

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก

สมสุตา มาแก้ว, วท.ม.* , มณีขวัญ รุจิโรจน์สุวรรณ, พ.บ.**

อรสา มณีกลัด, กศ.ม.***, ศิริวรรณ โอ่งวัน, สส.ม.****

พัชรวิ วัฒนาเมธี, พย.ม.***** , อภิญา แก้วพิลา, พย.บ.*****

Received: March 3, 2025

Revised: May 29, 2025

Accepted: May 30, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก แบ่งการวิจัย เป็น 3 ระยะ 1) การพัฒนาระบบการดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน ผู้ป่วยจิตเวช 8 คน โดยการสนทนากลุ่ม 2) การศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลฯ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวช 15 คน 3) ยืนยันผลการพัฒนาระบบการดูแลฯ โดยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช 46 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินทักษะชีวิต 6 ด้าน 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต 4) แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช 5) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 6) โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต 6 ด้าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมและแบบสัมภาษณ์เท่ากับ .94 และ .92 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86, .92 และ .94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เนื้อหา และการทดสอบที่ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก ควรประกอบด้วย การบริการการแพทย์แบบทางไกลและโปรแกรมฟื้นฟูทักษะชีวิต 6 ด้าน (18 กิจกรรม) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลฯ พบว่าการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 74.47 (315 คน) ได้รับการดูแลต่อเนื่องร้อยละ 100 (315 คน) ไม่กลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 99.37 (2 คน) และเมื่อภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูทักษะชีวิต 6 ด้าน จากการเปรียบเทียบพบว่าคะแนนทักษะชีวิต สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชคุณภาพชีวิต พบว่าภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ จากการติดตามผลพบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้รับการจ้างงาน จำนวน 7 คน ได้กลับไปอยู่กับครอบครัว 2 คน ดังนั้นควรนำไปขยายผลไปยังหน่วยบริการจิตเวชที่เชื่อมโยงการดูแลไปยังสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งอื่นต่อไป

คำสำคัญ: ระบบการดูแล สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ผู้ป่วยจิตเวช

*นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: ivy.paulpaul@gmail.com

**นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

*** นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

**** นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

The Development of Psychiatric Patients Care System in the Wang Thong Homeless Protection Center, Phitsanulok Province

Somsuda Makaew, M.S.^{*}, Maneekwan Rujirojsuwan, M.D.^{**}
Orasa Maneeklad, M.Ed.^{***}, Siriwan Ongwan, M.S.W.^{****}
Patcharee Wattanamatee, M.S.N.^{*****}, Apinya Keawpila, B.N.S.^{*****}

Abstract

Research and development of the psychiatric patient care system at the Wang Thong Homeless Protection Center, Phitsanulok Province Divide the research into three phases. 1) Development of the care system: sample group of 10 interdisciplinary team members and 8 psychiatric patients through group discussions. 2) The study of the effects of the developed care system by testing it with 15 psychiatric patients. 3) Confirm the results of the care system development through a quasi-experimental study with one group pre test post group. The sample group consisted of 46 psychiatric patients who met criteria. Research instruments include 1. personal information questionnaire 2. life skills assessment in 6 areas 3. quality of life assessment 4. the psychiatric patients' functional capacity assessment 5. semi-structured interview 6. six-dimensional life skills development program. The content validity of the program and the interview was .94 and .92. The reliability values of the assessment from the Cronbach's alpha coefficient formula are .86, .92, and .94. Analyze the data using descriptive statistics content analysis and the paired t-test

The research findings indicate that the psychiatric patient care system at the Wang Thong Homeless Protection Center should include telemedicine services and 6 life skills rehabilitation program (18 activities) twice a week, each session lasting 90-120 minutes over a period of 9 weeks, including Self-care skills, household coexistence skills, social skills Work skills, relaxation skills, and community living skills. After the development of the care system, it was found that access to services increased, accounting for 74.47% (n = 315), continuing care was provided to 100% (n = 315), and the readmission was 99.37% (n = 2). After participating in the six-life skills rehabilitation program, a comparison of life skill, the psychiatric patients' functional capacity and quality of life scores were significantly higher after the experiment at the $p < .001$ level. Follow-up results showed that 7 participants were employed, and 2 returned to live with their families. This approach should be expanded to psychiatric service units that connect care to other shelters for the homeless.

Keywords: Care system, Homeless protection center, Psychiatric patients

^{*} Occupational therapist, professional level, Pitsanulok Psychiatric Hospital; Corresponding Author E-mail: ivy.paulpaul@gmail.com

^{**} Medical physician, professional level, Pitsanulok Psychiatric Hospital

^{***} Clinical psychologist, professional level, Pitsanulok Psychiatric Hospital

^{****} Social worker, professional level, Pitsanulok Psychiatric Hospital

^{*****} Registered nurse, professional level, Pitsanulok Psychiatric Hospital

^{*****} Registered nurse, professional level, Pitsanulok Provincial Public Health Office

บทนำ

โรคทางจิตเวชคือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ เกิดจากความผิดปกติของสมองที่ควบคุมเรื่องความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (American Psychiatric Association, 2013) ซึ่งเป็นผลจากภาวะที่สมองมีความผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดหรือการรับรู้ที่ผิดปกติ เช่น หลงเชื่อผิด ๆ ว่าจะมีคนมาทำร้าย รวมถึงสัมผัสผิดปกติ มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหรือคำพูดที่ดูแปลกกว่าคนทั่วไป (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) ผู้ป่วยจิตเวชถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ เป็นภาระของสังคม แต่ในความเป็นจริงแล้วสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชได้ (กรมสุขภาพจิต, 2567) อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ต้องกลายเป็นบุคคลไร้ที่พึ่งที่ต้องการการฟื้นฟูต่อเนื่องเพื่อกลับคืนสู่สังคมอย่างมีคุณภาพ

โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง เปิดให้บริการเครือข่ายสุขภาพที่ 2 ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561 มีภารกิจในการให้การดูแล รักษา บำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก, 2565) เมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตทุเลา จะได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อโดยครอบครัวและชุมชน แต่มีผู้ป่วยจิตเวชอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่มีครอบครัว ครอบครัวไม่พร้อม หรือครอบครัวปฏิเสธการดูแลต่อที่บ้าน โดยผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดและพฤติกรรม ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เจ็บป่วยมาเป็นเวลานาน หรือบางรายมีประวัติก่อความรุนแรง จนญาติหรือชุมชนปฏิเสธ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับดูแลต่อที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก

สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการด้านปัจจัยสี่ มีการพัฒนา ฟื้นฟูศักยภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคมการศึกษาและการประกอบอาชีพ โดยในปีพ.ศ. 2565 สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก มีผู้รับบริการจำนวนมากถึง 423 คน แต่มีผู้ดูแลเพียง 10 คน คิดเป็นอัตราส่วนผู้ดูแล : ผู้รับบริการ = 1 : 43 (สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก, 2565) โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา การรู้คิด ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคทางจิตเวช จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง ทำให้ไม่ได้รับบริการทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้จากสถิติการรับบริการแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก ประจำปี 2565 พบว่ามีผู้รับบริการจากสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก เฉลี่ยเพียงเดือนละ 20-25 ราย (โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก, 2565) ซึ่งผู้รับบริการกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาย่างยากซับซ้อน ขาดผู้ดูแลหลัก อีกทั้งขาดโอกาสการพัฒนาทักษะชีวิตต่าง ๆ โดยเฉพาะทักษะทางสังคมและการดำเนินชีวิตในชุมชน

จากปัญหาข้างต้นที่ผ่านมานั้นการบริการสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจะมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD) โรงพยาบาลจิตเวช ไม่มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก ที่เป็นระบบและชัดเจน สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งฯ เป็นเครือข่ายหนึ่งที่รับดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีญาติ/ญาติไม่สามารถดูแลได้จากโรงพยาบาลจิตเวช และด้วยข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการและการฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองฯ ประกอบกับผู้ป่วยเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ย่างยาก ซับซ้อน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มนี้ให้ได้รับการบริการที่สามารถเข้าถึงบริการได้ การดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีแบบแผนชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ในโรงพยาบาลต่าง ๆ แต่ยังไม่มีการพัฒนาเชื่อมโยงไปยังสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง (ชราห์ บินเยาะ, 2564; สุภาพร จันทรสาม, 2565) อย่างไรก็ตามหากมีการนำเทคโนโลยีทางสุขภาพมาใช้ โดยการตรวจรักษาจิตเวช ทางไกล (telemedicine) สำหรับผู้ป่วยนอก จะช่วยให้การคัดกรอง การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างครอบคลุม ทั้งถึง และต่อเนื่อง ไม่ต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ลดระยะเวลาการรอคอย การตรวจรักษา (สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต, 2564) ซึ่งการที่ผู้ป่วยทางจิตเวชส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และต้องพบจิตแพทย์ตามนัด ปีละไม่ต่ำกว่า 4 ครั้ง การนำ telemedicine เข้ามาประยุกต์ใช้ในระบบการดูแลร่วมกับมิติของการฟื้นฟูสมรรถภาพจะช่วยเอื้ออำนวยให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นและได้รับการฟื้นฟูดูแลอย่างต่อเนื่อง อันจะช่วยลดและป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำ

จากที่กล่าวมาข้างต้น ด้วยยังไม่มีพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองที่สามารถนำมาใช้ในการบริการจิตเวชและสุขภาพจิตได้ อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีมาตรฐาน เพื่อเพิ่มสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ทักษะชีวิต นำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ก่อเกิดการจ้างงานและกลับสู่ชุมชนได้ จนเกิดผลสัมฤทธิ์และเป้าหมายที่กำหนดตามแผนพัฒนาสุขภาพ (service plan) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชและแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2680) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570) กรมสุขภาพจิต ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช การวิจัยและพัฒนาเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ เพิ่มสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ทักษะชีวิต นำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ก่อเกิดการจ้างงานและกลับสู่ชุมชนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง
 - 2.1 ทักษะชีวิต คุณภาพชีวิต และสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช
 - 2.2 การเข้าถึงบริการ การดูแลต่อเนื่อง และการกลับมารักษาซ้ำ
 - 2.3 การจ้างงาน กลับสู่ครอบครัว

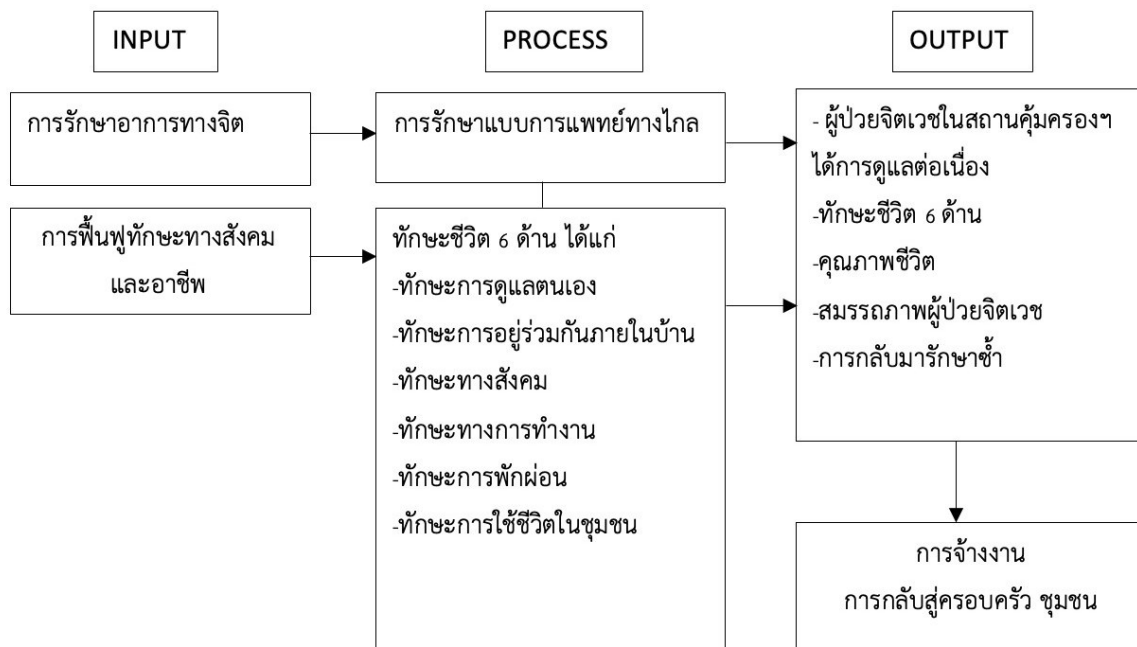
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพและแนวคิดทางการแพทย์ ทั้งนี้ในการดำเนินการเป็นกระบวนการส่งเสริมการฟื้นคืนความเจ็บป่วยทางจิต ให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สังคม พึ่งพาตนเองได้ รวมทั้งมีการเพิ่มโอกาสการใช้ชีวิตได้อย่างปกติเหมือนคนทั่วไป ตามโปรแกรมการฟื้นฟูทักษะชีวิตซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (อุดม สารีมูล และคณะ, 2562; จินดารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2565) 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน เพิ่มสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ทักษะชีวิต นำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ก่อเกิดการจ้างงานและกลับสู่ชุมชนได้ และนำแนวคิดทางการแพทย์มาผสานในการรักษาทางการแพทย์โดยการบริการทางการแพทย์แบบทางไกล (telemedicine) เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการ ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมทั้งการประเมิน/คัดกรอง การตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาตลอดจนการให้

คำปรึกษา การดูแลติดตามการรักษาเพื่อป้องกันกลับป่วยซ้ำ (สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต, 2564)

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก

ระยะที่ 2 การศึกษาผลการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง

จ.พิษณุโลก

ระยะที่ 3 การยืนยันระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก

ในแต่ละระยะมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นขั้นตอนของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

- ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาให้ชัดเจน เป็นการสำรวจข้อมูลเชิงเชิงคุณภาพ รวมถึงศึกษาแนวทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (R1: research ครั้งที่ 1) ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสนทนากลุ่ม (focus group) กับทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลและผู้ปกครอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยนำข้อค้นพบที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมฯ ในขั้นตอนที่ 2 การร่างโปรแกรมฯ ประกอบการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อค้นพบที่ได้คือ ระบบการดูแลที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองฯ จำนวนมากมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้เพียงเดือนละ 20-25 ราย ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่องและไม่มีแนวทางชัดเจนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อกลับสู่สังคมชุมชน แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชควรพัฒนาระบบบริการเชิงรุกโดยนำเทคโนโลยีการบริการทางแพทย์แบบทางไกลเข้ามาใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึง

บริการอีกทั้งดำเนินการจัดทำกรฟัฒนัสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชอย่างเป็นระบบขั้นตอนที่นำสู่การจ้างงานหรือช่วยเหลือดูแลตนเองได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1

ประชากร คือสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก จำนวน 36 คน ผู้ดูแลในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จำนวน 21 คน ผู้ปกครอง 1 คน ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 315 ราย

กลุ่มตัวอย่าง 1. ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 2 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ผู้ดูแล 3 คน ผู้ปกครอง 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 2 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 1 ปี ขึ้นไป 2) ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง 1 ปีขึ้นไป เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบกิจกรรม 2. ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 8 ราย โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นบุคคลสัญชาติไทย อายุ 18-60 ปี 2) มีคะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน 3) สามารถฟังพูดอ่านเขียนภาษาไทยได้ 4) ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบกิจกรรม 2) มีการอาการทางจิตกำเริบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 : แนวคำถามในการสนทนากลุ่มสำหรับสหวิชาชีพและผู้ดูแล เป็นแนวคำถามเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งวังทอง พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย เพื่อใช้ในการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง ในระยะที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย คำถามหลักคือ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเป็นอย่างไร ระบบการดูแลที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันเป็นอย่างไร แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างไร

- ขั้นที่ 2 พัฒนารูปแบบ เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง (D1: development ครั้งที่ 1) โดยดำเนินการดังนี้

1) จัดทำร่างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง

2) นำเสนอร่างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง ประกอบด้วย การบริการทางการแพทย์แบบทางไกล (telemedicine) และโปรแกรมการฟื้นฟูทักษะชีวิต 6 ด้าน 18 กิจกรรม ต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยมีข้อเสนอแนะด้านเวลาไม่ควรเกิน 1-2 ชั่วโมง เนื่องจากสมาธิและความสนใจผู้ป่วยมีจำกัด กิจกรรมเน้นการลงมือทำและแสดงความคิดเห็น ลดกิจกรรมที่ใช้การขีดเขียนและสายตา ให้ความสำคัญกับกระบวนการทำกลุ่ม แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกทุกครั้งเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งได้นำมาปรับปรุงและนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง โดยทดสอบคุณภาพของระบบการดูแลฯ (R2 = research ครั้งที่ 2, D2 = research ครั้งที่ 2) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

- ขั้นที่ 3 ทดลองใช้ต้นแบบที่พัฒนาขึ้น โดยทดลองในผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งกับกลุ่มขนาดเล็ก (small group testing) ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 5 คน ประเมินผลและนำมาปรับปรุงระบบการดูแล พบว่ากิจกรรมการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา ยังขาดการเน้นการฝึกรับประทานยาแบบรายบุคคล ซึ่งมีความสำคัญจำเป็นอย่างยิ่ง และทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน เรื่องการ

ปิดกวาดเช็ดถู ยังขาดการติดตามประเมินผลต่อเนื่องโดยผู้ดูแล เพื่อให้เกิดทักษะและอุปนิสัยที่ดี จึงนำมาปรับเพิ่มในโปรแกรมฟื้นฟูทักษะชีวิต

- ขั้นที่ 4 ปรับปรุงต้นแบบให้เหมาะสม โดยนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาไปใช้โดยทดลองในผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งกับกลุ่มขนาดเล็ก (small group testing) จำนวน 10 คน ประเมินผลและนำมาปรับปรุงระบบการดูแลฯ เพื่อให้เหมาะสม จากการทดลองใช้พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองควรประกอบด้วยระบบการบริการการแพทย์แบบทางไกล และโปรแกรมฟื้นฟูทักษะชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน รวมทั้งหมด 18 กิจกรรม แบ่งออกเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์

ระยะที่ 3 การยืนยันผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก (R3 = research ครั้งที่ 3) โดยการทดสอบประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก โดยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองดังนี้

1. ดำเนินการตามระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก โดยนำผู้ป่วยจิตเวชทุกรายในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเข้ารับบริการการแพทย์แบบทางไกล (telemedicine) (ภาพที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก)

2. ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช โดยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 46 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูทักษะชีวิต 6 ด้าน (18 กิจกรรม)

3. ดำเนินการประเมินผู้ป่วยจิตเวชก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังนี้ 1) ประเมินทักษะ 6 ด้าน 2) ประเมินคุณภาพชีวิตของคนที่พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 3) ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

4. ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วยจิตเวชตามโปรแกรมการฟื้นฟูทักษะชีวิต 6 ด้าน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน รวมทั้งหมด 18 กิจกรรม ดังนี้ 1. ทักษะการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 1) การดูแลผมและหนังศีรษะ การแปรงฟัน การอาบน้ำ 2) การรับประทานยา 3) การแต่งกาย 2. ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ประกอบด้วย 1) การปิด กวาด เช็ด ถู การเก็บเครื่องนอน การเก็บเครื่องใช้ 2) การทำความสะอาดห้องน้ำ 3) การประกอบอาหาร 3. ทักษะทางสังคม ประกอบด้วย 1) สัมพันธภาพ 2) การสื่อสาร 3) ควบคุมอารมณ์ 4. ทักษะการทำงาน ประกอบด้วย 1) ความรับผิดชอบ 2) ร่วมมือทำงาน 3) ความต้องการงาน 5. ทักษะการพักผ่อน ประกอบด้วย 1) กิจกรรมดนตรี 2) เกมต่าง ๆ 3) การสังสรรค์ 6. ทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน ประกอบด้วย 1) ขอความช่วยเหลือ 2) การใช้สาธารณูปโภค 3) บทบาทหน้าที่และสิทธิของตนเอง

5. ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังนี้ 1) ประเมินทักษะ 6 ด้าน 2) ประเมินคุณภาพชีวิตของคนที่พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 3) ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

6. วิเคราะห์ผลการวิจัย สรุป อภิปรายผลและจัดทำรูปเล่มรายงาน เขียนบทความวิจัย ส่งเผยแพร่ผลงานวิจัยระดับประเทศ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในระยะที่ 2-3

ประชากร คือผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันว่าเป็นโรคทางจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จำนวน 315 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทองที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน จำนวน 46 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการวิจัย ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1. เป็นบุคคลสัญชาติไทย อายุ 18-60 ปี 2. มีคะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน 3. สามารถฟังพูดอ่านเขียนภาษาไทยได้ 4. ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) 1. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบกิจกรรม 2. มีการอาการทางจิตกำเริบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 6 ชิ้น ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเข้ารับไว้ในสถานสงเคราะห์

2. แบบประเมินทักษะชีวิต 6 ด้าน ในการวิจัยนี้ใช้แบบประเมินทักษะชีวิต 6 ด้านที่พัฒนาขึ้น ศูนย์บริการคนพิการสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย (2565) ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน รวมทั้งสิ้น 54 ข้อ โดยเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ การให้คะแนน 0 = ไม่ทำเลย 1 = ต้องคอยกระตุ้นและควบคุมทุกขั้นตอน 2 = ทำได้ บางครั้ง และต้องแนะนำ 3 = ทำได้เองตามความเหมาะสม 4 = ทำเองได้ทั้งหมด และ 5 = สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

3. แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ซึ่งเป็นแนวคำถามเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งวังทอง พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย เพื่อใช้ในการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง ในระยะที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย

- ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง
- ระบบการดูแลที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน
- แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ จำนวน 26 ข้อ ที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) โดยเครื่องมือนี้พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตกับ และสุขภาพทั่วไป โดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำทำเช่นนี้ทั้งสิ้น 3 รอบ และการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทย WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ โดยเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด การแปลผล 26-60 คะแนน คุณภาพชีวิตไม่ดี 61-95 คะแนน คุณภาพชีวิตกลาง 96-130 คะแนน คุณภาพชีวิตดี

5. แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลถึงลักษณะอาการพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยในประเด็นต่าง ของศูนย์บริการคนพิการสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย (2565) ได้แก่ การแสดงออกทางวาจา การแสดงออกทางท่าทาง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความสามารถในการสื่อสาร ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกทางท่าทาง การดูแลสุขอนามัยส่วนตัว การรับประทานอาหาร การช่วยเหลืองานบ้าน ความสามารถในการประกอบอาชีพ ความคิดเห็นต่อผู้อื่นและสังคม ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการเคลื่อนไหวในชุมชน โดยมี

คะแนนรวม 60 คะแนน โดยเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ การให้คะแนน 1 = ดูแลตนเองไม่ได้ ต้องคอยช่วยเหลือทั้งหมด 2 = ดูแลตนเองได้บ้าง ต้องมีผู้ดูแลกระตุ้นบ่อย 3 = ดูแลตนเองได้ทำงานได้แต่ต้องมีผู้ดูแลกระตุ้นบางครั้ง 4 = ดูแลตนเองได้ ทำงานได้โดยไม่ต้องมีผู้ดูแลกระตุ้น 5 = ดูแลตนเองได้และสามารถดูแลผู้อื่นได้

6. โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต 6 ด้าน พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

นำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง และนำไปแก้ไขปรับปรุง ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมและแบบสัมภาษณ์ เท่ากับ .94 และ .92 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน เพื่อนำมาหาความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป พบว่าแบบประเมินทักษะชีวิต 6 ด้าน เท่ากับ 0.86 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของคนที่ทางจิตใจหรือพฤติกรรม เท่ากับ 0.92 แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 0.94

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้ง 3 ระยะ ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงาน และเมื่อได้รับการขออนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและทำความเข้าใจรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อมีความยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับการรักษา ความลับของข้อมูลและสามารถรักษาสีทธิโดยยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อดูแลรักษา

2. ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก

ระยะที่ 2 การศึกษาผลการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก

ระยะที่ 3 การยืนยันระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก

3. วิเคราะห์ผลการวิจัย สรุป อภิปรายผล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากขออนุมัติในการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เลขที่ PRPEC 029-2567 เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาหรือบริการสุขภาพจะได้รับการรักษาความลับของข้อมูล และนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1. หาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม (WHO) สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และทักษะชีวิต (6 ด้าน) ก่อนและหลังการทดลองใช้ระบบการดูแลฯ โดยใช้สถิติ paired t-test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสรุปเป็นประเด็นสำคัญ

ผลการวิจัย

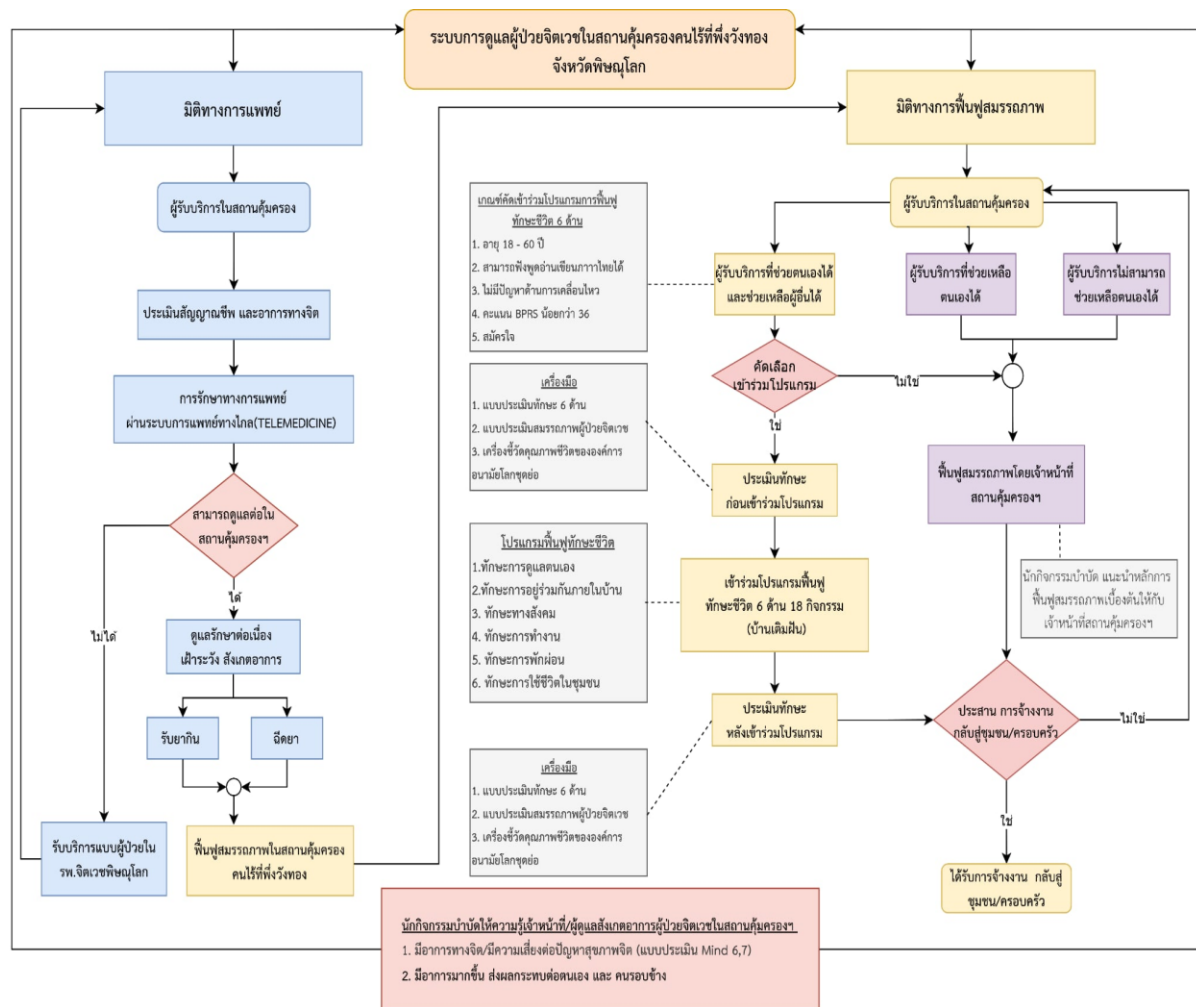
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 (46 คน) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.30 (19 คน) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่โสด คิดเป็นร้อยละ 86.95 (40 คน) ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 63.04 (29 คน) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 36.95 (17 คน) ระยะเวลาเข้ารับการสงเคราะห์ ส่วนใหญ่ระยะเวลา 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 (23 คน)

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก ประกอบด้วย มิติทางการแพทย์และมิติการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยในมิติทางการแพทย์ เป็นกระบวนการของการบริการทางการแพทย์แบบทางไกล ตั้งแต่การคัดกรองภาวะสุขภาพ ประเมินอาการทางจิต การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและการรักษาทางแพทย์ การดูแลต่อเนื่องรวมทั้งการพบแพทย์ตามนัด มิติการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช โดยแบ่งตามการประเมินสมรรถนะ ทั้งนี้กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ จะเข้าร่วมและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โปรแกรมทักษะชีวิต 6 ด้าน ส่วนกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ และกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเจ้าหน้าที่สถานคุ้มครองก่อนภายใต้การดูแลของนักกิจกรรมบำบัด จนกระทั่งมีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนดจะเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรมทักษะชีวิต 6 ด้าน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน รวมทั้งหมด 18 กิจกรรม ดังนี้ 1. ทักษะการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 1) การดูแลผมและหนังศีรษะ การแปรงฟันการอาบน้ำ 2) การรับประทานยา 3) การแต่งกาย 2. ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ประกอบด้วย 1) การปิด กวาด เช็ด ถู การเก็บเครื่องนอน การเก็บเครื่องใช้ 2) การทำความสะอาดห้องน้ำ 3) การประกอบอาหาร 3. ทักษะทางสังคม ประกอบด้วย 1) สัมพันธภาพ 2) การสื่อสาร 3) ควบคุมอารมณ์ 4. ทักษะการทำงาน ประกอบด้วย 1) ความรับผิดชอบ 2) ร่วมมือทำงาน 3) ความต้องการงาน 5. ทักษะการพักผ่อน ประกอบด้วย 1) กิจกรรมดนตรี 2) เกมต่าง ๆ 3) การสังสรรค์ 6. ทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน ประกอบด้วย 1) ขอความช่วยเหลือ 2) การใช้สาธารณูปโภค 3) บทบาทหน้าที่และสิทธิของตนเอง ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทองนี้จะส่งผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยจิตเวชมีทักษะชีวิต สมรรถภาพ และคุณภาพชีวิตดีขึ้น ได้รับการดูแลต่อเนื่อง นำสู่การจ้างงานและกลับสู่ครอบครัวชุมชนได้

ภาพที่ 2

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง



2. ประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทองต่อทักษะชีวิต คุณภาพชีวิต และสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะชีวิตก่อนและหลังของผู้เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูทักษะ 6 ด้าน รายด้านพบว่า ทักษะการทำงาน (ก่อนการทดลอง $M = 31.00$, $SD = 6.50$ หลังการทดลอง $M = 35.39$, $SD = 1.25$) ทักษะการพักผ่อน (ก่อนการทดลอง $M = 32.30$, $SD = 5.94$ หลังการทดลอง $M = 35.45$, $SD = 1.34$) ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (ก่อนการทดลอง $M = 29.45$, $SD = 8.30$ หลังการทดลอง $M = 35.36$, $SD = 1.06$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t = -4.944$, $p = .000$, $t = -3.927$, $p = .000$, $t = -5.157$, $p = .000$) ทักษะการดูแลตนเอง (ก่อนการทดลอง $M = 33.58$, $SD = 5.16$ หลังการทดลอง $M = 35.89$, $SD = 0.31$) ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน (ก่อนการทดลอง $M = 32.73$, $SD = 5.78$ หลังการทดลอง $M = 35.81$, $SD = 0.67$) และทักษะทางสังคม (ก่อนการทดลอง $M = 32.32$, $SD = 6.20$ หลังการทดลอง $M = 35.71$, $SD = 0.68$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($t = -3.060$, $p = .004$, $t = -3.596$, $p = .001$, $t = -3.719$, $p = .001$) ภาพรวมพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ทักษะชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$ ($t = -4.557, p=.000$) (ก่อนการทดลอง $M = 191.38, SD = 37.97$ หลังการทดลอง $M = 213.62, SD = 5.31$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะชีวิต 6 ด้านเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($n=46$)

ทักษะชีวิต 6 ด้าน	คะแนนก่อน (Pre-Test)		คะแนนหลัง (Post-Test)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ทักษะการดูแลตนเอง	33.58	5.16	35.89	0.31	-3.060	.004*
ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน	32.73	5.87	35.82	0.67	-3.596	.001*
ทักษะทางสังคม	32.32	6.20	35.71	0.68	-3.719	.001*
ทักษะการทำงาน	31.00	6.50	35.39	1.25	-4.944	.000**
ทักษะการพักผ่อน	32.30	5.94	35.45	1.34	-3.927	.000**
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	29.45	8.30	35.36	1.06	-5.157	.000**
รวม 6 ทักษะ	191.38	37.97	213.62	5.31	-4.557	.000**

* $p<.01$ ** $p<.001$

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$ ($t = -6.053, p=.000$) (ก่อนการทดลอง $M = 98.22, SD = 16.50$ หลังการทดลอง $M = 99.95, SD = 16.52$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($n=46$)

คุณภาพชีวิต	M	SD	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	98.22	16.50	-6.053	.000*
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	99.95	16.52		

* $p<.001$

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$ ($t = -4.828, p=.000$) (ก่อนการทดลอง $M = 45.26, SD = 9.93$ หลังการทดลอง $M = 46.24, SD = 9.95$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3

แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=46)

คุณภาพชีวิต	M	SD	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	45.26	9.93	-4.828	.000*
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	46.24	9.95		

* $p < .001$

3. ผลการวิจัยด้านการเข้าถึงบริการ การกลับเป็นซ้ำ การดูแลต่อเนื่อง

พบว่าภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นในจำนวน 423 คน พบว่าได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช มากถึง 315 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 74.47 และได้รับการดูแลต่อเนื่องร้อยละ 100 ส่งผลต่อการไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 99.37 (312 คน) และการติดตามผลพบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้รับการจ้างงาน จำนวน 7 คน ได้กลับไปอยู่กับครอบครัว 2 คน

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยภายหลังจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จังหวัดพิษณุโลกพบว่า สมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวช ทักษะชีวิต และคุณภาพชีวิต ดีวก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อีกทั้งยังเกิดการจ้างงานและกลับสู่ครอบครัวได้ สามารถอธิบายได้ว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภายใต้แนวคิดทางการแพทย์ ร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถนะทางจิตเวช โดยการระบบการรักษาทางการแพทย์แบบทางไกล (telemedicine) สามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยการพัฒนาบริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (telepsychiatry) ที่เป็นไปด้วยความรวดเร็วยิ่งขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการ ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมทั้งการประเมิน/คัดกรอง การตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาตลอดจนการให้คำปรึกษา การดูแลติดตามการรักษาเพื่อป้องกันกลับป่วยซ้ำ (สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต, 2564) นอกจากนี้ไม่เพียงแต่การรักษาการแพทย์ ในระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นยังมีโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยมีการพัฒนาทักษะชีวิต 6 ด้าน 18 กิจกรรม ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ทั้งนี้มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาและทำให้บุคคลนั้นได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ ซึ่งส่งผลให้สามารถนำสู่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพและทักษะชีวิตดีขึ้น นำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาได้ (ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ, 2560) สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพ (recovery model) (Anthony, 1993) การฟื้นคืนสภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมการฟื้นคืนความเจ็บป่วยทางจิต ให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สังคมพึ่งพาตนเองได้ รวมทั้งมีการเพิ่มโอกาสการใช้ชีวิตได้อย่างปกติเหมือนคนทั่วไป

จากผลการวิจัยสอดคล้องกับการวิจัยของภัทรภรณ์ หุ่นปันคำและคณะ (2560) ที่พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยพบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดี มีทักษะชีวิต ดีวก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยของอุดม สารีมูล และคณะ (2562) ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อทักษะการดูแลตนเองและทักษะการดูแลภายในบ้านในผู้ป่วยจิตเภทชายเรื้อรัง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่พบว่าคะแนนทักษะการดูแลตนเองและทักษะการดูแลภายในบ้านของผู้ป่วยโรคจิตเภท

เรื่องร้องในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทักษะการดูแลตนเองและทักษะการดูแลภายในบ้านของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ และงานวิจัยของจินดารัตน์ พิมพ์ดีดและคณะ (2565) ที่ศึกษาผลโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยพบว่าผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทองที่ผสมผสานการดูแลรักษาแบบทางไกลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชด้วยโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต 6 ด้าน สามารถเพิ่มสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ทักษะชีวิต นำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และผลผลิตที่เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง ถูกนำไปใช้อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเพิ่มคุณภาพการบริการ ถือเป็นต้นแบบในการปรับปรุงระบบบริการเชิงรุกที่นำเทคโนโลยีการบริการการแพทย์ทางไกลเข้ามาใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยมุ่งเน้นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชที่มีประสิทธิภาพโดยนักกิจกรรมบำบัด สามารถพัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มการจ้างงานและกลับสู่ครอบครัวชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย ทั้ง 11 แห่ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทองที่ผสมผสานการดูแลรักษาแบบทางไกลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชไปศึกษาทดลองใช้ในพื้นที่อื่น ๆ และทำการศึกษาเปรียบเทียบแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2567). MOU 6 หน่วยงาน บูรณาการระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน.

<https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28365>

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2564). คู่มือการบริการตรวจรักษา

จิตเวชทางไกล (telepsychiatry) ผู้ป่วยนอก สำหรับหน่วยงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

จินดารัตน์ พิมพ์ดีด, ญัฐภรณ์ เบ้าเรือง, สุนละมัย ทาคำใจ, ประกายดาว โฉมโสภา, และพรดุสิต

คำมีสินนท์. (2565). การพัฒนาและประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วย

จิตเภทเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 36(2), 22-48.

ซาร่าห์ บินเยาะ. (2564) การศึกษารูปแบบการพัฒนาแนวทางการส่งคนไร้ที่พึ่งกลับคืนสู่สังคมของสถาน

คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ภัทรภรณ์ ท่งปิ่นคำ. (2560). การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. สมาร์ทโคตรดิงท์ แอนด์ เซอร์วิส.

มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บ.ก.). (2558). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). ภาควิชา

จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก. (2565). รายงานการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง

วังทอง จังหวัดพิษณุโลก.

- ศูนย์บริการคนพิการ สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย. (2565). *แบบประเมินสมรรถนะผู้ป่วยจิตเวช*. สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย.
- สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จ.พิษณุโลก. (2565). *รายงานการบริการในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งวังทอง จังหวัดพิษณุโลก*.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปะกิจ, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด*. โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สุภาพร จันทร์สาม. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อเขตบริการจังหวัดยโสธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31*(ฉบับเพิ่มเติม 1), S47-S83.
- อุดม สารีมูล, สุปราณี พิมพ์ตรา, และธวัชชัย พละศักดิ์. (2562). ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพต่อทักษะการดูแลตนเองและทักษะการดูแลภายในบ้านในผู้ป่วยจิตเภทชายเรื้อรังโรงพยาบาลพระศรี-มหาโพธิ์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ-ประสงค์, 3*(3), 28-52.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Pub.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11-23.
<https://doi.org/10.1037/h0095655>