

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, ประ.ด.¹ วรภรณ์ ทินวัง, พย.ม.^{1*}

รักษ รัชตระกูล, พ.บ.² สมพิตร ทรายสมุทร, พย.ม.³

ณัฐธิดา ทิวกาโต, พย.ม.¹ ประภาศรี หุ่นมีผล, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

ปัจจุบันมีการนำบริการสุขภาพจิตทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการ และแก้ไข
ปัญหาการรักษาไม่ต่อเนื่อง แต่ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินงาน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและ
ตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล การวิจัยแบ่งเป็น 3
ระยะ ดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์การบริการสุขภาพจิตทางไกล กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน เครื่องมือวิจัย
ได้แก่ แบบบันทึกผลการสนทนากลุ่ม 2) พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับ
บริการสุขภาพจิตทางไกล และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน
10 คน และผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 90 คน ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินความร่วมมือ
ในการรับประทานยา และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และสถิติ
ทดสอบที ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพ และแนวปฏิบัติการ
ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวช ส่วนผลการใช้รูปแบบ พบว่า 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง ในด้านภาวะสุขภาพจิต ด้านการ
รับประทานยา และด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ในกลุ่มที่ใช้รูปแบบสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)
2) ความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มที่ใช้รูปแบบสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และ
3) คุณภาพชีวิตในกลุ่มที่ใช้รูปแบบกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้อย่างต่อเนื่องและ
ขยายผลไปสู่การบริการสุขภาพจิตทางไกล เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรับประทานยา

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง, ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน, สุขภาพจิตทางไกล

วันที่รับ: 22 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไข: 10 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 13 ธันวาคม 2566

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล woraporn.t@mail.bcnlp.ac.th

² จิตแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำปาง

Development of a continuing care model for psychiatric patients in the community receiving tele-mental health services

Sripapai Inchaithep, Ph.D.¹ WorapornThinwang, M.N.S.^{1*}

Ruk Ruktrakul, M.D.² Sompit Saisamuth M.N.S.³

Natira Tiwato, M.N.S.¹ Prapasri Thungmepon, M.N.S.¹

Abstract

Presently, tele-mental health (MH) services are utilized for psychiatric patients caring to improve service accessibility and solve the problem of treatment discontinuity. However, operational limitations have been identified. This research and development aimed to develop and evaluate the quality of the continuous care model for psychiatric patients in the community who receive tele-MH services. The research process consisted of three phases: 1) investigate the situation of tele-MH services. The sample consisted of 14 professional nurses. The research instruments consisted of the focus group discussion recording form, 2) develop and verify the continuous care model for psychiatric patients who receive tele-MH services, and 3) examine the effects of the model developed. The sample comprised 14 professional nurses and 90 psychiatric patients. The research instruments consisted of the self-care ability questionnaire, the medication adherence questionnaire and the quality-of-life questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and t-test. The results revealed that the developed model consisted of guidelines for developing health personnel competencies and continuing care for psychiatric patients. Furthermore, the effects of the developed model indicated that: 1) The self-care ability in terms of mental health, taking medication, and family relationships of the experimental group was significantly higher than that in the control group ($p < .05$), 2) The medication adherence of the control group was significantly higher than that in the control group ($p < .001$), and 3) The quality of life of the experimental and the control group were not significant differences. Therefore, this model should be utilized continuously and expanded to tele-MH services to promote self-care ability and medication adherence.

Keywords: Continuing care model, Psychiatric patients in community, Tele-mental health,

Received: Oct 22, 2023 Revised: Dec 10, 2023 Accepted: Dec 13, 2023

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding E-mail: woraporn.t@mail.bcnlp.ac.th

² Psychiatrist, Lampang Hospital

³ Registered Nurse, Lampang Hospital

บทนำ

ประเทศไทยพบปัญหาสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2564 พบว่าจำนวนผู้ป่วยทางจิตเวชในไทยเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า จาก 1.3 ล้านคนในปี 2558 เป็น 2.3 ล้านคน ในปี 2564 และพบว่า มีผู้ขอรับการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตผ่านทางสายด่วนสุขภาพจิต เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2564) รวมถึงการกำเริบของผู้ป่วยในชุมชนอัตราส่วนเพิ่มขึ้นด้วย เนื่องมาจากผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้ขาดการรับทราบยาต่อเนื่อง บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจึงมักจะตกเป็นภาระของครอบครัวและผู้ดูแล (Hamann, Lipp, Christ-Zapp, Spellmann, & Kissling, 2014) จากการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ ศรีนรินทร์ จันทิพิมพ์ และ ขนิษฐา นันทบุตร (2561) พบว่า ปัญหาที่สำคัญประกอบด้วยการขาดผู้ดูแล ศักยภาพที่ไม่เพียงพอของผู้ดูแล การขาดสิทธิและประโยชน์ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การถูกตีตราจากสังคม ซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความต่อเนื่องในการรักษา โดยเฉพาะในประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ที่พบปัญหาของความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการสุขภาพ และความคุ้มค่าในการใช้จ่ายเพื่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การแพทย์ทางไกล (telemedicine) เป็นการให้บริการดูแลสุขภาพทางไกล โดยผู้เชี่ยวชาญผ่านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อช่วยในการวินิจฉัยการรักษาป้องกันโรค รวมถึงการศึกษาวิจัยและประเมินผล และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์ (World Health Organization: WHO, 2019) หลักการดังกล่าวนำมาสู่การพัฒนาบริการสุขภาพจิตทางไกล (tele-mental health) ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน และการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ห่างไกล เพื่อลดความยากลำบากในการเดินทางหรือเข้าถึงสถานพยาบาล และช่วยลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยรับยาที่โรงพยาบาล (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565; สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดบริการด้านสุขภาพจิต หรือบริการสุขภาพจิตทางไกล มีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและแก้ไขปัญหาทางจิตแก่คนจำนวนมาก สามารถส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ที่มีข้อจำกัดในการคมนาคม และในภาวะที่มีสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (Bradford, Caffery & Smith, 2016) และเมื่อพิจารณาจากเงื่อนไขของบริการสุขภาพทางไกล ยังพบว่า มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การชักประวัติร่วมกับการตรวจสภาพจิตเป็นหลัก มีเพียงส่วนน้อยที่ต้องตรวจร่างกายหรือตรวจพิเศษอื่น ๆ ทำให้แพทย์สามารถตรวจประเมินผู้ป่วยได้ ทั้งยังพบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจที่ได้ใช้พื้นที่ ที่เป็นส่วนตัวในการเข้ารับบริการ ลดความวิตกกังวลในการถูกตีตรา จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Uscher-Pines et al., 2022)

โรงพยาบาลลำปางร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ 27 แห่ง ในพื้นที่ อ.เมือง จ.ลำปาง นำระบบบริการสุขภาพจิตทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโควิด 19 และมีแนวโน้มของการใช้บริการเพิ่มขึ้น เพราะสามารถตอบสนองความต้องการ

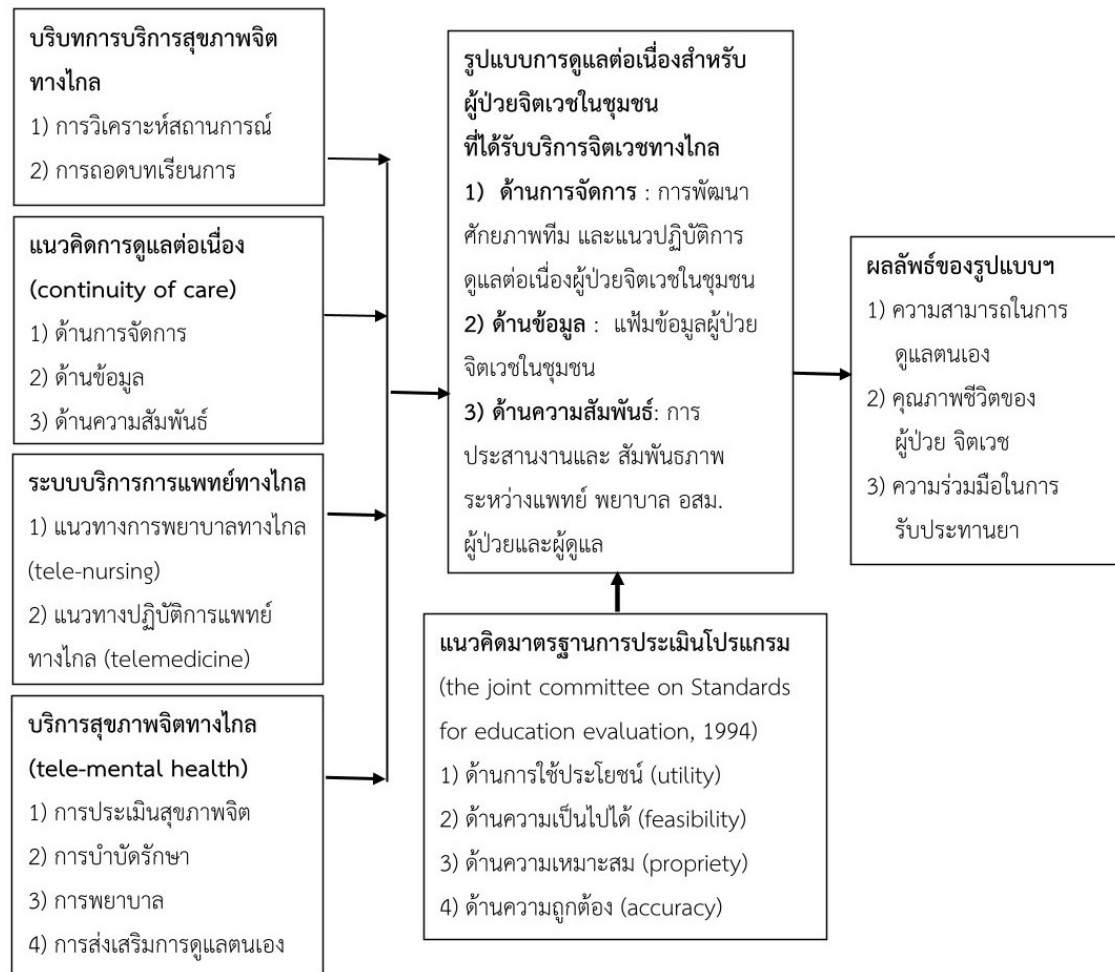
ของผู้รับบริการในด้านความสะดวกในการเดินทาง ภาวะเศรษฐกิจ และความกังวลต่อการติดเชื้อระหว่างการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล จากการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสุขภาพหน่วยปฐมภูมิที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการบริการสุขภาพจิตทางไกลในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ยังมีช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชลงสู่ชุมชน เนื่องมาจากยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และบุคลากรบางส่วนไม่มั่นใจในศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในระยะที่มีอาการกำเริบจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองภายใต้บริบทและทรัพยากรที่เป็นไปได้ เน้นให้ผู้ป่วยแสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง และบุคลากรสาธารณสุขเข้าร่วมแก้ปัญหาในส่วนที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถจัดการได้ โดยให้มีการดูแลที่มีการประสานเชื่อมโยงกัน ประกอบด้วย ความต่อเนื่องด้านการบริหารจัดการความต่อเนื่องด้านข้อมูล และความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair, & McKendry, 2003)

เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพ และลดอุปสรรคการกำเริบของโรค ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนารูปแบบและแนวทางการบริการที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่ ภายใต้แนวคิดของการดูแลต่อเนื่องจากบริการสุขภาพจิตทางไกลสู่การดูแลผู้ป่วยในชุมชน และส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว จูงใจให้มีการรักษาอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล การวิจัยครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกลอย่างต่อเนื่อง โดยการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานในการบริการสุขภาพจิตทางไกล และกำหนดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมตามบริบทของจังหวัดลำปาง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล
2. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกลในด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการรับประทานยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อดำเนินการครบ 6 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา(Research and Development) ดำเนินงานตั้งแต่ เดือนมีนาคม 2566 ถึง เดือนกันยายน 2566 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

เป็นการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บริการสุขภาพจิตทางไกล จากบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชใน รพ.สต.และศูนย์บริการสาธารณสุข ในพื้นที่ อ.เมือง จ.ลำปาง ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 14 คน จากสถานบริการ 13 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกผลการสนทนากลุ่ม (focus group) เกี่ยวกับการรับรู้ศักยภาพตนเองของบุคลากรสุขภาพ กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล ปัญหาอุปสรรค และแนวทางพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และอาจารย์พยาบาลสาขาจิตเวช พบว่า ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ (index of consistency : IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย โดยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม ตามประเด็นที่กำหนดใช้เวลาในการสนทนากลุ่มกลุ่มละ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยเป็นผู้เสนอคำถามครั้งละประเด็น แล้วเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกคนได้แสดงความคิดเห็น โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกเทป และจดบันทึกการสนทนา ภายหลังจากเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่ม ผู้ช่วยผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มให้กลุ่มตัวอย่างได้ฟังร่วมกันอีกครั้ง เพื่อเพิ่มเติมข้อมูลให้สมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

เป็นการสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบโดยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ที่ได้จากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยความต้องการด้านการบริหารจัดการ ด้านข้อมูล และด้านความสัมพันธ์ และแนวคิดของการแพทย์ทางไกล ซึ่งเป็นการให้บริการดูแลสุขภาพทางไกล โดยผู้เชี่ยวชาญผ่านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลจิตเวช และอาจารย์พยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพรูปแบบ ที่พัฒนาตามแนวคิดของมาตรฐานการประเมินโปรแกรมของ The Joint Committee on Standards for Education Evaluation (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยมาตรฐานการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเกิดประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้อง รวมถึงข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.67-1.00

วิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยร่างรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวช จากการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากนั้นประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้วยแบบประเมินคุณภาพรูปแบบ ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบตามข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เนื้อหาโดยการจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบ

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two-group posttest design)

ประชากร ได้แก่ บุคลากรสุขภาพที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการสุขภาพจิตทางไกล ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์บริการสุขภาพ 27 แห่งในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. บุคลากรสุขภาพที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 8 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน ประจำ รพ.สต. และศูนย์บริการสุขภาพ 8 แห่งในพื้นที่ อ.เมือง จ.ลำปาง

2. ผู้ป่วยจิตเวช ในรพ.สต.และศูนย์บริการสุขภาพ 8 แห่ง คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนด effect size=0.8, α err prob=0.05 และ power ($1-\beta$ err prob)=0.95 (Cohen, 1969 อ้างใน American Statistical Association, 2023) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 42 ราย การวิจัยครั้งนี้ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 45 คน รวม 90 คน สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) ตามพื้นที่ที่รับผิดชอบ ได้แก่ รพ.สต. ทราโยทอง, นิคม 16, พุ่มม่าน, บ้านกาด, บ้านเอื้อม, สปไพร, แม่กีย และกล้วยแพะ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ใช้เกณฑ์การคัดเข้าคือ 1. ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลอยู่ในครอบครัว 2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ 1. ผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่อง 2. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตามที่กำหนดในระยะเวลา 6 เดือน 3. ออกจากโครงการระหว่างการดำเนินโครงการ และ 4. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงหรือควบคุมตนเองไม่ได้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ลักษณะคล้ายคลึงกัน ในด้าน เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค และระยะเวลาการเจ็บป่วย และจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการสุขภาพจิตทางไกล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง และแนวคิดของการแพทย์ทางไกล ประกอบด้วย 1) แผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพในเครือข่าย เป็นกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ การสอนงานระหว่างการให้บริการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และ 2) แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ใช้เวลาในการดูแล 6 เดือน

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 10 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และด้านการใช้สารเสพติด ปรับปรุงจากแบบติดตามเยี่ยมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของ กรมสุขภาพจิต (2560) กำหนดระดับคะแนนเป็น 1-3 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็น 1-1.66 ระดับดี 1.67-2.32 ระดับปานกลาง และ 2.33-3 ระดับไม่ดี

2.2 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ปรับปรุงจากแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช ของ รัชนี อุทัยพันธ์ (2555) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา กำหนดระดับคะแนนรายข้อ 1-4 คะแนน คะแนนรวมพฤติกรรมในการรับประทานยาระดับต่ำคะแนนอยู่ในช่วง 16-20 คะแนน ระดับปานกลางคะแนนอยู่ในช่วง 21-42 คะแนน และระดับสูงคะแนนอยู่ในช่วง 43-64 คะแนน

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช ปรับปรุงจากแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชของ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา (กาญจนา สุทธิเนียม และ ชลพร กองคำ, 2555) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ครอบคลุม 11 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านแรงจูงใจภายนอก ด้านสัมพันธ์ภาพและการสื่อสาร ด้านการดูแลตนเอง ด้านแรงจูงใจภายในและการมีเป้าหมายชีวิต ด้านชีวิตการทำงานและการเรียน

ด้านสภาพแวดล้อม ด้านนันทนาการ ด้านการจัดการปัญหา ด้านภาวะสุขภาพ ด้านความต้องการ และสมรรถภาพทางเพศและด้านภาพลักษณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับบริการสุขภาพจิต ทางไกลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลจิตเวช และอาจารย์พยาบาล วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า .67-1 และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช และแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยพื้นที่ รพ.สต. ท้าข้าว จำนวน 10 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า .78 และ .72

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่ เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการวิจัยและรูปแบบที่กำหนด
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล และแนวทางในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง แก่ผู้ประสานงานและผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการดำเนินการวิจัยอย่างถูกต้อง
3. ผู้ประสานงานและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงขั้นตอนในการขอความยินยอม ตามรายละเอียดที่ระบุในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการรับประทานยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช ก่อนการดำเนินการวิจัย
4. ดำเนินการวิจัย โดยกลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามรูปแบบ ในระยะเวลา 6 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน คือการไปตรวจตามนัดในแผนกผู้ป่วยนอก รพ. ลำปาง ทุก 1-3 เดือน ในช่วงเวลา 6 เดือน
5. เมื่อครบ 6 เดือน ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการรับประทานยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช กรณีที่ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการอ่านทำความเข้าใจ ผู้วิจัยจะอ่านข้อความให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ในพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัวที่ รพ.สต. หรือศูนย์บริการสุขภาพจัดให้

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Fisher exact probability test สถิติทดสอบที (independent t-test) และไคสแควร์ (Chi-square test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E2566-035 รับรองวันที่ 31 มีนาคม 2566 โดยผู้ประสานงานชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้งในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช ให้ทราบถึงประโยชน์และผลกระทบของการวิจัย วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ และการไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในรายงานการวิจัย และได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลกระทบต่อการดูแลและการรักษาในอนาคต รวมถึงแนะนำช่องทางการติดต่อขอรับการช่วยเหลือถ้าพบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

ผลการสนทนากลุ่มบุคลากรสุขภาพ เกี่ยวกับการรับรู้ศักยภาพตนเอง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สรุปได้ดังนี้

1.1 การรับรู้ศักยภาพตนเองของบุคลากรสุขภาพ บุคลากรส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีการรับรู้ศักยภาพตนเองในระดับสูงในด้าน การจัดการภาวะฉุกเฉินและการส่งต่อ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การระบุปัญหาทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชที่พบบ่อยในชุมชน การเสริมพลังและสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนการรับรู้ศักยภาพตนเองในระดับปานกลาง ได้แก่ การประเมินสภาพจิต การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การจำแนกโรคทางจิต กลุ่มยาจิตเวช การบริหารยา และการจัดการผลข้างเคียง โดยแนวทางการพัฒนาศักยภาพมาจากการเรียนรู้ระหว่างการใช้บริการสุขภาพจิตทางไกล จากการสังเกต และขอคำแนะนำจากจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช

1.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล ในแต่ละหน่วยบริการจะมีรายละเอียดกิจกรรมที่แตกต่างกันตามผู้รับผิดชอบและบริบทพื้นที่ แต่มีขั้นตอนหลักคล้ายคลึงกัน ประกอบด้วย การนัดผู้ป่วย การเตรียมสื่อเทคโนโลยี แพ้มประวัติผู้ป่วยและข้อมูลสำคัญที่จะปรึกษาจิตแพทย์ การประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้น และจัดให้ผู้ป่วยเข้าพบจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช โดยบุคลากรใน รพ.สต.จะเข้าร่วมในการตรวจรักษาทุกราย รวมถึงการเพิ่มเติมข้อมูลระหว่างการตรวจรักษา การให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการดูแลตนเอง และการมอบหมายการดูแลต่อเนื่องแก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่รับผิดชอบ

1.3 ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และความต้องการการสนับสนุน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพและสร้างเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การรับการตรวจรักษาผ่านบริการสุขภาพจิตทางไกล จนถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน รวมถึงการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน/เร่งด่วนไปส่ง รพ. ลำปาง ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนบางส่วนมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง และไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จึงควรมีทีมผู้ให้บริการมาดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาอย่างต่อเนื่อง ต้องการความร่วมมือและการสนับสนุนจาก อสม. ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันสนับสนุนและประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ ด้านการฝึกอาชีพ และการอบรมเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย

1) แผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพในเครือข่าย เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ การสอนงานระหว่าง การให้บริการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ใช้เวลา 2 เดือนก่อนใช้แนวปฏิบัติ

2) แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยปฐมภูมิ ใช้เวลาในการดูแล 6 เดือน มีกิจกรรมดังนี้

2.1) ขั้นเตรียมข้อมูล ได้แก่ จัดทำแฟ้ม/ฐานข้อมูลผู้ป่วย ประสานงานและนัดหมายกับผู้ป่วย

2.2) ขั้นการให้บริการสุขภาพจิตทางไกล ได้แก่ การทบทวนข้อมูลผู้ป่วย คัดกรองและการตรวจสภาพจิต วินิจฉัยปัญหาทางจิต บำบัดรักษา การช่วยเหลือและให้คำปรึกษา และสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัว

2.3) ขั้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ได้แก่ การส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยการให้คำปรึกษา ประสานงานกับผู้ดูแลและผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งสนับสนุนและเข้าถึงบริการทางสังคมและสุขภาพ

ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X}=4.28$, $SD=0.32$ และทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านความถูกต้อง รองลงมาคือด้านความเป็นไปได้ $\bar{X}=4.33$, $SD=0.25$, $\bar{X}=4.15$, $SD=0.45$ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1 ส่วนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบ ได้แก่ ควรเพิ่มเติมกิจกรรมที่ประสานงานระหว่างทีมสุขภาพกับอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชไม่มีผู้ดูแลหรือขาดสิ่งสนับสนุนทางสังคม และระบุแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตทางไกลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้มีการปฏิบัติต่อเนื่องในกรณีที่มีการโยกย้ายบุคลากร หรือรับบุคลากรใหม่

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับการบริการสุขภาพจิตทางไกล

ด้าน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการใช้ประโยชน์ (utility)	4.23	0.35	มาก
1. รูปแบบ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	4.20	0.50	มาก
2. รูปแบบ มีประโยชน์ให้ผู้ดูแลสุขภาพมีแนวทางในการนำไปดูแลผู้ป่วยจิตเวช	4.60	0.45	มากที่สุด
3. รูปแบบ มีประโยชน์ในการสร้างความตระหนักและความสามารถในการดูแลตนเอง	3.90	0.45	มาก
ด้านความเป็นไปได้ (feasibility)	4.30	0.40	มาก
4. รูปแบบ มีความสอดคล้องกับบริบทและสภาพสังคม	4.20	0.40	มาก
5. รูปแบบ มีแนวปฏิบัติชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.10	0.45	มาก
6. รูปแบบ มีความคุ้มค่า คุ้มทุนในการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	4.60	0.40	มากที่สุด
ด้านความเหมาะสม (propriety)	4.23	0.40	มาก
7. รูปแบบ มีกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	4.50	0.45	มากที่สุด
8. รูปแบบ เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่และศักยภาพของบุคลากรในหน่วยปฐมภูมิ	4.20	0.55	มาก
9. กิจกรรมของรูปแบบ มีความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของสถานบริการสุขภาพ	4.00	0.50	มาก
ด้านความถูกต้อง (accuracy)	4.33	0.25	มาก
10. รูปแบบ มีความถูกต้องตามแนวคิดของการดูแลต่อเนื่อง	4.60	0.50	มากที่สุด
11. กิจกรรมรูปแบบ ถูกต้องตามหลักการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	4.20	0.45	มาก
12. กิจกรรมรูปแบบ ถูกต้องตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในชุมชน	4.20	0.55	มาก
รวม	4.28	0.32	มาก

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะเบื้องต้นไม่แตกต่างกัน โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.60 และ 54.30) ช่วงวัยผู้ใหญ่ อายุ 20-59 ปี (ร้อยละ 55.60 และ 52.20) สถานภาพโสด (ร้อยละ 48.90 และ 50.00) การวินิจฉัย โรคจิตเภท (ร้อยละ 28.30 เท่ากัน) ระยะเวลาการเจ็บป่วย มากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 35.60 และ 37.00)

3.2 ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้รูปแบบ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบกับกลุ่มควบคุมที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ด้านการจัดการภาวะสุขภาพจิตที่ผิดปกติ ด้านการรับประทานยา และด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ($\chi^2 = 7.50, 11.15$ และ 14.55 ตามลำดับ) ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้รูปแบบกับกลุ่มควบคุม

ด้าน	ระดับไม่ดี		ระดับปานกลาง		ระดับดี		Chi-Square, Fisher exact	p-value
	f	%	f	%	f	%		
1. ด้านการจัดการความผิดปกติ (C)	9	20.00	22	48.90	14	31.10	7.50	0.012*
ด้านการจัดการความผิดปกติ (E)	4	8.90	17	37.80	24	53.30		
2. ด้านการรับประทานยา (C)	6	13.30	23	51.10	16	35.60	11.15	0.006*
ด้านการรับประทานยา (E)	2	4.40	17	37.80	26	57.80		
3. ด้านศักยภาพของผู้ดูแล/ญาติ (C)	3	6.70	18	40.00	24	53.30	2.32	0.461
ด้านศักยภาพของผู้ดูแล/ญาติ (E)	1	2.20	16	35.60	28	62.20		
4. ด้านการทากิจวัตรประจำวัน (C)	4	8.90	16	35.60	25	55.60	3.41	0.360
ด้านการทากิจวัตรประจำวัน (E)	4	8.90	13	28.90	28	62.20		
5. ด้านการประกอบอาชีพ (C)	5	11.10	24	53.30	16	35.60	0.38	0.725
ด้านการประกอบอาชีพ (E)	4	8.90	23	51.10	18	40.00		
6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว (C)	10	22.20	25	55.60	10	22.20	14.55	0.001*
ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว (E)	6	13.30	21	46.70	18	40.00		
7. ด้านสิ่งแวดล้อม (C)	4	8.90	18	40.00	23	51.10	2.11	0.428
ด้านสิ่งแวดล้อม (E)	2	4.40	18	40.00	25	55.60		
8. ด้านการสื่อสาร กับสังคม (C)	10	22.20	17	37.80	18	40.00	3.70	0.237
ด้านการสื่อสาร กับสังคม (E)	9	20.00	16	35.60	20	44.50		
9. ด้านการเรียนรู้เบื้องต้น (C)	6	13.30	16	35.60	23	51.10	2.75	0.142
ด้านความรู้เบื้องต้น (E)	4	8.90	18	40.00	23	51.10		
10. ด้านการใช้สารเสพติด (C)	10	22.10	26	57.80	9	20.00	1.60	0.821
ด้านการใช้สารเสพติด (E)	9	20.00	25	55.60	11	24.40		

* $p < .05$, C=กลุ่มควบคุม, E=กลุ่มทดลอง

3.3 ผลการเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้รูปแบบกับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.76$, $p<.001$) โดยกลุ่มที่ได้รับรูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 57.29, $SD=4.16$ และ 53.36, $SD=5.44$ ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตพบว่าไม่แตกต่างกัน ($t=0.87$, $p<0.05$) โดยกลุ่มที่ได้รับรูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 69.20 ($SD=8.86$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 67.53 ($SD=9.12$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้รูปแบบกับกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	Mean	SD	t	df	p-value
ความร่วมมือในการรับประทานยา					
1. กลุ่มที่ใช้รูปแบบ	57.29	4.16	3.76	88	.001**
2. กลุ่มควบคุม	53.36	5.44			
คุณภาพชีวิต					
1. กลุ่มที่ใช้รูปแบบ	69.20	8.86	0.87	88	.387
2. กลุ่มควบคุม	67.53	9.12			

** $p<.001$

อภิปรายผล

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า บุคลากรในหน่วยปฐมภูมิบางส่วนไม่มั่นใจในศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากบุคลากรในหน่วยปฐมภูมิเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ผ่านการอบรมเฉพาะทางในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และส่วนใหญ่มีการหมุนเวียนกันเข้ารับผิดชอบงานสุขภาพจิตจึงทำให้ไม่มีความเชี่ยวชาญเพียงพอ ทั้งนี้บุคลากรส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ากระบวนการรักษาผ่านสุขภาพจิตทางไกลเป็นช่องทางในการพัฒนาศักยภาพตนเองได้เป็นอย่างดี เพราะเกิดการเรียนรู้ระหว่างการให้บริการสุขภาพจิตทางไกล จากการสังเกต และขอคำแนะนำจากจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช ผลการวิจัยครั้งนี้จึงแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยปฐมภูมิมีความจำเป็นและแนวทางหนึ่งที่มีความเป็นไปได้และมีประสิทธิภาพคือการเรียนรู้ระหว่างการปฏิบัติงาน หรือกระบวนการสอนงาน (coaching) ดังการศึกษาของ วรณชนก จันทชุม, สมปรารถนา ดาผา, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, ศุภลักษณ์ กระแสร์ และ ครุณี ศรีสมบูรณ์ (2563) ที่พบว่าหลังใช้รูปแบบการสอนงาน พยาบาลใหม่มีคะแนนการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) นอกจากนี้ผลการวิจัยยัง พบว่า การบริการสุขภาพจิตทางไกลของจังหวัดลำปาง ยังจำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การรับการตรวจรักษาผ่านบริการสุขภาพจิตทางไกล จนถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางการบริการที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากประกาศสภาการพยาบาล 2564 เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (2564) จะเห็นได้ว่าการกำหนดไว้อย่างชัดเจนถึงหลักการและข้อพึงระวังในการพยาบาลทางไกล

โดยควรกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นบุคคลที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องและหรือการดูแลระยะยาว จากสถานพยาบาล ต้องขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาล มีการวิเคราะห์ข้อมูลและวินิจฉัยการพยาบาล ประเมินอาการและความรุนแรง ความเสี่ยง และวางแผนแผนการพยาบาลอย่างรัดกุมในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการพยาบาลทางไกล ดังนั้นการกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนจึงมีความสำคัญและจำเป็น (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล, 2564)

2. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบ ที่มีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมาก และทุกด้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ด้านความถูกต้อง รองลงมาคือด้านความเป็นไปได้ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากรูปแบบถูกพัฒนามาจากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ร่วมกับการวิเคราะห์แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง ของแฮกเกอร์ที และคณะ (Haggerty et al., 2003) ที่ประกอบด้วยความต่อเนื่องด้านการจัดการ ความต่อเนื่องด้านข้อมูล และความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล เพราะภายหลังจากการรับบริการสุขภาพจิตทางไกลแล้วผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการส่งเสริม ให้สามารถดูแลตนเอง มีการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้พยาบาลใช้ประสานงานกับผู้ดูแลและผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งสนับสนุนและเข้าถึงบริการสุขภาพแผน รวมถึงการช่วยเหลือและให้คำปรึกษา ที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับแผนการรักษาที่ได้รับจากบริการสุขภาพจิตทางไกล เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ช่วยส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ลดระยะเวลา ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการ สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการใช้แนวปฏิบัติในการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ที่สามารถพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการกำเริบของโรคและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ (Bradford et al., 2016)

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

3.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทางดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการสุขภาพจิตทางไกล ในด้านภาวะสุขภาพจิตที่ผิดปกติ ด้านการรับประทานยา และด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีค่าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการปกติ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าจะเป็นเพราะในการบริการสุขภาพจิตทางไกลได้ดำเนินกิจกรรมบริการตามแนวทางการดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยจิตเวชครอบคลุมทั้ง การประเมินสุขภาพจิตของผู้ป่วย การช่วยเหลือและให้คำปรึกษา การส่งเสริมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล และยังมีการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกำเริบ อีกทั้งยังมีการสื่อสารประสานงานระหว่างบุคลากรสุขภาพ อสม. ผู้ดูแล และผู้ป่วย ซึ่งการดูแลต่อเนื่องเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เป็นการบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองภายใต้บริบทและทรัพยากรที่เป็นไปได้ เน้นให้ผู้ป่วยแสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง (Haggerty et al., 2003) เพื่อเสริมสร้างการปรับตัวของผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Chen et al., 2013) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพทางไกล (telehealth care) ในผู้ป่วยเบาหวานและพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเอง ด้านการทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการเผชิญปัญหาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าการบริการสุขภาพทางไกล

ร่วมกับการดูแลอย่างต่อเนื่องจะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังเป้าหมายหลักในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว เป็นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2565)

3.2 ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช

จากผลการวิจัย พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ได้รับการดูแลตามแนวทางดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการสุขภาพจิตทางไกล สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการปกติ ซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองและให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและการรักษา การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในทุกครั้งในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและสภาพการดำเนินชีวิตตามความเป็นจริงทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ และเสริมพลังในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท ที่เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (สมิตา กุมลา, โสภณ แสงอ่อน และ พชรินทร์ นินทจันทร์, 2563) การได้รับการบริการสุขภาพจิตทางไกล ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการแก่ผู้ป่วย มีพื้นที่ที่เป็นส่วนตัวในการเข้ารับการรักษา และเวลาในการให้บริการจากแพทย์และพยาบาลมีเพียงพอในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย รวมถึงความต่อเนื่องของการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ร่วมกับการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีทางไกลสามารถเพิ่มอัตราการกินยาต่อเนื่องและความตระหนักในการกินยาของผู้ป่วยได้ (Uslu & Buldukoglu, 2020) นอกจากนี้การมารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการจัดพื้นที่อย่างเป็นสัดส่วนจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ใช้พื้นที่ส่วนตัวในการเข้ารับบริการ ลดความวิตกกังวลในการถูกตริตรอง จึงทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามนัด ในอัตราที่สูงขึ้น ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาได้ดี (Uscher-Pines et al., 2022) นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษายังเป็นผลมาจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ส่งผลให้เกิดการกำกับติดตามการรักษาสู่ผู้ป่วยในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการวิจัยของ ธัญญา สองเมือง และ อนัญญา สองเมือง (2565) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และญาติกับทีมสุขภาพซึ่งได้รับคำปรึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับประทานยา ทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง

3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลตามแนวทางดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการสุขภาพจิตทางไกลนั้น ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการบริการปกติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การให้ความช่วยเหลือ การเสริมสร้างความเข้มแข็ง และการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทั้งในด้านการแสดงออกต่อผู้ป่วย การปรับการสื่อสารเชิงบวก การแสวงหาความช่วยเหลือจากภายนอก การกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง และส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเทียบกับการเข้ารับบริการจากโรงพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมนต์ภรณ์ สุวรรณทวีสุข, กิตติพล นาควิโรจน์ และ ธัญญรัตน์ โนมัยสินทวี (2566) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้การแพทย์ทางไกลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้บริการ ถึงแม้การบริการสุขภาพจิตทางไกลจะเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน ขับเคลื่อนการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และ

สาธารณสุข ให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม และเป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในการประเมิน ติดตาม และ ให้คำแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วยชุมชน แต่การจะประเมินว่าสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือไม่ จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลอย่างต่อเนื่องการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาดำเนินการ 6 เดือน และเป็นช่วงเวลาที่มีการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน จึงอาจทำให้ไม่เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจนในการเปรียบเทียบกับ การเข้าตรวจรักษาในโรงพยาบาล แต่กระบวนการของรูปแบบนี้สามารถส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและชุมชน มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงในระดับครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสำคัญ มีกำลังใจในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค เพื่อที่จะใช้ชีวิตในสังคมได้ และจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ในอนาคต เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย จะเห็นว่าผลลัพธ์สอดคล้องกับการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิที่เห็นว่าการรูปแบบ มีความเหมาะสมในระดับมากทุกด้าน โดยมีประโยชน์แก่บุคลากรสุขภาพในการนำแนวทางไปดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความคุ้มค่าในการนำไปใช้และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำแนวทางดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการสุขภาพจิตทางไกล ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลและแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่
2. ผลการศึกษาที่พบว่า รูปแบบสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกลได้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้บริการ จึงควรกำหนดนโยบายในการพัฒนาและขยายผลการดูแลต่อเนื่องจากบริการสุขภาพจิตทางไกล โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีจำนวนบุคลากรสุขภาพไม่เพียงพอหรือมีความแออัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง โดยการติดตามระยะยาวของการรับประทานยาต่อเนื่อง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
2. ควรศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในด้านอื่นที่มีความสำคัญหรือจำเป็นในการตอบสนองนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว ศักยภาพผู้ดูแล การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

กมนต์ภรณ์ สุวรรณทวีมีสุข, กิตติพล นาควิโรจน์ และ ธัญญรัตน์ โนมัยสินทวี. (2566). ผลลัพธ์ของการใช้ระบบแพทย์ทางไกลควบคู่กับการดูแลปกติเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบปกติในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: การทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 6(2), 133-143.

- กรมสุขภาพจิต. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202002061595902378.pdf>
- กรมสุขภาพจิต. (2565). แนวทางการบริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (telepsychiatry) ผู้ป่วยนอก: สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก https://mhso.dmh.go.th/page/subject_details.php?subject_id=734
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.(2564). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2564. กรุงเทพฯ: ละม่อม.
- กาญจนา สุทธิเนียม และ ชลพร กองคำ. (2555). การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(3), 28-40.
- ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล. (2564, 10 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 33 ง, หน้า 49-51.
- ธัญญา สองเมือง และ อนัญญา สองเมือง. (2565). ความร่วมมือในการใช้ยาและการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทหลังถูกส่งตัวรักษาต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(1), 70-79.
- รัชนี อุทัยพันธ์. (2555). ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณชนก จันทชุม, สมปรารถนา ดาผา, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, ศุภลักษณ์ กระแสร์ และ ครุณี ศรีสมบูรณ์. (2563). การพัฒนารูปแบบการสอนงานในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(1), 157-166.
- ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และ ขนิษฐา นันทบุตร. (2561). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(2), 68-76.
- สุมิศา กุมลา, โสภิต แสงอ่อน และ พชรินทร์ นินทจันทร์. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 34(2), 132-152.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- American Statistical Association. (2023). *G*Power 3.1 manual*. Retrieved from https://www.psychologie.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPowerManual.pdf
- Bradford, N. K., Caffery, L. J., & Smith, A. C. (2016). Telehealth services in rural and remote Australia: a systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability. *Rural and Remote Health*, 16(4), 3808.

- Chen, L., Chuang, L.M., Chang, C.H., Wang, C.S., Wang, I.C., Chung, Y., ... Lai, F. (2013). Evaluating self-management behaviors of diabetic patients in a tele health care program: longitudinal study over 18 months. *Journal of Medical Internet Research*, 15(12), e266. doi: 10.2196/jmir.2699
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425), 1219-1221.
- Hamann, J., Lipp, M. L., Christ-Zapp, S., Spellmann, I., & Kissling, W. (2014). Psychiatrist and patient responses to suspected medication nonadherence in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 65(7), 881-887.
- Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (2007). *Evaluation theory, models and applications*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Uscher-Pines, L., Arora, N., Jones, M., Lee, A., Sousa, J. L., McCullough, C. M., ... Ober, A. J. (2022). Experiences of health centers in implementing telehealth visits for underserved patients during the COVID-19 pandemic: results from the connected care accelerator initiative. *Rand Health Quarterly*, 9(4), 2.
- Uslu, E., & Buldukoglu, K. (2020). Randomized controlled trial of the effects of nursing care based on a telephone intervention for medication adherence in schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 63–71. doi: 10.1111/ppc.12376
- World Health Organization [WHO]. (2019). *Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>