ด.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียวแบบวัดซ้ำนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกับคู่มือแลกันต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ในช่วงเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2564 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจำนวน 32 คน ซึ่งถูกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบวัดอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ One-way repeated measures ANOVA และ Binomial exact probability test

ผลการศึกษา : พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน ($\bar{X} = 34.65$, $SD = 8.53$) และ 3 เดือน ($\bar{X} = 31.96$, $SD = 7.42$) ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 39.09$, $SD = 10.49$) และความแตกต่างนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,21,37.74} = 17.75$, $p < 0.001$) นอกจากนี้แล้วยังพบว่า หลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกำเริบซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.031$) ในขณะที่อัตราความร่วมมือในการกินยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.016$)

ผลของการศึกษานี้บ่งชี้ว่า โปรแกรมแรงสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกับคู่มือแลกันมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ดังนั้นควรนำโปรแกรกดังกล่าวไปใช้ในสถานบริการอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: แรงสนับสนุนจากครอบครัว คู่มือแลกัน จิตเภท ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

*โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ



**Effect of the family support with buddy care program on the care of schizophrenia patients
with high risk to violence in Khonsawan district, Chaiyaphum Province**

Rodjakom Luemongkol M.D., M.P.H., D.B.A.

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study (One-group with repeated measures design) was to investigate the effect of family support with buddy care program on the care of schizophrenia patients with high risk to violence in Khonsawan district, Chaiyaphum province during January to March 2021. The samples consisted of 32 schizophrenia patients who were selected by purposive sampling. The instruments were the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), and clinical outcome assessment. Data were analyzed using One-way repeated measures ANOVA, and Binomial exact probability test.

After evaluated the psychiatric symptoms of patients by using BPRS found that the mean scores of psychiatric symptoms at 1-month post receiving the program ($\bar{X} = 34.65$, $SD = 8.53$) and 3-month post receiving the program ($\bar{X} = 31.96$, $SD = 7.42$) were both lower than the scores at baseline ($\bar{X} = 39.09$, $SD = 10.49$). The mean scores of psychiatric symptoms were significantly different ($F_{1,21,37.74} = 17.75$, $p < 0.001$). Additionally, after 3-month post receiving the program, the clinical outcome such as relapse rate were reduced significantly ($p = 0.031$) whereas, the drug adherence rate was improved significantly ($p = 0.016$).

The results showed that the family support with buddy care program was effective in caring of schizophrenia patients with high risk to violence. Therefore, this program should be implemented for other service setting.

Keywords: family support, buddy care, schizophrenia, high risk to violence

* Khonsawan hospital, Chaiyaphum province



บทนำ

โรคจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย รวมถึงญาติผู้ดูแล และคนอื่นๆ ในชุมชน ผู้ป่วยโรคจิตเวชมักขาดโอกาสและการสนับสนุนในสังคม ทำให้ตกเป็นเหยื่อในรูปแบบต่างๆ หรือเสี่ยงต่อการก่อคดีอุกฉกรรจ์ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังที่อาการไม่คงที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง อาจก่ออันตรายต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และชุมชน ญาติหรือผู้ดูแลก็ได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะสูงในการดูแล ส่งผลให้ญาติเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดความหวังและกำลังใจในการรักษา⁽¹⁾ ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรง ร้อยละ 14.30 หรือ 7 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ประมาณร้อยละ 2.80 หรือ 1.40 ล้านคน และโรคจิตเภท (Schizophrenia) ประมาณร้อยละ 0.80 หรือ 400,000 คน⁽²⁾ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งนับว่าเป็นโรคจิตเวชที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการทางจิตที่รุนแรง มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม มีอาการหลงผิด และบางครั้งมีอาการประสาธหลอนร่วมด้วย ต้องรักษาติดต่อกันยาวนาน ต้องใช้ยาและเครื่องมืออื่นๆ รวมทั้งการบำบัดในรูปแบบต่างๆ ซึ่งทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียบประมาณเป็นจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้⁽³⁾ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มักมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ทำให้มีความยุ่งยากในการดูแลรักษา เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติติดยาหรือสารเสพติด มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย มีปัญหาอยู่ร่วมกับชุมชน และมีแนวโน้มถูกทอดทิ้ง ซึ่งสาเหตุของการกำเริบซ้ำเกิดจากการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขาดยา ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง เป็นต้น ก่อให้เกิดปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา และเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อปัญหา เช่น การทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น/การก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน และความเสี่ยงต่อการก่อคดีอาญา (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) เป็นต้น^(1,2,4)

จากข้อมูลของอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2563 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลคอนสวรรค์จำนวน 110 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำจนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ จำนวน 9 ราย⁽⁵⁾ ซึ่งจากการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย รวมทั้งญาติหรือผู้ดูแล และคนในชุมชนพบว่า สาเหตุการกำเริบซ้ำส่วนใหญ่เกิดจากการขาดยาหรือขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ติดสุราหรือสารเสพติด และไม่มีคนดูแล เป็นต้น⁽⁶⁾ และจากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลคอนสวรรค์ และเครือข่ายบริการสุขภาพจิตอำเภอคอนสวรรค์ พบประเด็นสำคัญ คือ รูปแบบการดูแลที่มีอยู่เดิมเป็นลักษณะของการดูแลรักษาแบบใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน (Hospital-based care) ซึ่งไม่ใช่การดูแลแบบที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based care) ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมและขาดการประสานงานของภาคีเครือข่าย การส่งต่อข้อมูลของการดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ไม่ครอบคลุมและขาดการเชื่อมโยงกันทั้งในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในชุมชน ซึ่งทำให้ระบบการเฝ้าระวัง การดูแลและติดตามผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นในปี 2563 ทางโรงพยาบาลคอนสวรรค์จึงจัดโครงการพัฒนาและอบรมให้ความรู้ และสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพจิตให้แก่ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและจิตเวชอื่น ๆ ในอำเภอคอนสวรรค์ แต่อย่างไรก็ตาม จากการสะท้อนผลของการปฏิบัติงานกลับพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่จัดสร้างขึ้นเป็นแนวทางที่ใช้แนวปฏิบัติจากส่วนกลาง ซึ่งไม่มีความจำเพาะเจาะจงกับผู้ป่วยในอำเภอคอนสวรรค์ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของอำเภอคอนสวรรค์ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทประสบผลสำเร็จ คือ การใช้แนวคิบทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการดีขึ้นก็ต่ออาศัยการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือญาติพี่น้อง (Family support) ซึ่งแรงสนับสนุนจากครอบครัวถือว่ามีความสำคัญที่สุดต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย⁽⁷⁾



นอกจากนั้นแล้ว แรงสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support) รวมทั้งแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ (Health professional support) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และแรงสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized support) ได้แก่ ผู้นำชุมชน และบุคลากรในวิชาชีพอื่นๆ ถือว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย⁽⁷⁻¹⁰⁾ ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพจิต อำเภอคอนสวรรค์ที่มีอยู่เดิม นั้น เป็นการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพเป็นหลัก ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบการใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน ไม่ใช่การดูแลผู้ป่วยแบบการใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยผู้ป่วยเหล่านี้ยังขาดการส่งเสริมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อน ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะเป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบใช้ชุมชนเป็นฐาน ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขของอำเภอคอนสวรรค์ จึงสนใจที่จะทดลองใช้โปรแกรมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนคู่หูดูแลกัน ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม มาใช้เป็นการรอบแนววิถีในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ ให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดอาการทางจิต ลดการกำเริบซ้ำ เพิ่มความร่วมมือในการกินยา ลดการใช้สุราและสารเสพติด และไม่ก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เป็นต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการทดลองใช้โปรแกรมแรงสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกับคู่หูดูแลกันต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ

รุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และเครือข่ายบริการสุขภาพจิตโดยทีมสหวิชาชีพ เป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระบบการรักษา ลดอาการทางจิต ลดการกำเริบซ้ำ และไม่ก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม^(7,9-10) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทประสบความสำเร็จ⁽⁷⁾ นอกจากนั้นแล้ว แรงสนับสนุนจากเพื่อนผู้ป่วย หรือเพื่อนบ้าน ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมลดตนเองดีขึ้น ตัวอย่างเช่น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบคู่หูดูแลกันหรือบัดดี้โมเดล (Buddy model) ซึ่งเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน โดยเครือข่ายทางสังคม ซึ่งโมเดลบัดดี้ นี้อบต.บ้านดอน อ.อุททอง จ.สุพรรณบุรี ร่วมกับรพ.อุททอง จัดทำขึ้นครั้งแรกภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วย อสม.ที่เป็นเพื่อนบ้านของผู้ป่วย มีความใกล้ชิดสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ป่วย ทำหน้าที่เป็นบัดดี้ หรือเพื่อนคู่หูคอยดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างใกล้ชิด คอยเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยที่บ้านสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ปรีกษาปัญหาการกินยา สภาพจิตใจ การปรับทัศนคติ และการดูแลให้ผู้ป่วยไว้วางใจการมีบัดดี้หรือเพื่อนคู่หูทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มีที่ปรึกษา และส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมลดตนเองดีขึ้น โดยกำหนดให้มีผู้ป่วยจิตเวช 1 คน ต่อ อสม.บัดดี้ 1 คน ซึ่งได้รับการอบรมหลักสูตรเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้นมาแล้ว คอยให้การดูแลและเข้าไปช่วยเหลือติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด⁽¹¹⁾ ซึ่งจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่ผ่านมา ทำให้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และแนวคิดการมีเพื่อนคู่หูดูแลผู้ป่วยในรูปแบบโมเดลบัดดี้ นำมาประยุกต์เป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่ชื่อว่า โปรแกรมแรงสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกับคู่หูดูแลกัน ซึ่งมีการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรมใน โปรแกรมดังกล่าวนี้ร่วมกับแผนการดำเนินงานที่มีอยู่เดิม ในการเฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีเครือข่ายทีมสหวิชาชีพร่วมกับทีมหมอ

ครอบครัวออกเยี่ยมบ้าน ติดตาม และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ ลดอาการทางจิต ลดการกำเริบซ้ำ ลดการใช้สุราและสารเสพติด เพิ่มความร่วมมือในการรักษา และไม่ก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เป็นต้น

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะหรือพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังต่อไปนี้ 1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการรุนแรงในชุมชน 3) ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า/พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)⁽²⁾

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) กลุ่มเดียวแบบ วัดซ้ำ (One-group with repeated measures design) ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลคอนสวรรค์ ในปีงบประมาณ 2563 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลคอนสวรรค์ ในปีงบประมาณ 2563 ซึ่งผ่านเกณฑ์การคัดเข้า และคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง สื่อสารภาษาไทยได้ รวมทั้งสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ ย้ายที่อยู่หรือไม่สามารถติดตามได้ในระหว่างการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม GPower3.1 ใช้สถิติทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ โดยเลือกฟังก์ชันใน โปรแกรม คือ ANOVA: Repeated measures, within factors เลือกการประมาณค่า Effect size ระดับปานกลางของ Cohen⁽¹²⁾ เท่ากับ 0.25 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ค่าอำนาจของการทดสอบ (β) เท่ากับ 0.80 จำนวนได้ขนาดตัวอย่าง 28 ราย โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของงานวิจัย ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกจำนวน 32 ราย ดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 32 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมแรงสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกับคู่มือแลกันในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประกอบด้วยระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ผู้วิจัยทำการศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ทบทวนรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีอยู่เดิม ประเมินสถานการณ์ผู้ป่วยในพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหาโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับญาติและผู้ดูแล ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย ซึ่งเป็นระยะดำเนินงานตามแผนงานหรือกิจกรรม คือ

- กิจกรรมการอบรมให้ความรู้และชี้แจงแนวทางการดำเนินงานของโปรแกรมที่จัดสร้างขึ้นแก่ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ประจำคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช นักจิตวิทยา เกษักร พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชจาก รพ.สต. นักวิชาการสาธารณสุข คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ อสม. ตำรวจ และแกนนำชุมชน เช่น อบต. อปท.

- กิจกรรมการให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการให้แรงสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

- กิจกรรมการพัฒนาและอบรมให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเบื้องต้น และการเป็นบัดดี้หรือเพื่อนคู่หูดูแลกัน ซึ่งอบรมให้แก่ อสม. ที่เป็นเพื่อนบ้านและมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วย ให้ทำหน้าที่เป็นเพื่อนคู่หูคอยดูแลผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมกำหนดให้บัดดี้ดำเนินการสนับสนุนผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ คือ 1) ด้านอารมณ์ ความรู้สึกห่วงใย รักและผูกพัน เห็นอกเห็นใจ (Emotional support) 2) ด้านการให้ความช่วยเหลือสิ่งของหรือการให้บริการและกระทำเพื่อช่วยเหลือ (Instrumental support) 3) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการชี้แนะ การให้คำปรึกษา (Informational support) 4) ด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง ได้แก่ การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้องหรือให้การรับรองเพื่อให้เกิดความมั่นใจ (Appraisal support)⁽¹³⁾

- กิจกรรมประชุมสะท้อนกลับผลการดำเนินงานของโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้น แก่คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอคอนสวรรค์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) ของ Overall & Gorham⁽¹⁴⁾ และนำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธรัตน์ กิตติรัตนไพบูลย์⁽¹⁵⁾ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ มีคำตอบเป็นแบบ Rating scale 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการ จนถึง มีอาการรุนแรงมาก มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 18-126 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อาการกำเริบซ้ำ ความร่วมมือในการกินยา และการใช้สุราและสารเสพติด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่จริยธรรม 58/2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป อาการทางจิต และผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิต ระยะเวลาที่ได้รับโปรแกรม ระยะเวลาหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน และระยะเวลาหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน ด้วยสถิติ One-way repeated measure ANOVA และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธีของบอนเฟอโรนี และเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อาการกำเริบซ้ำ ความร่วมมือในการกินยา และการใช้สุราและสารเสพติด ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม และระยะเวลาหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน ด้วยสถิติ Binomial exact probability test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.87 มีอายุเฉลี่ย 36.41 ปี มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 93.75

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบอาการทางจิตก่อนได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน ($\bar{X} = 34.65$, $SD = 8.53$) และหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน ($\bar{X} = 31.96$, $SD = 7.42$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 39.09$, $SD = 10.49$) และจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated-measures ANOVA) โดยการทดสอบของ Greenhouse-Geisser พบว่า อาการทางจิตก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน และหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,21,37.74} = 17.75$, $p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนีพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกคู่ กล่าวคือ อาการทางจิตหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อาการทางจิตหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และอาการทางจิตหลังได้โปรแกรม 3 เดือนต่ำกว่าหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน แสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต ก่อนได้รับ โปรแกรมหลังได้รับ โปรแกรม 1 เดือน และหลังได้รับ โปรแกรม 3 เดือน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม	828.58	1.21	680.48	17.75	<0.001*
ความคลาดเคลื่อน	1446.75	37.74	38.32		

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตเป็นรายคู่ ก่อนได้รับ โปรแกรม หลังได้รับ โปรแกรม 1 เดือน และหลังได้รับ โปรแกรม 3 เดือน โดยใช้วิธีบอนเฟอโรนี

อาการทางจิต	Mean difference	SD	p-value
หลังได้รับ โปรแกรม 1 เดือน – ก่อนได้รับ โปรแกรม	-4.44	1.44	0.014*
หลังได้รับ โปรแกรม 3 เดือน – ก่อนได้รับ โปรแกรม	-7.13	1.40	< 0.001*
หลังได้รับ โปรแกรม 3 เดือน – หลังได้รับ โปรแกรม 1 เดือน	-2.69	0.54	< 0.001*

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างก่อนได้รับ โปรแกรม และหลังได้รับ โปรแกรม 3 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับ โปรแกรม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีอาการกำเริบซ้ำลดลง และความร่วมมือในการ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนได้รับ โปรแกรม และหลังได้รับ โปรแกรม 3 เดือน (n = 32)

การประเมิน	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อาการกำเริบซ้ำ	9 (28.13)	3 (9.38)	0.031*
การกินยาอย่างสม่ำเสมอ	19 (59.38)	26 (81.25)	0.016*
การใช้สุราและสารเสพติด	16 (50.00)	15 (46.88)	1.000

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

ผลจากการนำ โปรแกรมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและกลุ่มดูแลกันไปใช้พบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า อาการกำเริบซ้ำลดลง และความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา^(7, 9-10) ซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติหรือผู้ใกล้ชิดเป็นปัจจัยที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังประสบผลสำเร็จ โดยผลการวิจัยนี้บ่งชี้ว่า

การกินยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการใช้สุราและสารเสพติดนั้นพบว่าลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงในตารางที่ 3

โปรแกรมแรงสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกับกลุ่มดูแลกันมีประสิทธิผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอคอนสวรรค์ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมดังกล่าว มีการวางแผนปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ทางเครือข่ายบริการสุขภาพจิตของอำเภอคอนสวรรค์ ยังบูรณาการแผนการดำเนินงานเดิมร่วมกับการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยให้มีลักษณะเป็นทั้งการดูแลผู้ป่วยที่ใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน และ ใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และต่อเนื่องโดย

ใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพและทีมหมอครอบครัว มีการติดตามและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น การให้คำแนะนำในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านการกินยา โดยมีแพทย์และเภสัชกรเข้าไปมีบทบาทแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ซึ่งแพทย์ เภสัชกร ร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย และ อสม. บัณฑิต ทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภททานยาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่งผลให้อาการทางจิตดีขึ้น ลดการกำเริบซ้ำของโรค แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้กลับพบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกด้านการใช้สุราและสารเสพติด ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัญหาดังกล่าว ต้องได้รับการแก้ไขหรือให้การช่วยเหลือแบบเฉพาะเจาะจง เช่น การบำบัดด้วยยา การใช้กฎหมายไปปราบปรามและบังคับเพื่อให้ผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดไปบำบัดหรือเลิกยาเสพติดด้วยวิธีการต่างๆ รวมถึงการณรงค์การป้องกันปัญหาสุราและยาเสพติดในชุมชนด้วย เช่น การออกมาตรการให้ร้านค้าในชุมชนงดขายสุราให้กับผู้ป่วย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมแรงสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกับคูหาคูแกลกันมีประสิทธิผลในการเพิ่มความร่วมมือในการกินยาลดอาการทางจิต และลดอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ดังนั้นควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพจิต อำเภอกอนสวรรค์ทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. พิษญา วัฒนการุณ, กังสดาล จิระอุไรพงษ์, สวัสดิ์ เทียงธรรม, ฌภัทร วรากรอมรเดช, ปราณิต ชุ่มพุทรา, บรรณาธิการ. (2560). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.
2. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, ชิดชนก โอภาสวัฒนา, ชลดา จารุศิริชัยกุล, บรรณาธิการ. (2561). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
3. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. **แนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท**. [ออนไลน์]. จาก http://www.jvkk.go.th:8080/web_jvkk_th/membersystem/myfile/jvkk_s.pdf [อ้างเมื่อ 12 ตุลาคม 2563].
4. โรงพยาบาลจิตสงขลาราชนครินทร์. **คู่มือการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนสำหรับเครือข่าย**. [ออนไลน์]. จาก http://www.skph.go.th/newskph/Doc_file/GuideToPatientCare.pdf [อ้างเมื่อ 12 ตุลาคม 2563].
5. โรงพยาบาลคอนสวรรค์. **ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชปีงบประมาณ 2563**. (2563). [เอกสารอัดสำเนา]. ชัยภูมิ: กลุ่มงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลคอนสวรรค์.
6. โรจกร ลือมงคล, สนิษฐ สมรรถชัย. (2563). **สาเหตุของการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ**. [เอกสารอัดสำเนา]. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลคอนสวรรค์.
7. อติญา โปธิศรี. (2562). **การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาที่ชุมชนบ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด**. ศรีนครินทร์เวชสาร, 34(1):1-6.
8. Pender NJ. (1987). **Health promotion in nursing practice**. 2nd ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange.



9. อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. (2556). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล, 40(1):67-83.
10. พิเชษฐ พิเศษคุด. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอรอทานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2(2):95-107.
11. เครือข่ายบริการสุขภาพจิตตำบลบ้านดอน อำเภออุ้มถ้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. โมเดลบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวช [อ อ น ใ ล ัน]. จ า ก <https://www.youtube.com/watch?v=pLVsUcdSsfY> [อ้างเมื่อ 1 เมษายน 2564].
12. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร, ญาดา นภา อารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ, 5(1):496-507.
13. House JS. (1981). **Work stress and social support.** Reading, MA: Addison-Wesley.
14. Overall JE, Gorham DR. (1962). **The brief psychiatric rating scale.** Psychol Rep, 10(3):799-812.
15. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2546). โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารสวนปรุง, 19(1):1-15.