

การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน Developing guidelines for Psychiatric Patients' home Visits with Community Participation Center.

(Received: November 10,2024 ; Revised: November 17,2024 ; Accepted: November 25,2024)

ญภา ภักฐิตพันธ์¹ สิรินทร เลิศคุปณิจ²
Yapa Paktitepan¹ Sirinthong Lertkupinit²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน และศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ 1). ผู้ให้บริการคือพยาบาลจำนวน 8 คน และผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนจำนวน 22 คน 2). ผู้รับบริการคือญาติและผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 6 คน ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – ตุลาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วม แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชสำหรับพยาบาล แบบประเมินความรู้ผู้ป่วยจิตเวชของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ

ผลการวิจัย ผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า 1) ผู้ให้บริการ คือ พยาบาล หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีความรู้การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ มากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 80 อยู่ในระดับมากที่ร้อยละ 92.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน หลังการพัฒนาความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับมากที่ร้อยละ 84.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้รับบริการ คือ ญาติ หลังการพัฒนาความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02 และอุบัติการณ์หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ (กค.-ตค.66) พบอุบัติการณ์ลดลงมีจำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 16.66

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวปฏิบัติ , การเยี่ยมบ้าน , ผู้ป่วยจิตเวช, การมีส่วนร่วมในชุมชน

Abstract

This study was research and development aimed to develop community-based home visit practices for psychiatric patients and examine the result of the developed practices. The sample was selected through purposive sampling. The service providers are 8 nurses and 22 community members. The service recipients are 6 relatives and psychiatric patients. The study period was from October 2022 to October 2023. The tools used for data collection include the participatory home visit guidelines for psychiatric patients, the knowledge assessment on community home visits for psychiatric patients for nurses, the knowledge assessment of community psychiatric patients for community stakeholders, and the satisfaction assessment of the guidelines.

Result: The results after implementing the guidelines showed that 1) the service providers, specifically: Nurses, had a statistically significant increase in knowledge about visiting psychiatric patients' homes at the level of .002 Their satisfaction with the use of the guidelines exceeded the target of 80% and reached a high level of 92.50%, statistically significant at the level of .002 Community stakeholders had a statistically significant increase in knowledge of caring for psychiatric patients at the level of .000 Their satisfaction with the use of the guidelines was at a high level of 84.90%, statistically significant at the level of .01 The service recipients, specifically the relatives, had a statistically significant increase in knowledge of caring for psychiatric patients at the level of .001 Their satisfaction with the use

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชลบุรี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชลบุรี

of the guidelines was at a high level of 91.33%, statistically significant at the level of .02. Additionally, the incidence rate after the implementation of the guidelines (Jul.-Oct. 2023) showed a decrease of 1 case, accounting for 16.66%.

Keyword : Development of Community Participation, Home Visit Guidelines for Psychiatric Patients

บทนำ

จากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness : SMI) คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั่วไปทั้งหมด ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 26 - 49 ปี และพบมากในผู้ป่วยนิติจิตเวชถึง 3 เท่า และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6¹

ผู้ป่วยจิตเวชจะมีอาการคลุ้มคลั่ง ประสาทหลอนและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้นเกินความสามารถของญาติ/ครอบครัว/ชุมชน ในการดูแลช่วยเหลือ ขาดระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง และมีอาการรุนแรงของโรคมากขึ้น สาเหตุเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและสังคม² ซึ่งภาครัฐได้มีนโยบายให้หน่วยบริการจิตเวชทุกแห่ง มีระบบดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรง ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างเข้มข้นและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความรุนแรง หรือภาวะอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและติดตามเฝ้าระวังป้องกันอาการกำเริบ หรือก่อความรุนแรงซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาชลินดา จันทรงาม³ ศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคานาดี จังหวัดบึงกาฬ พบว่ากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) การวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 3) การวิเคราะห์ปัญหา 4) การกำหนดแนวทางการแก้ไข 5) การจัดทำโครงการ 6) การบริหารจัดการแผน 7) การปฏิบัติตามแผน 8) การติดตามและประเมินผล และ 9) การสรุปผล จากการศึกษาพบว่า

กระบวนการนำไปสู่แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยเครือข่ายสุขภาพจิต แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติ หรือรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ภารกิจด้านบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชลบุรี มีเขตพื้นที่รับผิดชอบของรพ.ชลบุรี ประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน 4 ตำบล ดังนี้ หมู่ที่ 2, 3 และ 4 ตำบลบ้านสวน ตำบลบางปลาสร้อย ตำบลมะขามหย่ง ตำบลบ้านโคก อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี ภาระงานของโรงพยาบาลที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน คือ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชที่เรื้อรังในชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด จากการสัมภาษณ์พยาบาลเยี่ยมบ้านถึงปัญหาที่พบในงาน พบรูปแบบการเยี่ยมบ้านยังขาดความชัดเจน ไม่สามารถประเมินความรุนแรงจำแนกความเร่งด่วน และพยาบาลเยี่ยมบ้านเพียงลำพัง 1-2 คน เกิดความเสี่ยงขณะเยี่ยมบ้าน สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน พบประเด็นปัญหาในชุมชน กล่าวคือ ผู้ป่วย คนในชุมชนยังขาดความรู้เรื่องผู้ป่วยจิตเวช ไม่ทราบระบบการส่งต่อติดตามเมื่อพบความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรงในชุมชน และสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยจิตเวช พบความต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือเรื่องยา อาการของผู้ป่วยจิตเวชเมื่ออยู่บ้าน ผู้วิจัยในฐานะผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และปฏิบัติงานพยาบาลเยี่ยมบ้าน จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช^{4,5} แบบมีส่วนร่วมในชุมชน⁵ เพื่อให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดูแลเฝ้าระวังร่วมกับพยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นการลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง PDCA⁶ ส่งผลให้มีแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน พยาบาลเยี่ยมบ้านมีความรู้การเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เพิ่มขึ้น และเกิดความพึงพอใจในการทำงาน⁷ ภายใต้แนวปฏิบัติร่วมกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ดังนี้

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ.2565 - ตุลาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 ผู้ให้บริการ

1.1.1 พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษา วิชาชีพการพยาบาลระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน รพ. ชลบุรี

1.1.2 ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเมืองชลบุรี ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน กองสาธารณสุขเทศบาลเมืองชลบุรี และเทศบาลบ้านสวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติงานอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของรพ.ชลบุรี

1.2 ผู้รับบริการ ได้แก่ ญาติและผู้ป่วยจิตเวช เคยมีประวัติก่อความรุนแรงต่อตนเอง สิ่งของ และผู้อื่นหรือเคย Admit ในรพ.ชลบุรีในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตั้งแต่ F.00-F.99 อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของรพ.ชลบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง ที่คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

2.1 ผู้ให้บริการ

2.1.1 พยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน รพ.ชลบุรี ทั้งหมดจำนวน 8 คน

2.1.2 ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเมืองชลบุรี ผู้ที่ปฏิบัติงานเป็นผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงานกองสาธารณสุขเทศบาลเมืองชลบุรี เทศบาลบ้านสวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของรพ.ชลบุรี โกล้เคียงกับผู้รับบริการ ทั้งหมดจำนวน 22 คน

2.2 ผู้รับบริการ ได้แก่ ญาติและผู้ป่วย จิต

เวชที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เคยมีประวัติก่อความรุนแรงต่อตนเอง สิ่งของ และผู้อื่น หรือเคย Admit ในรพ.ชลบุรีในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตั้งแต่ F.00-F.99 อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของรพ.ชลบุรี ทั้งหมดจำนวน 6 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

ผู้ให้บริการ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน รพ.ชลบุรี ที่มีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการวิจัย 2) ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเมืองชลบุรี เป็นผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน ผู้ปฏิบัติงานกองสาธารณสุข เทศบาลเมืองชลบุรี เทศบาลเมือง บ้านสวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของรพ.ชลบุรีโกล้เคียงกับผู้รับบริการ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด สามารถฟัง อ่าน เขียนหนังสือได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน 1) พยาบาลวิชาชีพประจำการที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่ทำการศึกษ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามที่กำหนด 2) ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามที่กำหนด ไม่สามารถฟัง อ่าน เขียนหนังสือได้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

ผู้รับบริการ คือ ญาติผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวช ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัย อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบรพ.ชลบุรี เคยมีประวัติก่อความรุนแรงต่อตนเอง สิ่งของ และผู้อื่น หรือเคย Admit ในรพ.ชลบุรีในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตั้งแต่ F.00-F.99 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้ตลอด สามารถฟัง อ่าน เขียนหนังสือได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้รับบริการ ได้แก่ ญาติผู้ป่วยจิตเวช และ ผู้ป่วยจิตเวช 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามที่กำหนด ไม่สามารถฟัง อ่าน เขียนหนังสือได้ 2) ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตั้งแต่ F.00-F.99

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้าน ประสบการณ์ในการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสำหรับพยาบาล โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ให้คะแนนความรู้เป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน มีจำนวน 9 ข้อ แบ่งระดับความรู้ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁸ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน $\geq 80\%$ หมายถึงมีความรู้ระดับมาก คะแนน 60–70 % หมายถึงมีความรู้ปานกลาง คะแนน $< 60\%$ หมายถึงมีความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากองค์ประกอบแนวคิดความคาดหวัง หรือพึงพอใจในการทำงาน เรียกว่า VIE Theory⁷ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ดังนี้ 5 = พึงพอใจมากที่สุด

จนถึง 1 = ไม่พึงพอใจ แบ่งระดับความพึงพอใจ ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁸ แบ่งเป็น 3 กลุ่มระดับ ดังนี้ คะแนน $\geq 80\%$ หมายถึงพึงพอใจระดับมาก คะแนน 61–79 % หมายถึงพึงพอใจปานกลาง คะแนน $< 60\%$ หมายถึงพึงพอใจระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช^{2,4} สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ให้คะแนนความรู้เป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน มีจำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาศึกษาศาสตร์ดุสิตบัณฑิต พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล จิตเวช ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล จิตเวชมีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน นำแนวปฏิบัติฯ แบบประเมินความรู้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และแบบประเมินความพึงพอใจ มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าเท่ากับ 1 และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้ค่า เท่ากับ 0.9 ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ที่ยอมรับได้คือ 0.8⁹

2. การตรวจสอบความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านในชุมชน คำนวณด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความยากง่าย เท่ากับ 0.92 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 0.75 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติฯ คำนวณด้วยสูตร Alpha of Cronbach ได้เท่ากับ 0.90

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ตอนที่ 1 เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อยตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA⁶ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยวิธีการ

1) การทบทวนเอกสาร แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบเดิม ทบทวนแฟ้มเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ทบทวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความรุนแรง

2) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลที่บ้าน จำนวน 3 คน สัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 5 คน และสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องชุมชน จำนวน 3 คน

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติ (Do) ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ หลังได้รับการผ่านจริยธรรมของโรงพยาบาล

1) ศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การร่างแนวปฏิบัติฯ และแบบประเมินผู้ป่วยจิตเวชตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต

2) วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการวิเคราะห์ข้อมูล ที่ได้จากการศึกษาปัญหาและสถานการณ์การดูแลในขั้นตอนที่ 1

3) ผู้วิจัยประมวลข้อมูลทั้งจากแนวคิด ทฤษฎี และจากการศึกษาปัญหา และสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากในขั้นตอนที่ 1

4) ผู้วิจัยร่างแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตามกรอบแนวคิดนำร่างแนวปฏิบัติฯ เครื่องมือ นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขปฏิบัติต่อไป

5) ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ประเมินความรู้ก่อนการอบรม และร่วมกันระดมสมองวิเคราะห์ ค้นหา ปัญหาข้อบกพร่องในสถานการณ์ปัจจุบัน ใช้กระบวนการกลุ่มระดมสมอง หาข้อสรุปร่วมกันในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ กำหนดผู้รับผิดชอบประสานงานเมื่อเกิดเหตุที่ผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรง สร้างช่องทางการติดต่อ (ไลน์กลุ่มออฟฟิศเขียว)

6.) ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ จำนวน 5 คน ก่อนนำไปใช้จริง

ตอนที่ 2 การศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบ (Check) ประเมินผลการนำแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง และศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติฯ ของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ

1) จัดประชุมสรุปผลการตรวจสอบผลการปฏิบัติภายหลังทดลองใช้ นิเทศพยาบาลเยี่ยมบ้านผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ประเมินความรู้ ความพึงพอใจผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ตรวจสอบอุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ

ขั้นตอนที่ 4 การแก้ไขปัญหา (Act) ตรวจสอบยืนยันแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยการนำผลการตรวจสอบมาวิเคราะห์เปรียบเทียบผลก่อนกับหลัง สรุปผลเพื่อปรับปรุงแก้ไข แจ้งให้ทีมพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ก่อนลงรหัสข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

ก่อนการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัย และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัย และจริยธรรมการวิจัย รพ.ชลบุรี อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เมื่อ 23 พฤษภาคม 2566 รหัสโครงการ 34/66/N/h3)

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน
ได้เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ

- 1) แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ที่พัฒนาขึ้น
- 2) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (10 ด้าน)²
- 3) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS.)²
- 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซ้ำตาย⁴
- 5) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
- 6) แบบประเมินอาการทางจิตกำเริบ (5 Red flags)² สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน
- 7) แบบประเมิน 7 สัญญาณเตือนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง²

ตอนที่ 2 เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบ (Check) ผู้ให้บริการ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงทั้งหมด 8 คน ร้อยละ 100 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 50.0 มีอายุเฉลี่ย 44.7 ปี (SD=14.7) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 75.0 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 50.0 ประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้าน >10 ปี ร้อยละ 50.0 เคยมีประสบการณ์ในการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 75.0

ความรู้เรื่องการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับพยาบาล พบว่า ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ในระดับน้อย ร้อยละ 50.0 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 5.63 (SD=1.92) หลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 87.5 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 8.25 (SD=.70) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนกับหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ พบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับพยาบาล ก่อนกับหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (n=8) ด้วยสถิติ Paired samples t-test

ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	Mean	SD	t	P value
ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ	5.63	1.92	-4.93	.002*
หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ	8.25	.70		

*P<.05

ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม ของพยาบาล พบว่า เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละคะแนน ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นวัตกรรม กับเกณฑ์ค่าเป้าหมายร้อยละ 80 พบว่า

พยาบาล มีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 92.5, SD=7.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.002 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ กับเกณฑ์ค่าเป้าหมาย

ร้อยละ 80 (n = 8) การทดสอบ	$\bar{X}$	SD	One-sample t-test	
			t	p-value
เกณฑ์เป้าหมาย	80	-	-	-
ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ	92.5	7.23	4.88	.002*

*P<.05

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน เป็นเพศหญิง

ร้อยละ 68.2 อายุเฉลี่ย 51 ปี (SD=9.57) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 40.9 พบว่า ไม่เคยมี

ประสบการณ์ในการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 95.5

ความรู้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน พบว่า ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 100 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 5.45 (SD=.80) หลังพัฒนาแนว

ปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 90.9 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 11.27 (SD=.88) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนกับหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ พบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ความรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ก่อนกับหลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (n=22) ด้วยสถิติ Paired samples t-test

ความรู้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	Mean	SD	t	P value
ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ	5.45	.80	-30.09	.000*
หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ	11.27	.88		

*P<.05

ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติฯ ของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน พบว่า เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละคะแนนความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนต่อการใช้นโยบายปฏิบัติฯ กับเกณฑ์ค่าเป้าหมาย ร้อยละ

80 พบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 84.90, SD=8.45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละความพึงพอใจสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน กับเกณฑ์ค่าเป้าหมายร้อยละ 80 (n = 22)

การทดสอบ	$\bar{X}$	SD	One-sample t-test	
			t	p-value
เกณฑ์เป้าหมาย	80	-	-	-
ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ	84.9	8.45	2.73	.01*

*P<.05

ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ดังนี้
ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยจิตเวช
พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คนเป็นเพศหญิงร้อยละ 83.3 มีอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 54 ปี (SD=6.68) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 66.7

ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับญาติผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ก่อนพัฒนา

แนวปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ อยู่ในระดับมากร้อยละ 83.3 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 10.83 SD=.75 หลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 94.8 ความรู้ของมีคะแนนเฉลี่ย 12.33 SD=.51 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนกับหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ พบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ความรู้ของญาติผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ก่อน
กับหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ (n=6) ด้วยสถิติ Paired samples t-test

ความรู้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	Mean	SD	t	P value
ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ	10.83	.75	-6.708	.001*
หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ	12.33	.51		

*P<.05

ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ฯ ของ
ญาติผู้ป่วยจิตเวช พบว่า เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ
ร้อยละคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ
กับเกณฑ์ค่าเป้าหมายร้อยละ 80 พบว่า ญาติผู้ป่วย

จิตเวชมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมาย
ร้อยละ 91.33, SD=8.54 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .02 (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยจิตเวช กับเกณฑ์ค่าเป้าหมาย
ร้อยละ 80 (n = 6)

การทดสอบ	$\bar{X}$	SD	One-sample t-test	
			t	p-value
เกณฑ์เป้าหมาย	80	-		
ค่าเฉลี่ย คะแนนความพึงพอใจ	91.33	8.54	3.24	.02*

*P<.05

อุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อ
การก่อความรุนแรง พบว่า ก่อนการพัฒนาแนว
ปฏิบัติฯ (มีค.-มีย.66) พบอุบัติการณ์จำนวน 6 ครั้ง

ร้อยละ 100 หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (กค.-ตค.
66) พบอุบัติการณ์ลดลงมีจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ
16.66 (ดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 อุตการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (n=6)

อุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อ การก่อความรุนแรง	ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (มีค.- มีย.66)		หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (กค.- ตค.66)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	6	100	1	16.66

ขั้นตอนที่ 4 การแก้ไขปัญหา (Act) ดังนี้

ตารางที่ 8 ปัญหาที่พบ และแนวทางการแก้ปัญหา

ปัญหาที่พบภายหลังการใช้นโยบายปฏิบัติฯ	การแก้ไขปัญหา
ผู้ให้บริการ 1. พยาบาลเยี่ยมบ้านจำแบบการติดตามไม่ได้ 2. พยาบาลกังวลผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนไม่ ให้ความร่วมมือ ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 3. ไม่สามารถประสานอสม. ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มี ความเสี่ยงได้ 4. ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนยังไม่มั่นใจในการประเมินอาการ ทางจิต กลัวผู้ป่วยจิตเวช	1. วางแผนการจัดประชุมซ้ำ การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อย่างต่อเนื่องกับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เชิญภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วน ร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 2.วางแผนประชุมทำพิกัดผู้รับผิดชอบตามที่พิกัดภัยของผู้ป่วยจิต เวช เพิ่มช่องทางไลน์กลุ่ม 3. พาผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนลงเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ทำ สตีกเกอร์แจกข้อความอาการทางจิตกำเริบ (5 Red flags) และ 7 สัญญาณเตือนเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง
ผู้รับบริการ	

ตารางที่ 8 ปัญหาที่พบ และแนวทางการแก้ปัญหา

ปัญหาที่พบภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ	การแก้ไขปัญหา
1. ญาติผู้ป่วยจิตเวชใช้ไลน์ไม่เป็น 2. พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชยังมีการป่วยซ้ำใน 28 วัน	1. พยาบาลให้ข้อมูลเรื่องการใช้ไลน์ ช่วยแอดไลน์ และสอนวิธีการใช้เสียงส่งข้อความ ส่วนญาติที่ไม่จะมีให้เบอร์โทรโดยตรง
	2. ปรับแนวปฏิบัติ ในเรื่องสี ตามคะแนน OAS.=2 กับระยะเวลาการเยี่ยมบ้านให้เร็ว และถี่ขึ้น 3. ทำกระเป๋ใส่ยา ในกรณีที่พบปัญหาผู้ป่วยและญาติจัดยาไม่ถูกต้อง 4. ส่งเสริมให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนช่วยดูแลจัดยาให้ผู้ป่วยต่อเนื่อง

สรุปและการอภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านเยี่ยมมีส่วนร่วมในชุมชน ที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทในพื้นที่รับผิดชอบของรพ.ชลบุรี มีกระบวนการพัฒนาที่ช่วยส่งผลให้ญาติและผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุม ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนได้รับความปลอดภัย มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับเป้าหมายประสงค์ของรพ.ชลบุรีในด้าน Service Excellence เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพ PP&P Excellence ลดการป่วยซ้ำ มีเครือข่ายดูแล สอดคล้องกับนโยบายและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์การสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี เป้าประสงค์: ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนและสังคมสุขภาพจิต¹⁰ และสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในด้านยกระดับระบบบริการสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ประชาชนได้รับการดูแลแบบ “ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ได้อย่างเป็นรูปธรรม เพิ่มขีดความสามารถระบบบริการและเครือข่ายไร้รอยต่อ โดย “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” และพัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง บุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น¹¹ โดยงานวิจัยที่พัฒนาขึ้น ผ่านกระบวนการพัฒนาโดยใช้ทฤษฎีระบบ PDCA⁶ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้วิธีการพัฒนางานอย่างเป็นระบบและมีหลักฐานทางวิชาการ สอดคล้องกับนิพจน์

สว่างไธสง¹² ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน อำเภอยางสีสุราช การดำเนินการพัฒนาที่ประกอบด้วย การสร้างความพร้อมของผู้ให้บริการคือ พยาบาลเยี่ยมบ้าน และผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนโดยการพัฒนาแนวปฏิบัติ การให้ความรู้และการให้การช่วยเหลือเมื่อมีภาวะวิกฤต

2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวฯ ส่งผลให้มีความรู้ของผู้ให้บริการ 1) พยาบาล พบว่า ภายหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ส่วนใหญ่มีความรู้การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในระดับมาก ร้อยละ 87.5 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 8.25 (SD=.70) พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 2) ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน พบว่า ภายหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ส่วนใหญ่มีความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับมาก ร้อยละ 90.9 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 11.27 (SD=.88) ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 และความรู้ของผู้รับบริการ คือ ญาติผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ภายหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ ส่วนใหญ่ มีความรู้การดูแลผู้ป่วย จิตเวชในระดับมาก ร้อยละ 94.8 มีคะแนนเฉลี่ย 12.33 SD=.51 ญาติมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับสุกัญญา ละอองศรี¹³ ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสวรรค์ ภายหลังพัฒนาผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีความรู้ในระดับมาก ซึ่งโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับวิวรรณ วงศ์ตา¹⁴ ศึกษา

เรื่องการพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลวังยาง ด้านความรู้ของพยาบาลความเข้าใจ เรื่องพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า หลังการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติของผู้ให้บริการคือ 1) พยาบาล พบว่า ภายหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ มีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 92.5, SD=7.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.002 2) ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน พบว่า มีความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 84.90, SD=8.45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติของผู้ให้บริการ คือ ญาติผู้ป่วยจิตเวช มีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ 91.33, SD=8.54 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02

ปฏิบัติการผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ ลดลงพบปฏิบัติการจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 16.66 สอดคล้องกับทัศนีย์ เชื้อมทอง อาริรัช จานงค์ผล และกรรณิ์ทองซ้อย¹⁵ ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาล

ชลบุรี ผลการวิจัยด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล ผู้รับบริการคือ ผู้ป่วยหลังการพัฒนาแบบ พบว่า ไม่เกิดอุบัติการณ์ทำร้ายตัวเอง และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล อยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ให้บริการคือ พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล มากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติในการนิเทศ และเพื่อประเมินสมรรถนะให้แก่พยาบาลเยี่ยมบ้านและเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป
2. แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชสามารถนำไปขยายผลต่อยอดขยายไปใช้ชุมชนอำเภอเมือง
3. ควรมีการศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ในด้านความเสี่ยงอุบัติการณ์ที่พบ และศึกษาปัญหาการเข้ามามีส่วนร่วมของคนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต แบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2563.
- 2.กรมสุขภาพจิต. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทพรอสเพอริสพลัสจำกัด; 2563.
- 3.ชลินดา จันทราราม. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลค่านาดีอำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย มหาสารคาม; 2560.
- 4.กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนแสลงจันทร์การพิมพ์; 2559.
- 5.Cohen, Jhon M. and Norman, T. Uphoff. Rural Participation: Concepts and Measures for Project Design. Implement and Evaluation. New York: McGraw-Hill; 1980).
- 6.Deming W. E. The New Economics: for Industry, government, education. Cambridge MA: Center for Advanced Educational Services : Massachusetts Institute of Technology; 2000.
- 7.Vroom, V. H. Work and motivation. New York: John Wiley & Sons; 1964.
- 8.Benjamin, S Bloom.. Learning for mastery. Evaluation comment. Center for the study of instruction program. University of California at Los Angeles 1986; 2:47-62.
- 9.บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ; ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2555.

- 10.แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.[อินเทอร์เน็ต].2566 [สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค. 66]. เข้าถึงจาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/edit-ops_plan-66-70-for-web.pdf
- 13.แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค. 66]. เข้าถึงจาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/E-book-Indicators-66-revised_11.pdf
- 11.นิจอพร สว่างไสง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559; 1:60-71.
- 13.สุกัญญา ละอองศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสวรรค์ ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
- 14.วิวรรณ วงศ์ตา. การพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2560; 2:68-76.
- 15.ทัศนีย์ เชื้อมทอง อาริรัช จำนงค์ผล และกรรติน ทองซ้อย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ ซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2565; 2:152-173.