

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตามกรอบแนวคิด การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต แบบบูรณาการอย่างยั่งยืน

The development of the continuing care models in patients with schizophrenia
by caregivers and community network in the guidance to research and development
concept of mental health technology Sustainable Integrated

(Received: April 28,2023 ; Revised: April 29,2023 ; Accepted: April 30,2023)

มยุรี ลักคณาสีโรรัตน์, พย.ม.¹, จารุมณ ลักคณาวีวัฒน์, พย.บ.²,

สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, พย.บ.³, ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์, พ.บ.⁴

Mayuree Lakkanasirorat, APN., M.N.S.¹, Jarumon Lukkanawiwat, R.N.²,

Suwanit Wongyongsil, R.N.³, Piyawit Negkphat, M.D.⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

วัสดุและวิธีการ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา ต่อยอดจากการพัฒนาเครือข่ายจิตเวชรูปแบบเดิมที่ใช้เครื่องมือ C3TRER ซึ่งการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ เป็นรูปแบบใหม่ ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอนของกรมสุขภาพจิต มาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 48 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล แบบประเมินความสามารถโดยรวม ตามโปรแกรมการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตของกรมสุขภาพจิต และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบผลลัพธ์ต่างๆ ด้วย สถิติ Wilcoxon signed ranks test และ Pair samples t-test

ผล การวิจัยหลังพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อตามระบบ Service plan และระดับคะแนนอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนระดับคะแนนการรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับคะแนนความสามารถโดยรวมและระดับคะแนนคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล ชุมชน แนวคิดวิจัยและพัฒนา

Abstract

Objective To examine the development and outcome assessment of the continuing care models in patients with schizophrenia by caregivers and network partners in the community, Huaiyot, Trang Province.

Materials and methods This research and development further develop and build-on the development of psychiatric network which using C3TRER. This research is the new

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง Corresponding author: e-mail
mamiyuri08@gmail.com

look by using 7 steps of mental health department guidance as a development framework, 48 patients with schizophrenia were sampled leading to selection criteria. Using the follow-up form to collected Data. Global Assessment of Functioning (GAF) scale and WHO Quality of Life – BREF (WHOQOL - BREF) were applied. Wilcoxon signed ranks test and Pair samples t-test were analyzed.

Results The research showed a significant reducing in patients with severe recurrence which referred according to service plan. The continuing care showed that significant different in severity of symptom, medication adherence, daily life routine, working ability, family relationship, score of GAF and WHOQOL - BREF before and after the development.

Conclusion Based on the research and development showed that reducing relapses and severe recurrence, and improve ability of function and quality of life.

Keywords: The development of care model, continuum of care, schizophrenic patients, community network, research and development concept

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท มีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำได้สูง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม จากการสำรวจระดับจิตเวชสุขภาพจิตระดับชาติ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย ติดอันดับ 1 ใน 10 ได้แก่ โรคซึมเศร้า ติดสุรา ยาเสพติด และโรคจิตเภท ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด ส่งผลต่อความพิการเรื้อรัง เป็นภาระต่อสังคมและคุณภาพชีวิต¹ จากรายงานข้อมูลทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภท 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน กรมสุขภาพจิต รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทย ปี 2556 พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,152,044 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 409,003 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด² หากไม่ได้รับการสนับสนุนในการรับประทานยาตามแผนการรักษา มีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำสูงและอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีผลกระทบต่อนักป่วย ครอบครัว และสังคม¹ จากการศึกษาผลงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความตระหนักในตนเองและขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว เนื่องจากเกิดภาวะทุพพลภาพอย่างถาวร ทำให้เกิดภาระการดูแลแก่ผู้ดูแล

อย่างมาก เกิดความทุกข์ใจ ผู้ดูแลต้องการให้มีการสนับสนุนช่วยเหลือลดความทุกข์ใจและลดอุปสรรคการดูแล ในด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและการประกอบอาชีพหารายได้ของผู้ดูแล^{3,4} การดูแลรักษาที่ดี ต้องมี 3 ประสาน ได้แก่ โรงพยาบาล ครอบครัวและชุมชน มามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา โดยร่วมกันสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา ฟันฟูทักษะในการดูแลตนเอง มีความหวัง มีพลังชีวิต ครอบครัวปรับทัศนคติคิดบวก เข้าใจใส่ใจ ชุมชนยอมรับ ช่วยกันปันโอกาส⁵ สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิตมีนโยบายพัฒนาวิชาการ พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ร่วมกับการดูแลสุขภาพกาย ซึ่งเน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา⁶ เป็นนโยบายที่เชื่อมโยงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555-2559) ภายใต้มิติใหม่การดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้น สร้าง นำ ช่อม⁷ จากนโยบายดังกล่าวส่งผลให้แนวโน้มของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชนมากขึ้น หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงเตรียมจัดระบบรองรับผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัว มีการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนอย่างเป็นระบบ^{8,9} เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำของ

ผู้ป่วยจิตเภทโดยมีครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยและภาคีเครือข่าย มามีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวได้อย่างมีความสุข¹⁰ การเฝ้าระวังการป่วยซ้ำ ควรมีการจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคล แบ่งประเภทผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามอาการความรุนแรง เพื่อวางแผนในการดูแล มีการวางระบบการช่วยเหลือระยะวิกฤตฉุกเฉินโดยทีมเครือข่ายอย่างมีขั้นตอน การพัฒนาระบบการรักษาตาม Service plan จากโรงพยาบาลแม่ข่ายสู่โรงพยาบาลลูกข่าย ขยายผลสู่เครือข่ายในชุมชนและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย และภาคีเครือข่ายในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติ ในบริบทสังคมที่เป็นจริงอย่างยั่งยืน¹¹ ดังนั้นการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ต้องมีการปรับวิธีคิด ทำความเข้าใจกับวิถีชีวิตของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและบริบทสิ่งแวดล้อม ใช้ปัญหาและความต้องการของพื้นที่ชุมชนเป็นฐาน มีเวทีการเรียนรู้ สร้างการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน หน่วยงานองค์กรหลักในพื้นที่ โดยศึกษาข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ ร่วมกันวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับผู้ป่วยจิตเภทแต่ละกลุ่ม เน้นความเข้มแข็งและใช้ทุนทางสังคมรวมทั้งศักยภาพของชุมชน ให้สามารถจัดการตนเองได้ในการมีส่วนร่วมสนับสนุน กระบวนการสร้างคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างมีคุณภาพอย่างยั่งยืน^{9,10,11} ซึ่งมีการศึกษาการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน นำแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอนของกรมสุขภาพจิต มาใช้เป็นกรอบในการดำเนินการ ผลลัพธ์ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำลดลง ความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิตดีขึ้น¹²

จากการศึกษาฐานข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลห้วยยอด ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2563 มีผู้ป่วยจิตเภทขึ้นทะเบียนในคลินิกจิตเวช จาก 428 คน เป็น 617 คน เกิดอาการกำเริบซ้ำ 22 คน (ร้อยละ 3.57) วิเคราะห์แนวโน้มผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น พบปัญหาเกิดอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยรายเดิม (ร้อยละ 22.22) มีการส่งต่อไปรับรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ตรัง และโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 12 คน (ร้อยละ 54.54) จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาจึงหยุดยาเอง ทีมขาดการสื่อสารความเข้าใจข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การบันทึกข้อมูลการดูแลไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยจิตเภบบางครอบครัวมีปัญหาซับซ้อน ขาดผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานหารายได้ ในครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง และบางครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 1 ราย รูปแบบการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมามีการพัฒนาเครือข่ายจิตเวชโดยใช้เครื่องมือ C3THER มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและออกแบบในการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมงานจิตเวชของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชน ช่วยดูแลแนะนำการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด แต่ขาดการมีส่วนร่วมในการออกแบบการดูแลกับผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ทำให้การติดตามดูแลไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถคงสภาพการฟื้นคืนหายในระยะยาว¹³ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน เครือข่ายสุขภาพจิตอำเภอห้วยยอด

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับรักษาที่โรงพยาบาลห้วยยอด แบบผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนมกราคม 2562 - ธันวาคม 2563 ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่จำกัด เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและยินดียใจเข้าร่วมวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 48 คน ดำเนินการวิจัย ตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอนของกรมสุขภาพจิต^{14,15} ออกแบบพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้

1. **ขั้นการศึกษาวิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่ในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง** ผู้ป่วยจิตเภท โดยสัมภาษณ์ผู้นำและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ องค์กรท้องถิ่นในเขตพื้นที่ศึกษาวิเคราะห์ นำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์ ศึกษาความเป็นไปได้ในการร่วมวางแผนพัฒนา

2. **ขั้นกำหนดกรอบแนวคิดและทบทวนวรรณกรรม (Conceptual framework)** ศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมากำหนดกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน

3. **ขั้นออกแบบและจัดทำต้นร่าง (Prototype development)** ออกแบบจัดทำ การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท

- จัดเวทีสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP Model) เริ่มจากการให้ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภท ใช้กระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ Discussion ORID Method^{16,17} โดยตั้งคำถามนำกลุ่มเชื่อมโยงเข้ากับประเด็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไปสู่การสนทนารูปแบบเป็นระบบ พากกลุ่มผ่านระดับ

ความสำนึก 4 ระดับ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (Objective) การไตร่ตรอง (Reflective) การตีความ (Interpretative) และการตัดสินใจ (Decisional) เป็นเทคนิค ORID method ซึ่งรูปแบบโครงสร้างคำถามจะนำกลุ่มเข้าสู่ความหมาย เกิดปัญญา รู้แจ้งอย่างลึกซึ้งด้วยการตั้งคำถามเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในเขตพื้นที่ ดังนี้ 1) ท่านเห็นอะไรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2) ท่านรู้สึกอย่างไรกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 3) ท่านอยากเห็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นอย่างไร 4) ท่านจะทำอย่างไรต่อไปเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ผลดี ในกลุ่มการสนทนามีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลห้วยยอด ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอห้วยยอด ศูนย์สุขภาพชุมชน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลนาหวาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน พัฒนาการชุมชน ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จิตอาสาในชุมชน จำนวน 30 คน นำผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูล และเกิดการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมในการออกแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- ประชุมทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลห้วยยอด ร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย เพื่อปรับระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกบูรณาการ ร่วมกับการให้บริการรูปแบบ Primary Care Cluster: PCC 6 โซน คำนึงข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทแบบสองทาง มีทะเบียนผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่ง เพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง เพิ่มการเข้าถึงการดูแล ยืดระยะเวลาการเกิดอาการ กำเริบซ้ำ ลดระยะเวลารอคอย ลดต้นทุนในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว

4. ดำเนินการตามแผนที่วางไว้

- จัดอบรมความรู้เรื่องผู้ป่วยจิตเภท และการดูแล การฝึกทักษะผู้ดูแลในประเมินอาการผู้ป่วยและการใช้แบบบันทึกการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยโรคจิตรายบุคคล การสร้างเครือข่าย

ในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การสังเกตอาการเตือนก่อนเกิดอาการรุนแรง การประสานการส่งต่อ การสัมมนากับชุมชนในการปรับทัศนคติมุมมองต่อผู้ป่วยจิตเภท แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสา ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แกนนำชุมชนและองค์กรท้องถิ่น

- จัดการระบบเยี่ยมบ้านและระบบส่งต่อ แบ่งประเภทผู้ป่วยจิตเภทตามการประเมินทางการแพทย์ (Nursing Assessment) ใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์ นำขั้นตอนกระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม¹⁸ มาวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาล ใช้แบบประเมินความสามารถโดยรวม Global Assessment of Function (GAF) Scale ในการพิจารณาแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม จัดการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล¹² ดังนี้

1. กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนทางจิตรุนแรง GAF $\leq$ 50 ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายพร้อมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ 6 โซนบริการ ประสานภาคีเครือข่ายชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ร่วมติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตามแผนกำหนดการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยเฉพาะราย มีการประชุมถ่ายทอดวิชาการ เทคโนโลยี เพื่อการเข้าถึงการปรึกษาและการดูแลผู้ป่วย ที่สถานบริการสาธารณสุขหรือที่บ้านของผู้ป่วย ใช้กระบวนการพยาบาลประเมินสภาพปัญหา จัดลำดับความเร่งด่วน วางแผนการสนับสนุนช่วยเหลือ ปรึกษาแก้ไขปัญหาก็มีปัญหาซับซ้อนมีการปรึกษาจิตแพทย์ตาม ระบบ Service Plan หรือผู้เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือส่งต่อ รวมทั้งขอสนับสนุนช่วยเหลือกับองค์กรภาครัฐและเอกชน เช่น พัฒนาการอำเภอ พัฒนาการชุมชน ศูนย์ไร้ที่พึ่ง มูลนิธิ

2. กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนทางจิตไม่รุนแรง GAF $>$ 50 วางระบบกับภาคีเครือข่ายชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาล จัดแผนการลงเยี่ยมตามเขตรับผิดชอบของแต่ละพื้นที่ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนหรือจิตอาสาในชุมชน ร่วมประเมินสภาพปัญหาและความต้องการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ให้การช่วยเหลือตามความบกพร่องแต่ละด้านตามแนวทางการคู่มือการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนสำหรับเครือข่าย มีการรายงานผลแบบสองทาง ทุก 1 เดือน ลักษณะคืนกลับและส่งต่อข้อมูล เพื่อร่วมรับทราบการดำเนินงาน วิเคราะห์โอกาสพัฒนา วางแผนสนับสนุนในส่วนที่ยังต้องการการดูแลได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล จัดการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เข้าโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ที่พัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นเอกสารคุณภาพโรงพยาบาลห้วยยอดเลขที่ 14/2562 ที่พัฒนาต่อยอดมาจากเอกสารเลขที่ 121/2552¹⁹

เครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภทรายบุคคลตามโปรแกรมการพัฒนาการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพื้นที่นำร่อง ซึ่งกรมสุขภาพจิตพัฒนามาจากแนวทางโปรแกรมการปฏิบัติเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก²⁰

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถโดยรวม Global Assessment of Function (GAF) Scale²⁰

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับภาษาไทย 26 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.846 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 ใช้เป็นเครื่องชี้วัดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต²⁰

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามจากแบบบันทึกการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยโรคจิตรายบุคคล แบบประเมินความสามารถโดยรวมและแบบประเมินคุณภาพชีวิต เลือกมาใช้สัมภาษณ์ผู้ดูแลเพื่อติดตามสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลหลังการพัฒนาารูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเทียบความแตกต่างค่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านอาการ ด้านการรับประทานยา ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้าน

สัมพันธภาพในครอบครัว ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่างค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวมและค่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ครั้งที่ 1 และ 2 ด้วยสถิติ Pair samples t-test

5. ติดตามผลและประเมินผล หลังจากนำรูปแบบไปใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 48 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.8 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 47.92 มีผู้ดูแลเป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 75.0 ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 81.3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test (n = 48)

ตัวแปรที่ศึกษา	$\bar{x} \pm S.D.$	Mean Rank	Sum of Ranks	Median	IQR	p-value
ความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวม						
ก่อนพัฒนา	5.0125 $\pm$ 2.176	.00	.00	4.7000	5.00	< .01
หลังพัฒนา	1.0625 $\pm$ 1.278	24.50	1176.00	1.0000	1.00	
ความรุนแรงของอาการเบื้องต้นรายด้าน						
อาการทางจิต						
ก่อนพัฒนา	2.23 $\pm$.660	18.00	72.00	2.00	1	< .01
หลังพัฒนา	1.21 $\pm$.410	24.02	1009.00	1.00	0	
การรับประทานยา						
ก่อนพัฒนา	1.02 $\pm$.144	18.00	630.00	1.00	0	< .01
หลังพัฒนา	2.10 $\pm$.805	.00	.00	2.00	2	
การทำกิจวัตรประจำวัน						
ก่อนพัฒนา	1.10 $\pm$.309	22.50	990.00	1.00	0	< .01
หลังพัฒนา	2.44 $\pm$.501	.00	.00	2.00	1	
การประกอบอาชีพ						
ก่อนพัฒนา	1.69 $\pm$.468	8.00	120.00	2.00	1	< .01
หลังพัฒนา	2.00 $\pm$.619	.00	.00	2.00	0	
สัมพันธภาพในครอบครัว						
ก่อนพัฒนา	1.46 $\pm$.504	20.50	820.00	1.00	1	< .01
หลังพัฒนา	2.40 $\pm$.494	.00	.00	2.00	0	

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรุนแรงอาการเบื้องต้น ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังการพัฒนาารูปแบบ ค่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวมลดลง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน หลังการ

พัฒนารูปแบบ พบว่า ค่าระดับคะแนนด้านอาการทางจิตลดลง ส่วนด้านการรับประทานยา ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ และด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าระดับคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวมและค่าระดับ

คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ ด้วยสถิติ Paired

samples t-test (n = 48)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนพัฒนาารูปแบบ			หลังพัฒนาารูปแบบ			p-value
	min-max	mean	SD	min-max	mean	SD	
ความสามารถโดยรวม	30-83	70.96	9.476	35-96	84.31	10.883	< .01
คุณภาพชีวิต	51-66	57.85	3.439	85-119	94.44	8.617	< .01

ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวมและค่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยความสามารถโดยรวมและค่าระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา

3. ผลการสัมภาษณ์ ผู้ดูแลเพื่อติดตามสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทหลังการพัฒนาารูปแบบ โดยเลือกใช้ข้อความจากแบบบันทึกการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยโรคจิตรายบุคคล แบบประเมินความสามารถโดยรวมและแบบประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความพึงพอใจต่ออาการทางจิต การทำกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท และสัมภาษณ์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล

ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่ออาการทางจิต การทำกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

“ตั้งแต่มีหมอที่โรงพยาบาลกับหมออนามัยลงมาเยี่ยมพร้อมกับ อสม.และกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ที่

บ้านก็ช่วยจัดยาให้กินทุกวัน คนไข้ก็กินดี อาการดีขึ้นมากแล้ว ตอนนี้ให้หิบบินเองแต่ก็ยังต้องช่วยดู”

“ช่วง 1 เดือนนี้ ดูแลตัวเองดีขึ้น อาบน้ำ แปรงฟันเอง ไม่ต้องใช้ให้ทำเหมือนเมื่อก่อน ”

“เมื่อก่อนไม่หิบบินไม่ฉวย ไม่ช่วยทำงานบ้านเลย ตอนนี้ช่วยกวาดขยะ ล้างจาน ต่อกิจวัตรให้ช่วยหุงข้าว ได้ช่วยลดภาระในบ้าน”

“2-3 วันนี้ ออกมาคุยกับญาติพี่น้อง ไปซื้อขนมที่ร้านค้าข้างบ้าน ไม่เก็บตัวอยู่แต่ในบ้านแล้ว”

“เจ้าของร้านรับซื้อน้ำยามาตาม บอกว่าอาการดีขึ้นแล้ว ให้ไปช่วยยกน้ำยาง จะให้ค่าจ้าง แต่ญาติพี่น้องตั้งใจจะให้อาการดีขึ้นกว่านี้ก่อน อาทิตย์หน้าจะพาไปให้หมอตามนัด แล้วค่อยให้ไปทำ”

“อาการดีขึ้นเหมือนปกติแล้ว เริ่มไปทำงานกับจิตอาสาญาติของ อบต. ได้เงินเดือน 9,000 บาท”

“ตอนนี้สบายใจขึ้นมาก คนไข้ได้กินยาทุกวัน อาการดีขึ้น อยากให้หมอ ผู้นำและคนในหมู่บ้านมาช่วยเป็นกำลังใจในการดูแลแบบนี้ตลอดไป”

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล

“อสม. มาบอกว่า ตอนนี้เขาแบ่งสายกันลงเยี่ยมบ้าน แบ่งตามครัวเรือน มีผู้นำชุมชนลงเยี่ยมด้วย รู้สึกอุ่นใจ”

“มีปัญหาก็คือปรึกษา อสม. กับหมออนามัย บางทีถามในไลน์ ได้รับคำแนะนำดี”

“ครั้งก่อนที่หมอมาเยี่ยม พา อสม. ที่กินยาโรคจิตอยู่ด้วย มาเยี่ยมที่บ้านกัน เห็นอาการปกติดี มาช่วยคนอื่นได้ด้วย ตกลงโรคจิตรักษาหายได้ แต่ต้องกินยาและให้กำลังใจกันนะ”

“มีโทรศัพท์ ก็หาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตอ่าน แต่ว่าเพื่อความมั่นใจ มีอะไรก็จะปรึกษาเจ้าหน้าที่”

“ถ้าคนไข้ที่บ้านอาการดี จะชวนกันไปช่วยเยี่ยมคนไข้โรคจิตบ้านอื่นด้วย จะบอกให้กินยาตามหมอสั่ง และเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน”

จากการสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่ออาการทางจิต การทำกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท มีแนวโน้มความพึงพอใจที่ดี ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมองว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นได้จากการรับประทานยาตามแผนการรักษา การได้รับกำลังใจจากทีมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย อสม. และการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่วนด้านการรับรู้ข่าวสารในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้หลายช่องทาง ส่วนใหญ่มีการใช้เทคโนโลยีเครือข่ายสังคมออนไลน์ ในการเข้าถึงข่าวสารได้ทันเวลาสอดคล้องกับความต้องการสนับสนุนของผู้ป่วยและผู้ดูแล

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนาดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน ของกรมสุขภาพจิต^{15,16} นำมาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท ในขั้นตอนวิเคราะห์ความต้องการพัฒนา

จากผู้ที่เกี่ยวข้องระดับผู้นำสถานสุขภาพและองค์กรท้องถิ่นมองว่าผู้ป่วยจิตเภทมี 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง กลุ่มที่มีอาการทางจิตคงที่มองเห็นได้ชัดเจนตนเองได้บ้าง และกลุ่มที่มีอาการน้อยสามารถดูแลตนเองได้ ช่วยทำงาน ใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ หากมีวิธีการให้ผู้เกี่ยวข้องมาร่วมกันคิดออกแบบวางแผนการดูแลช่วยเหลือร่วมกันจะทำการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ผลดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระบบการเฝ้าระวังการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตในพื้นที่แบ่งความรุนแรงได้ 3 กลุ่ม คือ มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิตรุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก¹⁰ ขึ้นทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท พบการศึกษาใน รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) และ การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละพื้นที่การศึกษามีสมรรถภาพดีขึ้น ซึ่งการศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เกิดผลลัพธ์ผู้ป่วยจิตเภทมีสมรรถภาพด้านความรุนแรงของอาการเบื้องต้น ประกอบด้วย อาการทางจิต การรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว ด้านความสามารถโดยรวม และด้านคุณภาพชีวิตดีขึ้น อธิบายได้ว่าจากการพัฒนารูปแบบมีการจัดกระบวนการสร้างความมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับรู้ประโยชน์ ข้อจำกัด และสิ่งที่ต้องการ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมวางแผนร่วมออกแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละพื้นที่ ดังเช่นการศึกษการพัฒนาแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ที่พัฒนาขึ้นจากการระดมความคิดของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนตามประสบการณ์จริง เกิดการ

ระบุปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหา ช่วยกัน ออกแบบการดูแล นำรูปแบบการพัฒนาไปปฏิบัติ และมีการติดตามประเมินผล ทำให้การดูแลผู้ป่วย ได้ผลดียิ่งขึ้น²¹ ขั้นตอนการออกแบบพัฒนา รูปแบบ ผลจากการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า ชุมชนมีทัศนคติด้านลบ มองว่าผู้ป่วยจิตเภท เป็นบุคคลไร้ความสามารถ รักษาไม่หายขาด ยากที่จะกลับมาเป็นปกติ เป็นภาระครอบครัว รู้สึก หวาดกลัว และไม่ปลอดภัย อยากเห็นผู้ป่วยจิตเภท อารมณ์ดี สามารถดูแลตนเองได้ ใช้ชีวิตได้เหมือนคน ปกติ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ออกแบบการดูแลร่วมกัน แบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการติดตามดูแลผู้ป่วยในแต่ละ โซนพื้นที่ 6 โซน 22 หน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกัน เป็นทีมภาคีเครือข่ายและสิ่งที่ต้องการสนับสนุน แบ่งเป็น 3 เรื่อง คือ 1) ความรู้และคู่มือในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหน่วย บริการปฐมภูมิในเครือข่าย ความรู้และคู่มือสำหรับผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำและจิตอาสา 2) มีแนวทางที่ชัดเจนในการจัดระบบดูแลช่วยเหลือ ประสานส่งต่อในด้านข้อมูลและการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลเฉพาะทาง 3) การสนับสนุนจากภาคส่วนต่าง ๆ ในการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในด้านการฝึกอาชีพ และการเข้าถึงสิทธิพิทักษ์ทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่าน การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชีวิตชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวและอาสาสมัคร สาธารณสุข และพัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิก เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลถึงชุมชน เอื้อต่อการ ตัดสินใจร่วมกันระหว่างชุมชนและบุคลากร สาธารณสุข ทำให้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท เป็นไปอย่างสะดวก เข้าถึงบริการได้ทันที²²

6. ปรับปรุงเทคโนโลยี ดำเนินการเพื่อ ขยายผลต่อ

ในขั้นตอนการนำรูปแบบไปใช้และ ปรับปรุงแก้ไข เกิดคู่มือ นวัตกรรมและแนวทางใน การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ตอบสนองความ ต้องการของผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ สมุดนัดและคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สำหรับครอบครัว นวัตกรรมกล่องยารักษัจใจและ ปฏิทินเตือนการรับประทานยา สื่อการสอนในการ จัดยารับประทาน แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช ตามระบบ Service Plan มีช่องทางการให้ปรึกษา เช่น ทางโทรศัพท์ ไลน์กลุ่มทีมสหวิชาชีพของหน่วย บริการปฐมภูมิในเครือข่าย มีที่ปรึกษา ได้แก่ แพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกจิตเวช เกสัชกร ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้ยาจิตเวช พยาบาล จิตเวช พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิทยาศาสตร์ การแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก และมีไลน์อาสาสมัคร สาธารณสุข เป็นการปรับปรุงขยายผลที่เอื้อในการ ส่งต่อข้อมูล การขอสนับสนุนช่วยเหลือของผู้ป่วย และผู้ดูแล

ในขั้นตอนนำไปใช้จริง นำรูปแบบการดูแล ต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคี เครือข่ายในชุมชนไปใช้ในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย ประเมินผลในด้านผู้ป่วย ภายหลังสิ้นสุดการ ดำเนินงาน 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีค่าระดับ คะแนนด้านความรุนแรงของอาการเบื้องต้น โดยรวมและอาการทางจิตลดลง ส่วนการ รับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การ ประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว รวมทั้ง ด้านความสามารถโดยรวมและด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยจิตเภทมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยทุก ด้านหลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนา ทั้งนี้เนื่องจากการปรับรูปแบบบริการ Primary Care Cluster: PCC เป็น 6 โซน ทำให้การเข้าถึง บริการรักษาได้สะดวก มีการวางระบบนำ เทคโนโลยีเครือข่ายสังคมออนไลน์สร้างไลน์เฉพาะ กลุ่ม มีทีมสหวิชาชีพเป็นที่ปรึกษา ทำให้เกิดการมี ส่วนร่วมสามารถจัดการปัญหาอุปสรรคการดูแล

รักษาได้ง่ายขึ้นและได้ผลดี สอดคล้องกับการศึกษา การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนรูปแบบการ เสริมสร้างพลังอำนาจกับเทคนิคการมีส่วนร่วม พบว่า ชุมชนเข้ามาช่วยเหลือ ให้ความสนใจ มีความ ห่วงใยในความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ ครอบครัวมีการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยดีขึ้น ตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพของ ชุมชนในฐานะผู้เป็นเจ้าของชุมชน²³

7. การประเมินผลและการพัฒนา ต่อเนื่อง การติดตามประเมินผลระยะ 3 เดือน การประเมินผล

ด้านผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย พบว่า ยังมีการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละ PCC อย่าง ต่อเนื่อง มีเครือข่ายพันธมิตรช่วยสนับสนุนการ ประกอบอาชีพให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีรายได้มา ช่วยครอบครัว เช่น หารับจ้างยกน้ำยาพารา ตัด ปาล์มน้ำมัน รักษาความปลอดภัยในโรงงานแปรรูป ไม้ เป็นเจ้าหน้าที่จิตอาสามูลนิธิขององค์การ บริหารส่วนตำบล มีการสร้างที่อยู่อาศัยให้กับ ผู้ป่วยจิตเภท 2 ครอบครัว

ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า การเกิด อาการกำเริบซ้ำรุนแรง ที่ต้องส่งต่อตามระบบ Service Plan ของผู้ป่วยจิตเภทลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากมีรูปแบบการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน ทำให้ ผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตาม แผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ การรับรู้การเฝ้าระวัง สัญญาณเตือนก่อนเกิดอาการกำเริบ การมีแนวทาง ระบบส่งต่อที่ชัดเจน และการมีช่องทางในการรับ การปรึกษาร่วมกันทั้งทีมสหวิชาชีพและภาคี เครือข่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการ เบื้องต้น ความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตดี ขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีเครือข่าย ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมทั้งใน และนอกระบบสาธารณสุขช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น²²

การพัฒนาต่อเนื่อง

ประเมินด้านทีมภาคีเครือข่าย พบว่า ยังขาดความรู้และทักษะปฏิบัติการช่วยเหลือในกรณี จิตเวชฉุกเฉินในชุมชน จึงมีการพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มูลนิธิและจิตอาสาในชุมชน ร่วมอบรมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับจังหวัด คือ โรงพยาบาลศูนย์ต่ง โรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ราชนครินทร์ ทีมอุบัติเหตุฉุกเฉินและวิกฤต สุขภาพจิตระดับจังหวัด ซ้อมแผนจิตเวชฉุกเฉิน ร่วมกันกับเครือข่ายพันธมิตรในพื้นที่อำเภอห้วย ยอด ได้แก่ สถานีตำรวจอำเภอห้วยยอด มูลนิธิจิต อาสาภัยอำเภอห้วยยอด

ประเมินด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล พบผู้ป่วย บางรายมีอาการไม่คงที่และเกิดอาการกำเริบซ้ำใน ผู้ป่วยรายเดิม ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่ สามารถจัดการให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่าง ต่อเนื่อง จึงเป็น

โอกาสพัฒนา จัดการออกแบบโปรแกรมสนับสนุน ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกัน อาการกำเริบซ้ำ จัดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายกรณี บูรณาการกับการพัฒนาระบบการสนับสนุน ครอบครัวต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดย ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชนซึ่งเป็นการ ศึกษาวิจัยในวงล้อย่อยไป

ด้านเครือข่ายพันธมิตรในชุมชน เนื่องจาก โรงพยาบาลห้วยยอด อยู่ในระหว่างปรับปรุงภูมิทัศน์ มี การรื้อถอนอาคารก่อสร้างเดิม และกำลังก่อสร้าง อาคารใหม่ในปี 2563 ทำให้คลินิกจิตเวชและยาเสพติด ต้องปรับ

สถานที่ทำงานชั่วคราว ไม่สะดวกต่อการให้บริการ จากการพัฒนารูปแบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายใน ชุมชน ส่งผลให้ผู้มีจิตศรัทธาในชุมชนแจ้งความ ประสงค์บริจาคก่อสร้างอาคารจิตเวชและยาเสพติด ประมาณการงบประมาณ 2,000,000 บาท (สอง ล้านบาทถ้วน) ซึ่งเป็นการยกระดับการมีส่วนร่วม ของชุมชนที่มีความเข้มแข็งให้คุณค่าต่อการดูแล สุขภาพของประชาชน นับเป็นการพัฒนารูปแบบ การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ชุมชน

รับรู้ประโยชน์ มีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของการดูแลร่วมกัน ทำให้การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อจำกัดที่พบ คือ บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องรับผิดชอบงานหลายหน้าที่ ต้องดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย จึงต้องคัดเลือกพื้นที่ที่มีความชุกของผู้ป่วยจิตเภทอาการกำเริบซ้ำ อาการไม่คงที่และภาคีเครือข่ายมีความต้องการและความพร้อมก่อน เนื่องจากการพัฒนาแบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ได้ผลดี มีความต่อเนื่องอย่างยั่งยืน ต้องให้ภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญจำเป็นและตระหนักถึงความเป็นเจ้าของที่ต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา

สรุป

การพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการบูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและภาคีเครือข่ายในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง ลดอาการกำเริบซ้ำ ยืดระยะเวลานอนานขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับรักษา ผู้ป่วยจิตเภทบางรายได้รับการสนับสนุนจากชุมชนให้ทำงานทำ มีรายได้ เกิดการบูรณาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ส่งผลให้ความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น จึงควร

เผยแพร่การพัฒนาแบบนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. การนำกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาใช้ในการพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นการยกระดับการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งมิติส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงควรนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ในชุมชน

2. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภท มีการส่งต่อคืนกลับข้อมูลระหว่างสถานบริการสุขภาพกับภาคีเครือข่ายชุมชน ต้องคำนึงถึงการเกิดประโยชน์สูงสุดและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคม

3. การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ควรมีกระบวนการพัฒนาที่สร้างความมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และพร้อมจะสนับสนุน ทรัพยากร ทั้งบุคคล งบประมาณ สถานที่และวัสดุอุปกรณ์ ที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2557. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด. 2557.
https://dmh.go.th/ebook/files/รายงานประจำปี_2557.pdf.
2. รัชตะ รัชตะนาวิน. พบผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทกว่า 4 แสนราย สูงอันดับ 1 ของผู้ป่วยจิตเวช. 2557.
<https://www.hfocus.org/content/2014/10/8326>.
3. อิสระ แสงทอง และ มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารวิชาการเขต 12. 2562; 30(1): 21-29.
4. จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และชลธิชา เรื่องวิริยะนันท์. ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2562; 27(2): 95-106.
5. เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 12. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 12. เอกสาร

- ประกอบการบรรยายโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 12. โรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์และศูนย์สุขภาพจิตที่ 12. 2562.
6. สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการทบทวนสถานการณ์ และแนวโน้มการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วง แผนฯ 12 (พ.ศ.2560-2564). 2559.
 7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555–2559. 2559.
https://www.nesdc.go.th/download/article/article_20160323112431.pdf.
 8. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. ผู้ป่วยจิตเวชกับการพัฒนาระบบการดูแลอย่างยั่งยืน. วารสารกองการ พยาบาล, 2557; 4(3): 100-106.
 9. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการ พยาบาล, 2558; 4(1): 159-167.
 10. สุจิตา ลักษณะ. ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี : กรณีศึกษาตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2563; 5(3): 129-137.
 11. ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลและ การดูแลสุขภาพ. 2562; 36(2): 68-76.
 12. ไพจิตร พุทธรอด. กระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2559; 24(2): 122-129.
 13. มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์, พิจิตรา หวหาบ และสุนิตย์ วงศ์ยงศิลป์. การพัฒนาระบบบริการภายใต้ กลยุทธ์เครือข่ายสุขภาพจิตอำเภอ : C3THER ดูแลเธอด้วยหัวใจ โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ HA Southern Regional Forum และคัดเลือกผลงานเด่นใน ระดับภาคใต้. 2563; 50-52.
 14. กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือการปฏิบัติงานกระบวนการงานวิจัย/พัฒนา นวัตกรรม องค์ความรู้เทคโนโลยี ของกลุ่มศูนย์สุขภาพจิต. 2559.
 15. พัทธิน คุณคำชู, เยาวนาฏ ผลิตนันทเกียรติ และสตรีรัตน์ รุจิระชาคร. การพัฒนาคู่มือการวิจัยและ พัฒนาเทคโนโลยี สุขภาพจิตวารสารราชานุกูล. 2556; 28(1): 14-32.
 16. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสร้างสุขด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน. 2558.
 17. วีรัตน์ ปานศิลา. เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี : Technology of Participation. เอกสาร ประกอบการสอนสร้างสุขด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมภายในระบบสุขภาพระดับอำเภอ .คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2558.
 18. Orem, D. E. Nursing: Concepts of Practice. (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby. 1991.
 19. มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์. โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ: การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ห้วยยอด. 2562.
 20. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมการพัฒนาเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิต. 2557.

21. พิกุล เจริญสกุลทรัพย์ และกชพงศ์ สารการ. การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2555; 26(2): 30-40.
22. ไพบุลย์ ดลเฉลิมยุทธนา และประนอม วรรณกุล. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล สู่วิถีชีวิตชุมชนโดยผ่านการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2557; 3(1): 176-184.
23. อัญชลี ประคำทอง และนิตยา ตะนะสอน. ผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับเทคนิค เอไอซี ในการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเรื้อรังในชุมชน ตำบลโคกก่อ อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม. โรงพยาบาลมหาสารคาม. เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิต ครั้งที่ 10 และการประชุมการพัฒนาสติปัญญา เด็กไทย ครั้งที่ 8. 2554.