

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบ
คลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

The development of a proactive care model for schizophrenia patients integrated with
primary care cluster services and community networks.

(Received: August 24,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

ธัญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์¹, กานดา ศรีโพธิ์ชัย¹ *, ณัฏฐพร ยีวาศรี¹
Thanyalak Chaisuk Mollerup¹, Kanda Sriphochai¹, Nattaporn Yivasri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 96 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ได้แก่ แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน แบบ
ประเมินความสามารถโดยรวม แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจ
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed ranks test และ Pair samples t-test

ผลการวิจัย พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอ
ครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน มี 3 ระยะ ดังนี้ 1) วิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่และกำหนดกรอบแนวคิด 2)
ออกแบบจัดทำต้นร่างและพัฒนาปรับปรุง 3) การนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาแล้วไปใช้และประเมินผลลัพธ์ พบว่าก่อนและหลังการ
พัฒนารูปแบบฯ ค่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวม ค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวม และค่าระดับ
คะแนนคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .01$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท/การพัฒนารูปแบบการดูแล/คลินิกหมอครอบครัว/ภาคีเครือข่าย

Abstract

This Research was participatory action research aimed to study the development and outcome
assessment of a proactive care model for schizophrenia patients, integrated with primary care cluster
services and community networks. Sample size were 96 people. The research instruments including a
demographic questionnaire, Basic of psychotic assessment, Global Assessment of Functioning (GAF) scale
and WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), Satisfaction assessment were used for data collection. Data
were analyzed by using frequency, percentage, mean, Wilcoxon signed ranks test and Pair samples t test.

The research results found that revealed that the development of a proactive care model for
schizophrenia patients, integrated with primary care cluster services and community networks had 3 stage,
1) Need analysis and conceptual framework 2) Prototype development 3) Action and outcome evaluation,
before and after the development of care model finding that the Basic of psychotic assessment, GAF scale,
Quality of Life were significantly at .05 level ($p < .01$)

Keywords: schizophrenia patients/development of care model/Community network

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenia) หรือ
เรียกว่าผู้ป่วยโรคจิต หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติ
ในด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้

มองโลกผิดจากความเป็นจริง มีอาการประสาท
หลอน ความคิดหลงผิด การแสดงอารมณ์ที่ไม่
เหมาะสม¹ เป็นผู้ที่มักมีปัญหาทั้งสังคมหรือมีความ
บกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

ตน มีการปรับตัวในชีวิตประจำวันที่ล้มเหลว ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะสร้างคุณค่า หรือหาความหมายของชีวิต หนีออกจากความเป็นจริง มีการตอบสนองต่อบุคคลอื่นในลักษณะที่ไม่มีความแน่นอน พฤติกรรมที่แสดงออกไม่อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับได้

โรงพยาบาลเขาวงใต้ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นเวลานาน มีคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาล แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มหนึ่งที่ยังมีปัญหาคือกลุ่มที่ใช้สารเสพติดจึงทำให้เกิดอาการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดอาจจะไม่กินยาอย่างต่อเนื่องและกลับเป็นซ้ำมีอาการก้าวร้าว รุนแรง และเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและคนในชุมชน การให้การดูแลในโรงพยาบาลเขาวงใต้มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการนัดผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล มีการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ติดตามการกินยา และติดตามดูแลในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้านทุกเดือน แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทยังมีอัตราการกำเริบซ้ำสูง ข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลเขาวง มีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (F20) ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในปี 2561 ถึง 2563 ดังนี้ 255, 335, และ 357 คน ตามลำดับ และขอใบส่งตัวเพื่อไปรับการรักษาต่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 41 คน² คิดเป็นร้อยละ 13.96 ผู้ศึกษาได้รับแจ้งจากผู้นำหมู่บ้านและญาติผู้ป่วยในอำเภอเขาวงว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง ในช่วงปี 2561 ถึง 2563 ดังนี้ 18, 15 และ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 6.04, 5.03, 5.37 ตามลำดับ ที่ญาติแจ้งตำรวจช่วยนำส่งโรงพยาบาลจิตเวชและเข้ารับการรักษาซ้ำ ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปใน 1 ปี ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ได้ผลดีนั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในชุมชนด้วย และในขณะเดียวกันนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) คลินิกหมอครอบครัวเป็นการดูแลแบบผสมผสานบูรณาการอย่างต่อเนื่อง โดยให้การดูแลทุกกลุ่มวัยและทุกกลุ่มโรค ทั้งในด้านการ

คุ้มครองผู้บริโภค การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ³ โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังซึ่งโรคจิตเภทก็เป็นโรคเรื้อรังอีกโรคหนึ่ง ซึ่งทางทีมหมอครอบครัวยังขาดความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งยังไม่มีข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่ครบถ้วนในพื้นที่ที่ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่รับผิดชอบงานจิตเวชและสุขภาพจิต จึงมีความต้องการที่จะทำวิจัยเพื่อจะค้นหารูปแบบในการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2564

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อนำมาใช้ในเครือข่ายโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการและดูแลตนเองที่เหมาะสมและถูกต้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รหัส

REC.KLS. 098/2564 การเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้แม้ว่าจะตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้ในที่ปลอดภัย ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถสืบค้น ระบุตัวผู้ตอบแบบสอบถามได้ การเผยแพร่จะดำเนินการในรูปแบบสรุปผลการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลเขาวง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

กลุ่ม 1 กลุ่มผู้บริหารเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการบริหารงานในด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทในอำเภอเขาวง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 7 คน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเขาวง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 5 คน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล/อบต. 5 คน ผู้รับผิดชอบงานบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยประจำสถานitäรรวจภูธรอำเภอเขาวง 1 คน ปลัดฝ่ายปกครองอำเภอเขาวง 1 คน และสาธารณสุขอำเภอเขาวง รวม 20 คน

กลุ่ม 2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภท เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลเขาวง 5 คน ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเขาวง 6 คน รวม 13 คน

กลุ่ม 3 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและชุมชน ดังนี้

กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล จำนวน 5 คน ตำรวจชุมชน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน ผู้ป่วยจิตเภท/ผู้ดูแล จำนวน 36 คน รวมจำนวน 63 คน

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 96 คน

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ประกอบด้วย 1) ขั้นการศึกษาวิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่ (Need analysis) ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน 2) ขั้นการทบทวนวรรณกรรมและกำหนดกรอบแนวคิด (Conceptual framework) โดยศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนออกแบบและจัดทำต้นร่าง (Prototype development) ออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน 2) การพัฒนาคุณภาพและทบทวนปรับปรุงรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3) ทานจนได้รูปแบบที่สมบูรณ์

ระยะที่ 3 ประกอบด้วย 1) นำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วลงสู่การปฏิบัติ 2) การติดตามและประเมินผล หลังจากนำรูปแบบไปใช้เป็นระยะเวลา 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน⁶ เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตเบื้องต้น 10 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล/ญาติ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้าน

สัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และด้านการใช้สารเสพติด เป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ 1-3 คะแนน คะแนนรวม 10-30 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีความรุนแรงมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function (GAF) Scale)⁷ เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดว่าการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของจิตใจ สังคม และหน้าที่การทำงาน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 10 ระดับ คะแนนรวม 1-100 คะแนน ค่าคะแนนสูง หมายถึงมีความสามารถโดยรวมมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI)⁷ ฉบับภาษาไทย 26 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 26-130 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.846 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 ใช้เป็นเครื่องชี้วัดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ดูแล/ญาติและเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 2 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์และสรุปความ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน และร้อยละ ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเทียบความแตกต่างระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวม ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวมและค่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในการติดตามดูแลต่อเนื่อง ครั้งที่ 1 และ 2 ด้วยสถิติ Pair samples t-test

ผลการวิจัย

กระบวนการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบ PCC ตามขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ปัญหา (Research 1; R1,)

1.1 ขั้นการศึกษาวิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่ โดยสัมภาษณ์ผู้นำและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ซึ่งสรุปว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาและช่องว่างของการติดตามดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง ขาดนัด/ขาดยา การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท การขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการมีทัศนคติที่ไม่ดีกับผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลจัดผู้ป่วยจิตเภทเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง กลุ่มที่มีอาการทางจิตคงที่ดูแลตนเองได้บ้าง และกลุ่มที่มีอาการน้อยสามารถดูแลตนเองได้ ช่วยทำงานได้ ใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ

1.2 การสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย

1.2.1 ประชุมทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลเขาร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย และทีมคลินิกหมอครอบครัว เพื่อปรับระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนทั้ง 3 โซน (กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2) โดยการให้ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทจากการประชุมสรุปได้ว่า พื้นที่ยังขาดข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นปัจจุบัน และขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย จึงได้ร่วมกันจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเภทแยกรายตำบล และร่วมกันตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ ให้พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลทั้ง 3 คน ช่วยเป็นพี่เลี้ยงให้ทีมคลินิกหมอครอบครัวคนละ 1 ทีม โดยมีหน้าที่ให้การปรึกษาดูแลผู้ป่วยและออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมคลินิกหมอครอบครัว ในพื้นที่รับผิดชอบ

1.2.2 จัดเวทีสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology

of Participation: TOP Model)⁸ ในพื้นที่ จัดการเสวนากับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (กลุ่มตัวอย่างกลุ่ม 3) เริ่มจากการใช้กระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Discussion ORID Method)^{9,10} โดยใช้คำถาม 4 ประเด็นดังนี้ 1) ท่านเห็นอะไรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2) ท่านรู้สึกอย่างไรกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 3) ท่านอยากเห็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นอย่างไร และ 4) ท่านจะทำอะไรต่อไปเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ได้ผลดี ผลการสนทนาสรุปได้ดังนี้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีช่องว่างของการติดตามดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ชุมชนรู้สึกหวาดกลัวและไม่ปลอดภัย มีทัศนคติที่ไม่ดี มองว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลไร้ความสามารถ รักษาไม่หายขาด ยากที่จะกลับมาเป็นปกติ เป็นภาระของครอบครัว อยากเห็นผู้ป่วยจิตเภทอาการดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ ใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ ไม่เป็นภาระของครอบครัวและชุมชน ชุมชนมีความตระหนักร่วมกันออกแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน “เราต้องช่วยกันดูแลผู้ป่วยก็คือลูกหลานของพวกเรา” “ถ้าเขาดีขึ้น ก็ช่วยทำนาได้” กลุ่มได้เสนอการแบ่งทีมดูแลเป็นรายตำบลที่ประกอบด้วย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล ตำรวจชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสุขภาพประจำครอบครัว (อสค.)

1.3 ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมและการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท พบการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) และ การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) หลังจากนั้นนำมากำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย โดยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน ของกรมสุขภาพจิต^{4,5} ซึ่งประกอบด้วย 1) การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่ 2) การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย 3) การออกแบบ/จัดทำต้นร่าง 4) การพัฒนาคุณภาพทางวิชาการ 5) ทบทวนปรับปรุง 6) ผลผลิตองค์ความรู้ และ 7) ประเมินผลและพัฒนา

ระยะที่ 2 ขั้นตอนออกแบบและจัดทำต้นร่าง (Prototype development) (Development 1; D1) ออกแบบจัดทำการพัฒนารูปแบบฯ โดยการกำหนดปัญหาและแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหา ได้นำแนวทางการพัฒนาแบบฯ ที่จัดทำแบบร่างแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสม ความสอดคล้องของรูปแบบโครงสร้างและเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่าย (ร่างรูปแบบฉบับสมบูรณ์) ไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย (Research 2; R2)

การเตรียมการก่อนนำรูปแบบฯ ไปใช้

1. จัดประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล ตำรวจชุมชน/เจ้าหน้าที่ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสุขภาพประจำครอบครัว (อสค.) ผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภท การอบรมความรู้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การสังเกตอาการก่อนการกำเริบ แนวทางการประสานส่งต่อเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท การใช้แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชน และ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำความเข้าใจรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้เกิดความตระหนัก มีความรู้ความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการใช้รูปแบบฯ และกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน ได้แก่ 1) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน มีหน้าที่ ดูแลความสงบปลอดภัยในพื้นที่ 2) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล มีหน้าที่ในการดูแลด้านสวัสดิการทางสังคม การประสานเพื่อรับสิทธิรับรองความพิการ 3) ตำรวจชุมชน ช่วยระงับเหตุและรักษาความปลอดภัยขณะส่งต่อเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบก้าวร้าว/รุนแรง 4) อสม. ดูแลด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภท 4 ด้านทุกสัปดาห์ (ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล/ญาติ และด้านการใช้สารเสพติด) 5) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดูแลและกระตุ้นการกินยาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมกำลังใจสังเกตอาการเตือนก่อนกำเริบ และแจ้ง อสม. และ รพสต. เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป และการแบ่งทีมติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นทีมตำบลโดยแบ่งเป็น 2 ทีม ดังนี้

ทีมที่ 1 ประกอบด้วย รพสต. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อสม./อสค. เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล (6 ทีม ตำบลละ 1 ทีม)

ทีมที่ 2 ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช ตำรวจ/เจ้าหน้าที่ปกครอง (มี 3 ทีม ตามเขตรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัว)

2. สอนผู้ดูแล/ญาติและ อสม. ให้สามารถใช้แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชน โดยประเมิน 4 ด้าน (ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล/ญาติ และด้านการใช้สารเสพติด) การสังเกตอาการเตือนก่อนกำเริบตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สำหรับผู้ดูแล) ที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น (ประเมินทุก 1 สัปดาห์) พร้อมทั้งประเมินผลการปฏิบัติ

3. จัดประชุมทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพในรพสต. หน่วยปฐมภูมิ และทีมคลินิกหมอครอบครัว โดยการสอนและ coaching ให้สามารถ

ใช้แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน (ประเมิน 4 ด้าน ทุก 1 เดือน และประเมิน 10 ด้าน ทุก 6 เดือน)⁶ อาการรุนแรงที่ต้องส่งต่อการรับประทานยาและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยา การให้การปรึกษาเบื้องต้น และความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชน หลังจากนั้นประเมินผลการปฏิบัติและให้คำแนะนำ

4. นำรูปแบบฯ ไปดำเนินการตามแผนที่วางไว้ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปประเมินผลการดำเนินงานทุก 1 เดือน เพื่อหาจุดบกพร่องหรือวิเคราะห์ปัญหานำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขพัฒนาให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ดูแลตามบริบทของชุมชน ปัญหาที่พบในช่วงดำเนินการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติด ไม่กินยา ทำให้มีอาการกำเริบซ้ำ และผู้ป่วยขาดยาเนื่องจากไม่มีพาหนะมาโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้จัดระบบ Drugs delivery โดยทาง รพสต. และ หน่วยปฐมภูมิ ประสานมายังพยาบาลจิตเวชประจำคลินิกให้เบิกยาและนำส่งที่บ้านผู้ป่วยจำนวน 5 คน ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ของการดูแลหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่าย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท (F20) จำนวน 36 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 29 คน ร้อยละ 80.56 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31- 40 ปี ร้อยละ 44.44 มีผู้ดูแลเป็นบิดาหรือมารดา 24 คน ร้อยละ 66.67 ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้พิการ 26 คน ร้อยละ 72.22

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรุนแรงอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ 3 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยหลังการพัฒนารูปแบบ ค่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวมลดลง ซึ่งหมายถึงมีอาการดีขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test (n = 36)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean±S.D.	Mean Rank	Sum of Rank	Median	IQR	P-value
ความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวม						
ก่อนพัฒนา	1.86 ± .547	52.00	52.00	2.00	0	.000
หลังพัฒนา	1.29 ± .512	52.50	5408.00	1.00	1	

จากการวิเคราะห์ความรุนแรงอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านตามแบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชจริงในชุมชน หลังการพัฒนารูปแบบฯ **1) ด้านอาการทางจิต** พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ พุดคุยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ดำรงชีวิตในชุมชนได้เพิ่มขึ้นจาก 3 คน เป็น 33 คน ราย คิดเป็นร้อยละ 91.70 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิมอย่างน้อย 10 วันใน 1 เดือนลดลงจาก 32 คน เป็น 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.30 และไม่พบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผิดปกติจากเดิมมากกว่า 10 วัน ใน 1 เดือน **2) ด้านการกินยา** พบว่า ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอ กินยาครบทุกวันตามที่แพทย์สั่งเพิ่มขึ้นจาก 6 คน เป็น 35 คน คิดเป็นร้อยละ 97.20 และผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอครบตามที่แพทย์สั่ง โดยการรับประทานยาเป็นบางเวลา จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.80 ไม่มีผู้ป่วยขาดยาหรือไม่รับประทานยาเลยทุกมื้อ **3) ด้านผู้ดูแล/ญาติ** พบว่า มีผู้ดูแล/ญาติในครอบครัวที่เป็นอาสาสมัครสุขภาพประจำครอบครัว (อสค.) มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดี จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.11 และผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นคนนอกครัวครัวเป็นอาสาสมัครสุขภาพประจำครอบครัว (อสค.) จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ

13.89 ไม่มีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอในชุมชน **4) ด้านการใช้สารเสพติด** พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ใช้สารเสพติด 34 คน คิดเป็นร้อยละ 94.44 ใช้สารเสพติด 2 คน ได้แก่ ยาบ้าและกัญชา 1 คน ยาบ้าและเหล้า 1 คน หลังดำเนินการวิจัยผู้ป่วยลดการใช้สารเสพติดลงและมีความตั้งใจที่จะเลิกสารเสพติดให้ได้

นอกจากนี้ยังพบว่าในรอบปีที่ศึกษา มีผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำที่ต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลจิตเวชลดลง จากปี 2563 จำนวน 16 คน เหลือ 6 คน ในปี 2564 โดยเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้ร่วมโครงการและใช้สารเสพติดร่วมด้วยทุกคน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวมและค่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ 3 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยความสามารถโดยรวมและค่าระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวมและค่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ Paired samples t-test (n = 36)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนพัฒนารูปแบบ			หลังพัฒนารูปแบบ			P-value
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
ความสามารถโดยรวม (GAF)	30-75	63.11	1.442	60-85	71.83	1.077	.000
คุณภาพชีวิต	35-78	58.47	10.557	50-82	70.03	1.402	.000

ความพึงพอใจของผู้ดูแลและภาคี
เครือข่ายหลังการนำรูปแบบรูปแบบฯ ไปใช้
ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่ออาการทางจิต การ
รับประทานยา และการใช้สารเสพติด จากการ
สัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ดูแล/ญาติ และภาคี
เครือข่ายพบว่า ส่วนใหญ่มีแนวโน้มพึงพอใจ ความ
วิตกกังวลของญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ลดลง ส่วนใหญ่เชื่อว่าถ้ากินยาต่อเนื่องตาม
แผนการรักษา ไม่ใช้สารเสพติด ได้รับกำลังใจจาก
ครอบครัวและทีมเยี่ยมบ้านทั้งจากโรงพยาบาล
หน่วยปฐมภูมิในเครือข่าย อสม. อสค. ทำให้ผู้ป่วย
อาการดีขึ้น และภาคีเครือข่ายในชุมชนสะท้อนว่ามี
ความพึงพอใจ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชนมีแนวทางที่ชัดเจนขึ้น เมื่อมีปัญหาเช่น
ผู้ป่วยจิตเภทอาการกำเริบสามารถติดต่อ
ประสานงานกับผู้รับผิดชอบได้ง่ายทั้ง รพสต.
โรงพยาบาล ตำรวจและปกครอง ทำให้มีความ
สบายใจในการดูแล “ลูกของป้าผมยาว ไม่อาบน้ำ
หลังจากพยาบาลจากโรงบาล หมออนามัย ป้า อสม.
ผู้ใหญ่ทุย กำนัน มาเยี่ยมบ้านก็ช่วยกันจัดยาให้
กินทุกวัน ตอนนี้ตัดผม อาบน้ำ เป็นคนแล้ว
ขอบคุณหลายๆ เด้อ” “หลังกินยาที่แม่จัดให้ทุกวัน
และหมออนามัยมาฉีดยาให้ทุกเดือน ไม่หงุดหงิด
แล้ว ช่วยแม่ทำงานบ้าน และสานกระติบข้าวขาย”
“ช่วงเดือนมานี้ ไปช่วยงานที่ทุ่งนา ช่วยยก
กระสอบข้าว ไม่เหมือนแต่ก่อน” “พ่อสบายใจขึ้น
เยอะ พ่อนอนหลับได้แล้ว ลูกไม่ทุบบ้านแล้ว” “ลูก
ช่วยทำนา รับจ้าง หาเงินใช้เอง มีเงินพอใช้จ่าย กิน
ยาที่แม่จัดให้ทุกวัน อยากให้หมอ และผู้นำชุมชน
มาเยี่ยมแบบนี้เรื่อย ๆ”

3.5.5 สร้างระบบสื่อสารทาง Line group เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยขาดนัด/ขาดยา การ
จัดการอาการเบื้องต้น เป็นช่องทางการสื่อสาร
ปรึกษาหารือ และนัดหมายในการร่วมกันดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เช่น ผู้ป่วยขาดนัด
ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาล
เขาวงส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ไปรับยาตามนัดทุกวันให้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล แจ้งต่อเครือข่ายผู้ที่รับผิดชอบดูแล
ผู้ป่วยเฉพาะรายหรือญาติผู้ป่วยในชุมชนให้ได้พบ
แพทย์รับยาตามนัด ในกรณีที่มีอาการกำเริบซ้ำ
สามารถสื่อสารทีมเพื่อเตรียมการช่วยเหลือ และใน
กรณีนัดหมายออกติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนที่วาง
ไว้

การอภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่าย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา
ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา
เทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน ของกรม
สุขภาพจิต^{4,5} นำมาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง
ในผู้ป่วยจิตเภท โดยวิเคราะห์ความต้องการพัฒนา
จากผู้นำองค์กรมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิต
เภทในพื้นที่ ทำให้เห็นปัญหาและช่องว่างในการ
ดูแล ได้นำปัญหาที่พบร่วมกับการทบทวน
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาออกแบบและพัฒนา
รูปแบบฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และการ
นำรูปแบบฯ ไปใช้ โดยการสร้างความเข้าใจและ
ความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ หน่วยปฐมภูมิ
คลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน
ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น
ออกแบบการดูแลร่วมกัน แบ่งบทบาท
หน้าที่รับผิดชอบในการติดตามดูแลผู้ป่วยในแต่ละ
โซนพื้นที่ ทีมวิจัยจากโรงพยาบาลเขาวง ในฐานะ
พยาบาลวิชาชีพด้านจิตเวชและสุขภาพจิตได้ใช้การ
ประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment)
โดยใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล นำขั้นตอน
กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของ
โอเร็ม¹¹ มาวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยการประเมิน
อาการ วางแผนการดูแลรักษาพยาบาล ดำเนินการ
ดูแล ตลอดจนการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านและ
ประเมินผลการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชีวิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข และพัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิกเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลถึงชุมชน เพื่อต่อการตัดสินใจร่วมกันระหว่างชุมชนและบุคลากรสาธารณสุข ทำให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเป็นไปอย่างสะดวก เข้าถึงบริการได้ทันที¹²

การประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่าย

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้น ความแตกต่างของค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวม และค่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อาจอธิบายได้ว่า ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่าย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตลดลง รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแล/ญาติมีความพึงพอใจ มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย สามารถสังเกตอาการเตือนก่อนกำเริบ ส่งเสริมการกินยา และให้กำลังใจผู้ป่วย รวมทั้งทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชนให้ความร่วมมือ และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ประกอบกับการมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ ลดการกำเริบซ้ำ ลดการส่งต่อและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ผู้ดูแล/ญาติและภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจ รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตามกรอบแนวคิดการวิจัยและ

พัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน พบว่าหลังพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท ฯ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อตามระบบ Service plan และระดับคะแนนอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนระดับคะแนนการรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับคะแนนความสามารถโดยรวมและระดับคะแนนคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ การศึกษากระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่าหลังการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนมีอาการกำเริบซ้ำที่ต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์ของการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับคะแนนความสามารถโดยรวม คะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ¹⁴ และการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชน ตำบลสระพังทอง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมากและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนผลต่างค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้น โดยก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับน้อย และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นการยกระดับการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งมิติส่งเสริม ป้องกันรักษาและ

ฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงควรนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ในชุมชน

2. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภท ในการส่งกลับข้อมูลระหว่างสถานบริการสุขภาพกับภาคีเครือข่ายชุมชน ต้องคำนึงถึงการเกิดประโยชน์สูงสุดและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคม

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ควรมีกระบวนการพัฒนาที่สร้างความมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และพร้อมจะสนับสนุนทรัพยากร ทั้งบุคคล งบประมาณ สถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ ที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, โรคจิตเภท. เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2564, จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-0805>
2. เวชระเบียน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. (2563). โปรแกรมบันทึกข้อมูล Hos-xp.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2559). แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, นนทบุรี.
4. กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2559). คู่มือการปฏิบัติงานกระบวนการงานวิจัย/พัฒนานวัตกรรมองค์ความรู้เทคโนโลยีของกลุ่มศูนย์สุขภาพจิต.
5. พัทธิน คุณคำชู, เยาวนาฏ ผลิตนันทเกียรติ และสตรีรัตน์ รุจิระชาคร. (2556). การพัฒนาคู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต. วารสารราชานุกูล. 28(1): 14-32.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์, กรุงเทพฯ.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2557). โปรแกรมการพัฒนาเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิต (The mhGAP Implementation Program for Psychosis: Field Guide Manual 2013). ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
8. วิรัตน์ ปานศิลา. (2558). เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี: Technology of Participation. เอกสารประกอบการสอนสร้างสุขด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมภายในระบบสุขภาพระดับอำเภอ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการสร้างสุขด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน.
10. พัทธิน คุณคำชู, เยาวนาฏ ผลิตนันทเกียรติ และสตรีรัตน์ รุจิระชาคร. (2556). การพัฒนาคู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต. วารสารราชานุกูล. 28(1): 14-32.
11. Orem, D. E. (1991). Nursing: Concepts of Practice. (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
12. ไพบูลย์ ดลเฉลิมยุทธนา และประนอม วรรณกุล. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล สู่วิถีชีวิตชุมชนโดยผ่านการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2557; 3(1): 176-184.

13. มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์, จารุมน ลัคนาวิวัฒน์, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, และปิยวิทย์ เนกขพัฒน์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8(1): 130-142.
14. ไพจิตร พุทธรอด. (2559). กระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 24(2): 122-129.
18. สันติ อุทรังษ์, ไกรทอง ไชยมีชัย, สายทิพย์ สัตต์เจียบ, และธัญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์รพ, (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชน ตำบลสระพังทอง อำเภอลำปาง จังหวัดกาฬสินธุ์ เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2564,
<http://www.r2rthailand.org/resources/detail/19142>