

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลขอนแก่น จังหวัดอุบลราชธานี

ศุทธิณี หล้ามาชน, ส.ม.*

ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว, ปร.ด.**

ศุภวดี แถวเพ็ญ, ปร.ด***

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยซึ่งผู้ป่วยมีสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการจัดการดูแลสุขภาพระยะยาว ซึ่งการศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จำนวน 8 คน กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 21 คน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 39 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยจำแนกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินการด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดีสูงขึ้นจากเดิมร้อยละ 37.50 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 87.50 ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทและระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยังสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ต่างมีบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมในทุกด้านของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เข้มแข็ง ทั้งในด้านการให้ข้อมูล ความร่วมมือในกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ ตลอดจนความร่วมมือในการดำเนินงานในทุกกิจกรรม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท กระบวนการดูแล อาการทางจิต

* สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม E-mail: sutthini54@gmail.com

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

The Process of Schizophrenic Care in the Community of Khon Pean Sub-District Health Promoting Hospital, Ubon Ratchathani Province

Sutthini Lhamachon^{*}

Chaiwut Bourneow^{**}

Supawadee Thaewpia^{***}

Abstract

Schizophrenia is a common mental disorder in which patients with chronic conditions require long-term health care management. The purpose of this study was to examine the process of schizophrenic care within the service areas of KhonPean Health Promoting Hospital which are in Kho Laen Sub-District, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province. The total number of samples were 39 and were divided into three groups which included 8 caregivers of in-house schizophrenic patients, 21 community network members and 10 medical personnels. Data collection was conducted through interviews. The derived data was categorized in two sections. The first section contained quantitative data. The data was analyzed using descriptive and comparative analysis on the differences between before and after giving care using mean and standard deviation. The second section contained qualitative data. The analysis employed content analysis approach. These findings indicated that after the development, caregivers of in-house schizophrenic patients obtained higher levels of knowledge in schizophrenic care from the previous 37.50% to 87.50% and their attitude level towards schizophrenic patients improved as well as the level of care for them. As a result of the improvement, schizophrenic patients received more efficient care which eventually helped reduce the stress level among those who lived with their families. The success factors that facilitated the process of schizophrenic care in the community were done by every research participant in this study that had a completed the role that covered all aspects of schizophrenic care and every sector that was strongly cooperative. This included providing data, taking part in the workshop, and participating in all conducts, activities, and operations.

Keywords: schizophrenic patients, care process, mental disorder

^{*} Master of Public Health. Student in Public Health, Mahasarakham University

^{**} Faculty of Public Health, Mahasarakham University

^{***} Boromarajonani college of Nursing, Khonkaen

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้กำหนดให้โรคเรื้อรังหมายถึงรวมถึงโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Condition) โรคติดต่อที่ต้องใช้เวลารักษายาวนาน (Persistent Communication Condition) ความพิการ (Ongoing Physical/Structural Impairments) และภาวะทางจิต (Long – Term Mental Disorder) เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และการจัดการดูแลสุขภาพเป็นระยะเวลานาน (อาทิตยา วังวนสินธุ์, 2557 อ้างจาก U.S. Department of Health and Human Service, 2010; Shalowitz, 2005; Olmen, et al., 2010; WHO, 2011) โรคจิต (Psychosis) เป็นโรคเรื้อรังประเภทหนึ่งอันเนื่องมาจากความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง การมีภาวะความผิดปกติของการทำงานของจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้ความเป็นจริง (Out of Reality) โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคหนึ่ง ของกลุ่มโรคจิต (Psychosis) ที่รุนแรงและเรื้อรัง (วัฒนะ แก้วมะไฟ, 2555) ซึ่งมีความผิดปกติของการรู้คิด (Cognition) ภาวะทางอารมณ์ (Emotion) ด้านการรับรู้ (Perception) และพฤติกรรม (Behavior) พบในประชากรอายุระหว่าง 15–30 ปี สูงถึงร้อยละ 75

โรคจิตเภทพบเป็นอันดับ 1 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด (วรวรรณ สวนศรี, 2557 อ้างจาก WHO, 2013) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบความชุกของผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 7 ต่อประชากร 1,000 รายหรือประมาณ 24 ล้านคนทั่วโลก อุบัติการณ์ของโรคจิตเภทพบร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลกหรือเท่ากับ 0.1–0.5 ต่อประชากร 1,000 ราย องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นอันดับหนึ่งในสามของโรคที่มีผลทำให้สูญเสียสมรรถภาพ (Disabling effect) ของผู้ป่วยมากที่สุด (สุทธดา บัวจัน, 2557 อ้างจาก WHO, 2011) โดยพบในเพศหญิงและเพศชายในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน สำหรับประเทศไทยจากสถิติผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชพบผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2554–2556 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมากเป็นอันดับ 1 จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต คิดเป็นอัตรา 4.02, 4.37 และ 2.85 ต่อประชากร 1,000 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2557) สาเหตุของโรคจิตเภท ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดว่าสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้นมาจากสาเหตุใด แต่เชื่อว่าเป็นความผิดปกติของสมองคือปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม ระบบเคมีในสมอง กายวิภาคของสมอง ประสาทสรีรวิทยา ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ได้แก่ การใช้อารมณ์ต่อกันในครอบครัว และเศรษฐกิจต่ำ ปัจจัยด้านจิตใจ อาจเกิดจากความผิดปกติจากพัฒนา การทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็กส่งผลต่อการปรับตัว ควบคุมพฤติกรรมและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (มาโนช หล่อตระกูล, 2558)

สถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2556–2558 ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ โยธาธร และมุกดาหาร คิดเป็นอัตรา 1.88, 1.85 และ 1.89 ต่อจำนวนประชากร 1,000 ราย ตามลำดับ และจากสถิติจำนวน ผู้ป่วยจิตเภทในเฉพาะจังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2556–2558 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงกว่าในภาพรวมของเขตสุขภาพ คิดเป็นอัตรา 2.52, 2.43 และ 2.49 ต่อประชากร 1,000 รายตามลำดับ จากการศึกษาดำเนินงานคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลบุญชริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าข้อมูลในปีงบประมาณ 2556-2558 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และโรงพยาบาลบุญชริก ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลบุญชริกคิดเป็นอัตรา 1.62, 1.67 และ 1.74 ต่อประชากร 1,000 ราย ตามลำดับ

(Sutthini, & Bourneow, 2016) จากการดำเนินงานของคลินิกจิตเวชพบปัญหาคือ ผู้ป่วยจิตเภทขาดนัด ส่งผลให้ รับประทานต่อเนื่อง ซึ่งจากข้อมูลปีงบประมาณ 2558 และปี 2559 มีจำนวนผู้ป่วยขาดนัดทั้งสิ้น 121 และ 82 คน และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำและกลับมารักษาจำนวน 6 และ 4 ราย ตามลำดับ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลในพื้นที่รับผิดชอบจำนวนทั้งสิ้น 10 ราย ในปี 2559 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำถึง 4 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 40 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีอาการระดับปานกลางถึง 6 ราย จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้ง 6 ราย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยที่ของตัวผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่อยากรับประทานยาเนื่องจากมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการรักษา ปัจจัยที่สองคือผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ดูแลเป็นประจำทุกวันจึงเป็นปัญหาในการกำกับกับการรับประทานยาในแต่ละวันและเป็นข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาล และปัจจัยที่สามคือการติดตามดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดการป่วยซ้ำ และต้องกลับไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

ด้วยเหตุนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบในชุมชน จึงเป็นหลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในปี พ.ศ. 2559 ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นการดูแลที่ชุมชน เพื่อลดการป่วยซ้ำที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ซึ่งที่ผ่านมาโรงพยาบาลบุณทริกได้มีการติดตามผู้ป่วยจิตเภทให้กลับมาพบแพทย์ตามนัด โดยการประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่ครอบคลุมต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกราย ส่งผลให้ผู้ป่วยในบางพื้นที่ไม่ได้รับการติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและเกิดการป่วยซ้ำตามมา ดังนั้น กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี จึงควรมีการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแก่ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ดูแลจะต้องมีความเข้าใจในการดำเนินโรคของผู้ป่วย มีการจัดระบบการดูแลเพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่เกิดการป่วยซ้ำ สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเป็นปกติสุข อีกทั้งชุมชนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) และแนวคิดการรักษากายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุนทรวิจิตร จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว 2) ญาติเครือญาติในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิกเทศบาล เจ้าอาวาส วัด ปลัดเทศบาล นักพัฒนาชุมชน ผู้อำนวยการโรงเรียนและตำรวจประจำท้องที่ และ 3) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เกษัชกรประจำคลินิกจิตเวช พยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช พยาบาลประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่อง สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling Technique) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) แยกตามกลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้ดูแล จำนวน 8 คน ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่แพทย์วินิจฉัยด้วยรหัสวินิจฉัยโรค F20 และรับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หรือโรงพยาบาลบุนทรวิจิตรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี เป็นผู้ดูแลที่สามารถอ่านออก เขียนได้ สามารถโต้ตอบและสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ 2) ญาติเครือญาติ จำนวน 21 คน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 8 คน ผู้ใหญ่บ้าน 4 คน กำนัน 1 คน สมาชิกเทศบาล 1 คน เจ้าอาวาสวัด 2 รูป ปลัดเทศบาล 1 คน นักพัฒนาชุมชน 1 คน ผู้อำนวยการโรงเรียน 2 คน ตำรวจประจำท้องที่ 1 นาย ที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้สามารถร่วมกิจกรรมและสามารถให้ข้อมูลได้ และ 3) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 10 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เกษัชกรประจำคลินิกจิตเวช พยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช พยาบาลประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่อง สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือผู้ที่สมัครใจจะเข้าร่วมแต่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรมตลอดการศึกษาและผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวอย่างในการศึกษารวมทั้งสิ้น 39 คน งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ PH13/2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้กระบวนการดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกตผล (Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) โดยศึกษาบริบทพื้นที่ วิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา ประชุมเพื่อวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ สังเกตผลการดำเนินการในทุกกิจกรรม และประชุมถอดบทเรียนเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 3) แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม 4) สมุดบันทึกการประชุม

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

2.2.1 แบบสัมภาษณ์ จำนวน 2 ชุด ได้แก่

- ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 9 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ข้อ ทักษะติดต่อผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 21 ข้อ

- ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 8 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ข้อ ทักษะติดต่อผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ

2.2.2 แบบประเมินอาการทางจิต ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 8 ข้อ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale: PASS 8) (สำนักงานบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2558)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณเพื่อทดสอบด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญรวม 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) และนำข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ใกล้เคียงเพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) จำนวน 30 ตัวอย่าง และในส่วนของเครื่องมือเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้อง โดยยึดหลักสามเส้า (Methodology Triangulation) ในด้านข้อมูล (Data Triangulation) แหล่งที่มาของข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อพิจารณาตรวจสอบ ได้แก่ แหล่งสถานที่ แหล่งเวลา และแหล่งบุคคล ซึ่งกล่าวคือ ผู้วิจัยได้นำแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guideline) สัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ในพื้นที่ใกล้เคียง ซึ่งมีความแตกต่างด้านแหล่งสถานที่ ด้านแหล่งเวลา และด้านแหล่งบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากรและเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการดำเนินงาน กล่าวคือ ในส่วนของระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ผลด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยจิตเภทตามระดับคะแนนและระดับความรู้ ตามลำดับ ส่วนทักษะติดต่อผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำผลของการสัมภาษณ์เชิงลึก รายงานบันทึกการประชุม ผลการสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษางานวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) ร่วมกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อวางแผนประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) และแนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งนำไปสู่แผนปฏิบัติการ (Action Plan) และสรุปผลการดำเนินงานได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประยุกต์ใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)

แผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)	ผลการประยุกต์ใช้
1. นโยบายองค์กร	มีนโยบายองค์กรด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ 1. เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 2. มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณภาพ มาตรฐาน 3. เพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช 4. เน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน 5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้
2. ระบบสารสนเทศทางคลินิก	บันทึกประวัติการรักษาในโปรแกรม JHCIS และบันทึกการรักษาในทะเบียนบันทึกการรักษา สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายได้พร้อมทั้งจัดทำสมุดบันทึกการรักษาประจำตัวผู้ป่วย
3. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	จัดทำคู่มือ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Guideline, Flow Chart)
4. การออกแบบระบบบริการ	มีการจัดให้บริการคลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ในวันที่ให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังทุก 4 สัปดาห์เพื่อลดปัญหาข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาล
5. การสนับสนุนการดูแลตนเอง	จัดโครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้กับผู้ดูแลในครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)	ผลการประยุกต์ใช้
6. การเชื่อมโยงกับชุมชน	<p>1) จัดโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT : Directly Observed Treatment) โดยผู้ดูแลในครอบครัวกำกับการรับประทานยาผู้ป่วย พร้อมลงชื่อกำกับทุกครั้ง ทุกวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามกำกับทุก 7 วัน (ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลในครอบครัวไม่อยู่บ้าน ให้ อสม. ทำหน้าที่แทน) และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น อสม.หมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้าน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในรายต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาการทางจิตระดับปกติและระดับปานกลาง ทุก 2 สัปดาห์ - อาการทางจิตระดับรุนแรง ทุก 1 สัปดาห์ เพื่อให้การช่วยเหลือตามปัญหาโดยเร่งด่วน <p>2) ผู้นำชุมชน ชาวบ้าน ผู้แทนจากวัด โรงเรียนและท้องถิ่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่มีอาการทางจิต มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในชุมชน</p> <p>3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนสวัสดิการด้านการเดินทาง ทั้งกรณีฉุกเฉินและกรณีส่งตัวไปรับการรักษาต่อ</p>

จากผลการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) จะเห็นได้ว่าตามนโยบายองค์กรในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น มีหลักใจความสำคัญ 5 ประเด็น ได้แก่ การเพิ่มการเข้าถึงบริการ การมีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐานการเพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช การเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้ จึงนำไปสู่แผนปฏิบัติการ (Action Plan) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

ชื่อโครงการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จำนวน 8 คน 2. กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 21 คน 	<p>หลังการอบรม พบว่า</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดี มากกว่าร้อยละ 80 2. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทและต่อการรักษาในระดับปานกลางและมาก ตามลำดับ 3. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว มีระดับการดูแลด้านความเป็นอยู่ ด้านสังคมด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการรักษาและด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเองในระดับมาก ส่วนด้านเศรษฐกิจระดับปานกลาง และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจและด้านการรักษาในระดับมากทุกด้าน
2. โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด (DOT)	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จำนวน 8 คน 2. ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 4 คน 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน 	<p>ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาตามแพทย์สั่งครบทุกมื้อ มีการลงชื่อกำกับการรับประทานยาโดยผู้ดูแลในครอบครัวครบทั้ง 7 วัน แต่ยังไม่สามารถประเมินระดับอาการทางจิตได้ เนื่องจากยังไม่ครบตามกำหนดเวลาประเมินผล</p> <p>อนึ่งโครงการนี้มีการกำหนดระยะเวลาดำเนินการเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถประเมินผลโครงการได้</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ชื่อโครงการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
3. โครงการบริการคลินิกจิตเวช ร่วมกับคลินิก (NCD)	1. ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 8 คน	ผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการคลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ครบทั้ง 8 ราย และมีการบันทึกผลกิจกรรมการรักษาในโปรแกรม JHCIS ทะเบียนบันทึกการรักษาและสมุดประจำตัวผู้ป่วย แต่เนื่องจากโครงการนี้มีการกำหนดระยะเวลาดำเนินการเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถประเมินได้

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากการศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณยธิราช จังหวัดอุบลราชธานี ในครั้งนี้ผลการศึกษาพบว่าได้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขึ้นจากการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยผ่านกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติโดยผ่านการดำเนินการการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) ในการวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน มีการวางแผนการแก้ไขปัญหาโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) และแนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่แผนปฏิบัติการ (Action Plan) ได้แก่ 1) โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังดำเนินการพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับความรู้ในระดับดีมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญประภา มะลาไวย์ (2550) ที่ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีเจตคติต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และมีระดับสมรรถภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนการได้รับโครงการ ($p < .05$) และแกนนำชุมชนสามารถติดตามอาการของผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่สถานบริการทางสาธารณสุขได้ 2) โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยประยุกต์ใช้แนวคิด (DOT) หลังดำเนินการพบว่ากลุ่มภาคีเครือข่ายมีบทบาทในการร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของสำราญ สุมะหิงพันธ์ และคณะ (2554) ที่ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยมุ่งพัฒนาให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยจัดอบรมให้ความรู้ในกลุ่มผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายและติดตามเยี่ยมโดยภาคีเครือข่าย ผลการศึกษาพบว่าภาคีเครือข่ายมีการสนับสนุนการช่วยเหลือผู้ป่วย มีรถรับ-ส่งผู้ป่วยของ อบต. ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเดินทางไปพบแพทย์ได้โดยไม่ขาดยา 3) โครงการบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิก (NCD) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น เพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย หลังดำเนินการพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ

คลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นเป็นครบทั้ง 8 ราย และมีการบันทึกผลกิจกรรมการรักษาในโปรแกรม JHCIS ทะเบียนบันทึกการรักษาและสมุดประจำตัวผู้ป่วย สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกลับไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ อนึ่งการดำเนินโครงการที่ 2 และ 3 ยังไม่สามารถประเมินผลการดำเนินโครงการได้ เนื่องจากยังไม่ถึงช่วงเวลาของการประเมินผล (12 สัปดาห์)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีจุดแข็งหรือปัจจัยที่นำกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไปสู่ความสำเร็จ นั่นคือ ผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ต่างมีบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมในทุกด้านของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เข้มแข็ง ทั้งในด้านการให้ข้อมูล ความร่วมมือในกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ ตลอดจนความร่วมมือในการดำเนินงานในทุกกิจกรรม ทั้งนี้เนื่องจากการมีนโยบายของรัฐบาลที่สนับสนุนและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นการดูแลที่ชุมชนทำให้หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ตระหนักและให้ความร่วมมือตลอดการศึกษาค้นคว้าวิจัยเป็นอย่างดีและกิจกรรมการแก้ไขปัญหาที่ได้มาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการที่ผู้เข้าร่วมวิจัยต่างมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นซึ่งนำไปสู่การแก้ไขที่สอดคล้องกับปัญหา ทำให้เกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดีของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่จะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ส่งเสริมให้ชุมชนมีศักยภาพพร้อมสำหรับการดูแล เฝ้าระวัง และช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท โดยจากผลการวิจัยพบว่า หลังจากที่ถูกกลุ่มผู้ดูแลและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนได้รับการเพิ่มศักยภาพแล้วส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

1.2 ควรบันทึกผลการรักษาและการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นฐานข้อมูลที่จะนำมาใช้วิเคราะห์และสรุปผล

1.3 คณะทำงานควรมีการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

1.4 การมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการต่างๆ ไปสู่ความสำเร็จ

1.5 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็ง ก่อให้เกิดเป็นพลังในการดำเนินงานหรือขับเคลื่อนกระบวนการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

1.6 การเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการสร้างความคุ้นเคยก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ส่งผลให้ลดปัญหาในการให้บริการ

1.7 ควรมีการส่งเสริมบทบาทคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้เป็นแกนนำในการดำเนินการครอบคลุมทั้งตำบล

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาต่อยอดของกระบวนการอย่างต่อเนื่องในวงรอบต่อไปเพื่อให้เกิดเป็นรูปแบบหรือระบบการดูแลที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของพื้นที่

2.2 ควรมีการนำกระบวนการดูแลนี้มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชหรือโรคเรื้อรังอื่น

เอกสารอ้างอิง

- มานิช หล่อตระกูล และคณะ. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญประภา มะลาไวย์. (2550). *การพัฒนาโครงการกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วรรณรณ สนวนศรี. (2557). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัฒน์ แก้วมะไฟ. (2555). *การบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด*. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ*. กรุงเทพมหานคร : แสงจันทร์การพิมพ์.
- สำราญ สุขะหิงพันธ์ และคณะ. (2554). *การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน. ผลงานดีเด่นระดับเขตประจำปี 2555, 201-211.*
- สุทธดา บัวจัน. (2557). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาทิตยา วังวันสินธุ์. (2557). *การพัฒนาเครื่องมือประเมินการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ*. วิทยานิพนธ์สาธิตารณสุขศาสตร์ดุสิตบัณฑิต, คณะสาธิตารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- Sutthinee, L., & Bourneow, C. (2016). Occurrence in psychiatric relapsing in Boontharik District, Ubonratchathani, Thailand. *The 10th National Health Research Forum*, October 27-28, 2016, Savannakhet, Laos PDR.