

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร
Discharge Planning for Schizophrenia Patients with violence behavior at Jaisawang Ward
in Sakonnakhon Hospital

ยุพิน แก้วนา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร
Yuphin Keawna Registered Nurse
Professional Level, Psychiatric Nursing
Department, Sakonnakhon Hospital

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเนื่องจากมีอาการกำเริบซ้ำ ขาดยา ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและบางรายมีปัจจัยกระตุ้นคือการใช้สุรา/สารเสพติด ทำให้เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง หรือไปก่อเหตุความรุนแรงทั้งต่อตนเองผู้อื่น และชุมชน รวมทั้งทำลายทรัพย์สิน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงยุ่งยากซับซ้อน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อนหลัง เพื่อศึกษาผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2565 จำนวน 33 คนได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD และการมีส่วนร่วมของครอบครัวญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบที (Paired samples t-test)

ผลการศึกษาพบว่า

หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนก่อนจำหน่ายค่าเฉลี่ยประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ยประเมินอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) ติดตามหลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 และผลการติดตามเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 ด้วยแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (10 ด้าน) ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแล 10 ด้านเป็นดังนี้ รับประทานยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 100 ไม่มีอาการทางจิต ร้อยละ 75.8 มีผู้ดูแล ร้อยละ 90.9 ทำกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 90.9 ประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 63.6 สัมพันธภาพในครอบครัวดี ร้อยละ 51.5 อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ร้อยละ 90.9 การสื่อสารดี ร้อยละ 72.7 ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ร้อยละ 72.7 และไม่ใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด) ร้อยละ 75.8

วิจารณ์และสรุปผล

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นกระบวนการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแลตนเอง รวมถึงการเตรียมผู้ดูแลชุมชนให้พร้อมในการดูแลช่วยเหลือเพื่อดูแลการเจ็บป่วย และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กระบวนการเตรียมความพร้อม เริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในระยะที่มีการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากหน่วยบริการสุขภาพ ไปสู่หน่วยบริการสุขภาพอื่น หรือสู่การดูแลตนเองที่บ้าน ความสำเร็จของการวางแผนจำหน่ายไม่ใช่ว่าการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานบริการได้เร็ว แต่หมายถึง การมีความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการดูแลที่มีผลลัพธ์คือคุณภาพชีวิตที่ดี การทำงานเป็นทีมของสถานบริการสุขภาพทุกระดับตลอดจนบริบท

ของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญในการวางแผนจำหน่าย พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการกำหนดแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นรายบุคคลโดยใช้หลักD-METHOD ของกองการพยาบาลมาเป็นแนวทางตามปัญหาและความต้องการและการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล ใช้กระบวนการพยาบาลทุกระยะของการเจ็บป่วย อย่างเป็นระบบมีขั้นตอน ด้วยการ รวบรวมข้อมูล กำหนดปัญหา วินิจฉัยทางการพยาบาล ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข ให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและมีการประสานความร่วมมือจากสหสาขา และเครือข่าย เพื่อการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถนำไปประยุกต์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของโลก โดยอัตราความชุกของโรคจิตเภทพบร้อยละ 1-1.5 ของประชากรโลก¹ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยจิตเภทมากเป็นอันดับ1คิดเป็นร้อยละ27ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด² อุบัติการณ์ในแต่ละปีเท่ากับ0.2ต่อพันประชากร³ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรม มีสาเหตุมาจากปัจจัยทางด้านร่างกายละเอียดใจ ลักษณะอาการแบ่งเป็น2กลุ่ม² คือ1)อาการทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย ขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง 2)อาการทางบวกได้แก่อาการหูแว่ว ประสาทหลอน พฤติกรรมที่แปลกไปจากคนปกติ บางรายรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตัวเองตนเองทำร้ายคนอื่น ก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อญาติ ผู้ดูแล ชุมชนและสังคมได้ ซึ่งในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลในโรงพยาบาล เมื่อมีอาการสงบลงแล้ว จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามพบว่าการดำเนินการของโรคมีความรุนแรงและเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ70³ ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) ที่มีความผิดปกติทางความคิดอารมณ์หรือพฤติกรรมรุนแรง พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมีลักษณะของความรุนแรง4 ประเภท 1)มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 49.09 2)เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตร้อยละ 33.19 3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นร้อยละ 3.75 และ4)เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) ร้อยละ 6⁴

ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงเนื่องจากมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ขาดยา ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและบางรายมีปัจจัยกระตุ้นคือการใช้สุรา/สารเสพติด ทำให้เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง⁴ จากรายงานการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันสมเด็จเจ้าพระยาในปี2558ภายใน28วันและ90วันหลังจำหน่ายร้อยละ7.23และ15.19ตามลำดับสาเหตุกลับเป็นซ้ำได้แก่ ขาดความร่วมมือในการรักษา ไม่รับประทานยา ใช้สารเสพติด และสาเหตุกลับเป็นซ้ำมีดังนี้1)ผู้ป่วยขาดความรู้โรคและยาจิตเวช และสถานบริการด้านสุขภาพจิต 2)ขาดความตระหนักในด้านการรับประทานยา 3)การใช้สารเสพติด4)ความเครียดของผู้ป่วย 5)ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่ายในการดูแลและ6)สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ⁵แนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำคือ 1)ให้ความรู้ที่ครอบคลุม 2)สร้างความตระหนักในการรักษาต่อเนื่อง 3)ลด ละ เลิกสารเสพติด 4)จัดการอารมณ์ให้เป็น 5)ชุมชนร่วมดูแลอย่างกัลยาณมิตร 6)ไม่สร้างตราบาปให้กันและพบว่าปัจจัยที่ส่งผลการกลับเป็นซ้ำ3ด้านคือผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล ผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁶

หอผู้ป่วยจิตเวชเป็นหอผู้ป่วยจิตเวชที่เปิดบริการรับผู้ป่วยเมื่อ15 ต.ค.2563จำนวนผู้ป่วยปีงบประมาณ 2564และ2565(ต.ค.64-มิ.ย.65) ตามลำดับดังนี้ จำนวน362และ 268ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenia)จำนวน156และ124รายคิดเป็นร้อยละ43.09 และ46.27 ของผู้ป่วยทั้งหมดกลับมารักษาซ้ำใน 28วันร้อยละ2.4 และ1.02⁷จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากมีอาการกำเริบซ้ำ ขาดยา ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและบางรายมี

ปัจจัยกระตุ้นคือการใช้สุรา/สารเสพติด ทำให้เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง หรือไปก่อเหตุความรุนแรงทั้งต่อตนเองผู้อื่น และชุมชน รวมทั้งทำลายทรัพย์สิน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงยุ่งยากซับซ้อน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่เข้มข้น มีความครอบคลุม ต่อเนื่องและตอบสนองตามความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลเพื่อให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ควรเตรียมความพร้อมในทุกด้าน ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รวมถึงเหยื่อที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโดยร่วมกับเครือข่ายสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชน⁴

การวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ และเป็นองค์รวม จะช่วยลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำโดยไม่ตั้งใจ ลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ลดต้นทุนค่าเสียโอกาส รวมทั้งญาติมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น⁸ การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลล่วงหน้า ต้องมีการวางแผนอย่างเป็นขั้นตอน พยาบาลหรือกระบวนการเตรียมความพร้อมเริ่มตั้งแต่วันแรกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมเดิมได้อย่างเหมาะสม ในทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเสมือนแผนการฟื้นฟูสุขภาพ แผนการเรียนรู้และการฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ⁹ การวางแผนก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท สามารถจัดยาได้เองก่อนจำหน่าย ญาติผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย ช่วยทำให้ไม่กลับเข้ามารักษาซ้ำใน 28 วันหลังจำหน่าย และได้ข้อเสนอแนะการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน¹⁰ กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมโดยชุมชนและทีมสหวิชาชีพ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกำกับติดตามผู้ป่วยจิตเภท การใช้กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่กลับเป็นซ้ำใน 90 วัน และค่าคะแนนอาการทางจิตน้อยกว่า 36 อยู่ระดับน้อย ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ตระหนักถึงปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาด้านบริบท สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹¹ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ควรให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนร่วมค้นหาสาเหตุและมีส่วนร่วมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน¹²

การวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทหน้าที่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ในระดับสูง¹³ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีความยุ่งยากซับซ้อน ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำกำเริบจนมีพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยาเช่น อาการข้างเคียง การรักษา ไม่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อการรักษา ตารางเวลาในการรับประทานยาไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันเป็นต้น ขาดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย¹⁴ ผลของการวางแผนก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแลโดยใช้หลัก D-METHOD ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี¹⁰ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดยาเองได้ ญาติผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น มีความสามารถดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายได้ ไม่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน นอกจากการให้สุขภาพจิตศึกษาแล้ว การให้การปรึกษาครอบครัว ญาติผู้ดูแล มุ่งเน้นถึง ความเอื้ออาทร การอยู่ร่วมกัน สัมพันธภาพที่ดี เพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทดูแลการรับประทานยา สังเกตอาการทางจิต¹⁵ และการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในระดับโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลดอาการทางจิต ไม่ป่วยซ้ำ รับประทานยาต่อเนื่อง และลดพฤติกรรมรุนแรงอยู่ในสังคมและชุมชนได้ 4 ผู้วิจัยจึงได้วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร โดยใช้หลัก D-

METHOD ให้สุขภาพจิตศึกษากับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและบริบท ความต้องการการดูแล ต่อเนื่อง มีการประสานความร่วมมือจากสหสาขาและเครือข่าย เพื่อการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ตามสภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยการวางแผนจำหน่ายตามหลักD-METHOD

1. ประเมินผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับทัศนคติ การรับรู้โรคจิตเภท การรักษา การสังเกตอาการทางจิต การจัดการและการสนับสนุนทางสังคมตามหลักD-METHOD
D = Disease: ความรู้เรื่องโรคจิตเภท
M = Medication: ยาที่ผู้ป่วยได้รับ
E = Environment and Economic :การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การประสานแหล่งสนับสนุน เครือข่ายการดูแลในชุมชน รวมทั้งการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม การฝึกอาชีพ
T = Treatment: การรักษา การมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา การสังเกตอาการทางจิต การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน
H = Health: เข้าใจภาวะสุขภาพ ข้อจำกัด เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรมประจำวัน การส่งเสริมต่อการฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อน
O = Out patient referral: การมาตรวจตามนัดทั้งเวลาและสถานที่ การติดต่อขอความช่วยเหลือกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องให้เครือข่าย
D = Diet: อาหารเพื่อสุขภาพและงดเว้นอาหาร สารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเช่น สารเสพติด เครื่องดื่มชูกำลัง

2. วิจัยปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

3. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและแหล่งสนับสนุนในชุมชน

4. ประเมินติดตามการดูแลต่อเนื่อง

ประเมินผลลัพธ์

1. ประเมินอาการทางจิต(BPRS)
2. ประเมินความสามารถโดยรวม(GAF)
3. แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (10 ด้าน)

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อนหลัง เพื่อศึกษาผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในด้านความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย อาการทางจิตของผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน 10 ด้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงซึ่งมีประเภทพฤติกรรมรุนแรงข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

1. ประวัติทำร้ายตัวเอง
2. ประวัติทำร้ายผู้อื่นหรือก่อเหตุรุนแรง รบกวนชุมชน
3. มีอาการหลงผิด มุ่งร้าย
4. เคยก่อคดีอาญาความรุนแรงและป่วยซ้ำ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เลือกแบบเจาะจงเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอายุ 18-60 ปี สมัครใจให้ความร่วมมือและสื่อสารภาษาไทยจำนวน 33 คน เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565-เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565

ขนาดกลุ่มตัวอย่างตาม Central limit theorem กำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่าง 30 คน^{15,16} และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่าง 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานะภาพอาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ผู้ดูแลที่อยู่อาศัย ระยะเวลารักษาเหตุพฤติกรรมรุนแรง และประเภทพฤติกรรมรุนแรง

1.2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)⁴ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพทางจิตทั่วไป 10 ข้อ อาการด้านลบ 6 ข้อ และอาการด้านลบ 2 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า มีระดับการวัด 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมีอาการรุนแรงมากเท่ากับ 7 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน โดยคะแนน 18 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการทางจิต คะแนน 19-36 คะแนน หมายถึงมีอาการทางจิตเล็กน้อย และคะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึงมีอาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

1.3 แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function (GAF) Scale)⁴ เป็นการประเมินโดยถือว่าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน ทั้งนี้การประเมินจะไม่รวมถึงความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดจากสภาพร่างกายหรือสิ่งแวดล้อม มีระดับคะแนน 0-100 คะแนน (เรียงลำดับจาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้ 1-10 คะแนน หมายถึงมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา จนถึง 91-100 คะแนน หมายถึงสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม)

1.4 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (10 ด้าน)⁴ ประเมินหลังจำหน่ายกลับสู่ชุมชน 2 และ 6 สัปดาห์ เพื่อติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้ครอบคลุมประเด็นความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล/ญาติ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความ

สามารถในการเรียนรู้เบื้องต้นและด้านการใช้สารเสพติด(บุหรื/สุรา/ยาเสพติด)และใช้ข้อมูลจากการประเมินในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย

2.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยใช้หลักD-METHOD ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข⁴ เป็นแนวทางตามปัญหาและความต้องการ ใช้กระบวนการพยาบาลทุกระยะของการเจ็บป่วย อย่างเป็นระบบมีขั้นตอน ด้วยการรวบรวมข้อมูล กำหนดปัญหา วินิจฉัยทางการพยาบาล ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข ให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงแต่ละรายและมีการประสานความร่วมมือจาก สหวิชาชีพและเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเพื่อการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตและครอบครัว⁴ โดยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมี5 ขั้นตอน

1.ขั้นตอนที่1 ขั้นตอนแรก รับ สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและประเมินอาการทางจิต(BPRS)ประเมินความสามารถโดยรวม(GAF)ให้การดูแลตามแผนการดูแลรักษาตามปกติ

2.ขั้นตอนที่2 การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการจำหน่าย ระหว่างรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช ประเมินอาการทางจิต(BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ36 ตามเกณฑ์การคัดเข้า ก่อนให้สุขภาพจิตศึกษา1)ครั้งที่1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สำรวจการรับรู้การเจ็บป่วยและ ทศนคติต่อการเจ็บป่วย การรักษา ประเมินความรู้เรื่องโรคและยา แหล่งสนับสนุนทางครอบครัวญาติผู้ดูแล และในชุมชนเป็นเวลา45-60 นาที 2)ทีมสหสาขาวิชาชีพ นำข้อมูลจากครอบครัวผู้ดูแล และจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง มากำหนดเป้าหมายการวางแผนจำหน่าย

3.ขั้นตอนที่3 กิจกรรมตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

1) ด้านผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งที่2 เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุปัจจัยการป่วยทางจิต สารเสพติด สารที่เป็นสาเหตุให้อาการทางจิตกำเริบ อาการและอาการแสดง และวิธีการรักษาเป็นเวลา45-60 นาทีสุขภาพจิตศึกษาครั้งที่ 3เกี่ยวกับยาต้านโรคจิต อาการข้างเคียง การจัดการอาการข้างเคียง การจัดการความเครียด

2) ด้านครอบครัว ผู้ดูแลและชุมชน เตรียมครอบครัว ผู้ดูแลและชุมชนประชุมครอบครัว ญาติผู้ดูแลร่วมกับทีมสหสาขา ผู้นำชุมชนและหรือ ตัวแทนแหล่งสนับสนุนในชุมชน เพื่อร่วมกันสนับสนุนดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.ขั้นตอนที่4 การจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง1) ทีมสหวิชาชีพ สรุป ทบทวนความครบถ้วนตามเป้าหมายและการวางแผนจำหน่ายตามหลักD-METHOD 2) ให้การปรึกษาครอบครัวโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวผู้ดูแล สื่อสาร ทำข้อตกลงร่วมกัน เพื่อให้เกิดส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มุ่งเน้นสัมพันธภาพ ความเอื้ออาทร การดูแลจิตยา การสื่อสาร การอยู่ร่วมกัน กิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย อาหาร การป้องกันสารเสพติด สารที่เป็นปัจจัยให้อาการกำเริบ การสังเกตอาการทางจิต การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการตรวจตามนัด

5.ขั้นตอนที่5 การประเมินผล ติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน ครั้งที่1นัดผู้ป่วยหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ประเมินอาการทางจิต(BPRS) ประเมินความสามารถโดยรวม(GAF)และประเมินด้วยแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (10 ด้าน)ครั้งที่2 นัดผู้ป่วยหลังจำหน่าย 6 สัปดาห์ ประเมินอาการทางจิต(BPRS) ประเมินความสามารถโดยรวม(GAF) และประเมินด้วยแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (10 ด้าน)

ประเด็นทางจริยธรรมของการวิจัย

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่โครงการวิจัย SKNHRECNo.020/2565 มีการปกปิดข้อมูล ไม่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและอันตรายต่อร่างกาย หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจถอนตัวได้และหากมีข้อสงสัยผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบที (Paired samples t-test)

ผลการวิจัย

จากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างเป็นระบบมีขั้นตอนตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายและติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่2และสัปดาห์ที่6 พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายค่าเฉลี่ยประเมินความสามารถโดยรวม(GAF)มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ยประเมินอาการทางจิต(BPRS)น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ($p\text{-value} < 0.001$) ติดตามหลังจำหน่ายสัปดาห์ที่2และสัปดาห์ที่6 และผลการติดตามเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่6 ด้วยแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (10 ด้าน) ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแล10ด้านเป็นดังนี้ รับประทานยาสม่ำเสมอร้อยละ100 ไม่มีอาการทางจิตร้อยละ75.8 มีผู้ดูแลร้อยละ90.9ทำกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ90.9ประกอบอาชีพได้ร้อยละ63.6 สัมพันธภาพในครอบครัวดีร้อยละ51.5 อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่งร้อยละ 90.9 การสื่อสารดีร้อยละ72ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้นร้อยละ72.7และไม่ใช้ใช้สารเสพติด(บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด)ร้อยละ75.8แจกแจงข้อมูลทั่วไปเปรียบเทียบความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยและเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อนหลัง ตลอดจนสรุปผลการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่2และสัปดาห์ที่6 ตามลำดับดังนี้

1.ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ87.9 อายุ30-39ปี ร้อยละ39.4 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ84.9 ว่างานและไม่มีรายได้ร้อยละ 45.5 สถานภาพโสด ร้อยละ63.6 ใช้สิทธิผู้พิการร้อยละ60.6 มีผู้ดูแลร้อยละ93.9 มีที่อยู่อาศัย ร้อยละ93.9 ระยะเวลาการป่วย1-5ปีร้อยละ 57.6 สาเหตุจากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ร่วมกับใช้สารเสพติดร้อยละ 45.5 และประเภทยพฤติกรรมรุนแรงมากกว่า1 ประเภท ร้อยละ 45.5

ตารางที่1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบ

D-METHOD

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	87.9
หญิง	4	12.1
อายุ (ปี)		
20-29	6	18.2
30-39	13	39.4
40-49	10	30.3
50-59	4	12.1
การศึกษา		
ประถมศึกษา	4	12.1
มัธยมศึกษา	28	84.9

อาชีวศึกษา	1	3.0
สถานภาพ		
โสด	21	63.6
สมรส	6	18.2
หย่าร้าง	5	15.2
หม้าย	1	3.0
อาชีพ		
รับจ้าง	7	21.2
เกษตรกรรม	11	33.3
ว่างงาน	15	45.5
รายได้		
ไม่มีรายได้	15	45.5
รายได้ไม่แน่นอน	7	21.2
รายได้เฉลี่ย 3,000-5,000 บาท/เดือน	11	33.3
สิทธิการรักษา		
ประกันสังคม	2	6.1
ผู้พิการ	20	60.6
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	11	33.3
ผู้ดูแล		
มีผู้ดูแล	31	93.9
ไม่มีผู้ดูแล	2	6.1
ที่อยู่อาศัย		
มีที่อยู่อาศัย	31	93.9
ไม่มีที่อยู่อาศัย	1	3.1
อาศัยอยู่กับคนอื่นเช่น นายจ้าง	1	3.1
ระยะเวลาการป่วย		
1-5 ปี	19	57.6
6-10 ปี	10	30.3
มากกว่า 10 ปี	4	12.1
สาเหตุพฤติกรรมรุนแรง		
ขาดยา /รักษาไม่ต่อเนื่อง	10	30.3
ใช้สุรา สารเสพติด	5	15.1
การกลับเป็นซ้ำ	3	9.1
ขาดยา และใช้สารเสพติด	15	45.5
ประเภทพฤติกรรมรุนแรง		
ฆ่าตัวตาย	2	6.1
ทำร้ายคนอื่นหรือสร้างความรุนแรงในชุมชน	3	9.1
ก่อคดีอาญา	1	3.1
อาการหลงผิดปองร้ายคนอื่น	2	6.1
พฤติกรรมรุนแรงมากกว่า 1 ประเภท	15	45.5

2.ความสามารถโดยรวม(GAF)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามรูปแบบD-METHODและประสานการมีส่วนร่วมกับทีมสหสาขาและเครือข่ายพบว่าหลังการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงประเมิน

ความสามารถโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง(เฉลี่ย=80.9, SD=4.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=27.43$, $p\text{-value}<0.001$)ดังตารางที่2

ตารางที่2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถโดยรวม(GAF)ก่อนและหลัง($n=33$)

ความสามารถโดยรวม	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	48.15	5.09	27.43	32	<0.001
หลังการทดลอง	80.9	4.6			

3.อาการทางจิต(BPRS)

ผลประเมินอาการทางจิต (BPRS)หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามรูปแบบ D-METHODและประสานการมีส่วนร่วมกับทีมสหสาขาและเครือข่าย พบว่าอาการทางจิตลดลง ไม่มีอาการหรือลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญ($p\text{-value}<0.001$) ตามตารางที่3

ตารางที่3เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิต(BPRS)ก่อนและหลัง($n=33$)

อาการทางจิต(BPRS)	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	55.3	7.68	-29.85	32	<0.001
หลังการทดลอง	24.0	2.62			

4.การติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงหลังจำหน่าย

ผลการติดตามหลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 และผลการติดตามเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 ด้วยแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (10 ด้าน) ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแล 10 ด้านเป็นดังนี้ รับประทานยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 100 ไม่มีอาการทางจิต ร้อยละ 75.8 มีผู้ดูแล ร้อยละ 90.9 ทำกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 90.9 ประกอบอาชีพได้ร้อยละ 63.6 สัมพันธภาพในครอบครัวดี ร้อยละ 51.5 อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ร้อยละ 90.9 การสื่อสารดีร้อยละ 72 ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ร้อยละ 72.7 และไม่ใช้สารเสพติด (บุหรี่ยาเสพติด)ร้อยละ 75.8 แจกแจงข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย และเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วย ก่อนหลัง ตลอดจนสรุปผลการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6ตามตารางที่4

ตารางที่4 ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน หลังจำหน่าย

การติดตาม		หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ (n = 33)		หลังจำหน่าย 6 สัปดาห์ (n = 33)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านอาการทางจิต	ไม่มีอาการ	21	63.6	25	75.8
	มีบ้างอย่างน้อย 10 วันใน 1 เดือน	10	30.3	8	24.2
	มีบ่อย มากกว่า 10 วัน ใน 1 เดือน	2	6.0	0	0
ด้านการกินยา	สม่ำเสมอ	31	93.9	33	100
	ไม่สม่ำเสมอ	2	6.1	0	0
	ไม่กินยา	0	0	0	0
ด้านผู้ดูแล/ญาติ	ดี มีผู้ดูแล/ มีศักยภาพ	30	90.9	30	90.9
	ปานกลาง ผู้ดูแลเป็นคนนอก ดูแลได้บ้าง	1	3.0	2	6.1
	ปรับปรุง ไม่มีผู้ดูแล /ไม่มีศักยภาพ	2	6.1	1	3.0

ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน				
ทำได้	28	84.8	30	90.9
ทำได้บ้าง	5	15.2	3	9.1
ทำไม่ได้	0	0	0	0
ด้านการประกอบอาชีพ				
ทำได้	10	30.3	21	63.6
ทำได้บ้าง	15	45.5	7	21.2
ทำไม่ได้	8	24.2	5	15.2
ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว				
ดี ให้กำลังใจ มองผู้ป่วยในด้านบวก	10	30.3	17	51.5
ทำได้บ้าง ชมเชยบ้าง	11	33.3	14	42.4
ทำไม่ได้ ดุด่า มองด้านลบ	12	36.4	2	6.1
ด้านสิ่งแวดล้อม				
ดี อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง	26	78.8	30	90.9
ปานกลาง แยกอยู่คนเดียว	7	21.2	3	9.1
ปรับปรุง เรื้อรอน	0	0	0	0
ด้านการสื่อสาร				
ดี สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้	22	66.7	24	72.7
ปานกลาง สนทนากับคนอื่นได้ครั้งคราว	10	30.3	8	24.3
ปรับปรุง ไม่พูดกับใครเลย	1	3.0	1	3.0
ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น				
ดี บอกครั้ง สองครั้งสามารถทำได้	21	63.6	24	72.7
ปานกลาง สอนซ้ำๆ ทำตามได้	12	36.4	9	27.3
ปรับปรุง สอนเท่าไรก็จำไม่ได้ ทำไม่ได้	0	0	0	0
ด้านการใช้สารเสพติด(บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด)				
ไม่ใช้ ไม่ใช้สารเสพติดชนิดใดเลย	28	84.9	25	75.8
ใช้บ้างสารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ทุกวัน	5	15.1	8	24.2
ใช้ประจำสารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งทุกวัน	0	0	0	0

สรุปและอภิปรายผล

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามรูปแบบD-METHODและประสานการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาและเครือข่ายพบว่าหลังการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงประเมินความสามารถโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง(เฉลี่ย= 80.9, S.D. =4.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=27.43$, $p\text{-value}<0.001$) ประเมินอาการทางจิต(BPRS)หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}<0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นรูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่องมีการวางแผน ออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมและประสานการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน ความร่วมมือจากสหวิชาชีพ ร่วมวางแผน การดูแลติดตาม ประเมินผลเพื่อให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ จากการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย สัปดาห์ที่2และสัปดาห์ที่6 ผลสรุปการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้านพบว่า ด้านอาการทางจิต การรับประทานยา ผู้ดูแล การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพ สิ่งแวดล้อม การสื่อสาร ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดี ด้านอาการทางจิต การรับประทานยาและการสื่อสาร มีความเด่นชัด ให้ความร่วมมือรับประทานยาสม่ำเสมอ อาการทางจิตดีขึ้น ไม่มีหูแว่ว ประสาทหลอน ไม่มีการสื่อสารหรือวาทะที่ก้าวร้าวดุด่า ไม่มีพฤติกรรมรุนแรง พยาบาลจิตเวชให้สุขภาพ

จิตศึกษา ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา การการรักษ การมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา การสังเกตอาการทางจิต การจัดการกับภาวะฉุกเฉินเข้าใจภาวะสุขภาพ ข้อจำกัด เข้าใจผลกระทบของภาวะ ความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรมประจำวัน การส่งเสริมต่อการฟื้นฟูและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทำให้อาการทางจิตสงบลง พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรง สอดคล้องกับการ ศึกษาของทัศนีย์ เชื้อมทอง⁴และ อโนชา หมักทอง⁵การให้ที่ครอบคลุมแบบD-METHOD รวมถึงทักษะ พื้นฐานการดำเนินชีวิต การสื่อสาร การให้การปรึกษาครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับการให้สุขภาพจิต ศึกษาส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทสอดคล้องกับการศึกษาของธงรบ เทียนสันต์¹⁴ ทำให้เกิดสัมพันธภาพอันดีในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลการรับประทานยา สังเกตอาการกำเริบ การฟื้นฟู การสื่อสาร มีสัมพันธภาพอันดีส่งผลให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแล ไม่ถูกผลักไส อยู่ร่วมกับญาติครอบครัวชุมชน มีที่ อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง เริ่มมีการชมเชยให้กำลังใจ ตักเตือนบ้าง สามารถไปประกอบอาชีพตามศักยภาพ นอกจากนั้นการได้รับการสนับสนุนจากสหวิชาชีพ เครือข่ายในชุมชน ทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางบวกกับผู้ป่วย การเข้าถึงบริการกรณีปกติ กรณีฉุกเฉิน การได้รับสวัสดิการในชุมชนแบบเอื้ออาทร ชุมชนให้การยอมรับผู้ป่วย มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัวได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูล ชุมชนได้ ลดการป่วยซ้ำ รับการฟื้นฟูอย่าง เหมาะสมให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว ส่วนในด้านการใช้สารเสพติด(บุหรื/สุรา/ยาเสพติด)เป็นอีกหนึ่ง ปัจจัยที่ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบ เกิดพฤติกรรมที่รุนแรง จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยบางส่วนยังใช้สุรา บุหรื สารเสพติดเป็นครั้งคราว ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่นผู้ดูแลสูงอายุ ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม ได้ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการระบาดของยาเสพติด จึงได้ประสานเครือข่ายทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษา ของณัฐพน บุตตะโยธี¹¹และณัฐติกา ชูรัตน์⁶เช่นผู้นำชุมชน เครือข่ายการดูแลในชุมชน ตำรวจ ช่วยดูแล ตรวจตรา ป้องปรามในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ป่วยซ้ำ ลดพฤติกรรมรุนแรง ชุมชนสงบสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายเวลาในการติดตามผู้ป่วยในชุมชนอย่างน้อย6 เดือน
2. นำแผนการวางแผนจำหน่ายไปใช้ในผู้ป่วยจิตเวชอื่นที่มีความยุ่งยากซับซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. Population Health Metrics 2010;8:24.
2. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รวมฉบับดี. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: สหราชอาณาจักรพิมพ์; 2555.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยจิตเภท (ฉบับปรับปรุง 2551). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ ความรุนแรง. นนทบุรี: พรอสเพอริสพลัส; 2563.
5. สุตาพร สถิตยยุทธการ. การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และแนวทางป้องกัน. ว. พยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2559;28(3):1-15.
6. ณัฐติกา ชูรัตน์. การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเล้งที่ประสบปัญหาเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัด ชายแดนภาคใต้. ว. มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2559;3(1):24-36.

7. หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร. สรุปผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2564-2565 (ตค.64-มีย.65). สกลนคร:โรงพยาบาลสกลนคร; 2565.
8. โอนชา หมักทอง, นิตานต์ สำอางศรี. ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่ออัตราการเข้ารับการรักษซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์[อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/8619/1/323179.pdf>
9. อภิรักษ์ ยายืน. การพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานและการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย[วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
10. ทศนีย์ เชื้อมทองและคณะ. ผลของการวางแผนก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติผู้ดูแล หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี.วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2564:46(3).
11. ญัฐพล บุตตะโยธี. กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. ว. วิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564:5(9).
12. สุทินา วงศ์ฉายาและพลสุข หิงคานนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของพยาบาลวิชาชีพกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่.ว. การพยาบาลและสุขภาพ 2561:12(2):94-105.
13. สุมิตา กุมลา,โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นินทจันทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต2563;34(2): 132-152.
14. ธงรบ เทียนสันต์, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. ผลของโปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. ว. พยาบาลตำรวจ2558;7(1):152-162.
15. วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ์, จินตนา ยูนิพันธุ์,วิภาวี เผ่ากันทรารกรและ วีรพล อุณหรัศมิ. ผลของการจัดการรายกรณีโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. ว. การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย2561;5(2):5-18
16. นุชณี เอี่ยมสอาด , ปพิชญา ทวีเศษ และพรเลิศ ชุ่มชัย. ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. ว. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา2563:14(1):10-22.