

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

Development of schizophrenic patients care model in the health services network of Lahansai District, Buriram Province

พิเชษฐ พืดขุนทด¹

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

Pichet Puedkuntod¹

¹Buriram Provincial Public Health Office, Mueang District, Buriram Province

Correspondence author: Email: drpichet@gmail.com

(Received: July 30, 2019; Revised: August 28, 2019; Accepted: August 31, 2019)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทในอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ มีมากเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีแต่ยังขาดรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมตามบริบท จึงทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและระดับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ร่วมวิจัยคือบุคลากรสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทราย จำนวน 14 คน 2) ผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอละหานทรายที่จะทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้น จำนวน 357 คน ดำเนินการระหว่างตุลาคม 2559 – กันยายน 2561 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการสนทนากลุ่มแบบสอบถาม แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและแบบประเมินคุณภาพชีวิตวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกและระดับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยสถิติ McNemar Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทรายที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านโรคจิตเภท 2) หน่วยบริการทุกแห่งดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากกลับบ้านต้องประสานงานการดูแลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) การติดตามผู้ป่วยขาดนัดโดยมีระบบการติดตามร่วมกันโดยโรงพยาบาลละหานทราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เน้นการเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 4) ระบบการดูแลและเฝ้าระวังในชุมชน ได้แก่ เฝ้าระวังการขาดยา เหตุการณ์ก้าวร้าวรุนแรง โดยญาติหรือผู้ดูแล และอสม.ในพื้นที่ และ 5) การควบคุมและนิเทศติดตาม ซึ่งหลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมการเจ็บป่วยได้เพิ่มขึ้น มีอาการจิตเภทที่ยังควบคุมไม่ได้ลดลง และถูกวินิจฉัยว่ามีอาการกำเริบลดลง โดยทั้งสามลักษณะนี้มีจำนวนการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) มีผลลัพธ์ทางคลินิกเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตระดับดีเพิ่มขึ้น ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดีและระดับปานกลางลดลง โดยมีจำนวนเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) ดังนั้น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทรายที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และมีความต่อเนื่องไปในทิศทางเดียวกันในเครือข่ายบริการสุขภาพ

คำสำคัญ : โรคจิตเภท รูปแบบการดูแล เครือข่ายบริการสุขภาพ

Abstract

Schizophrenic patients in Lahansai District, Buriram Province are the number one of the patients of psychotic disorders and are more likely to increase every year. However, it is also a lack of care model for the appropriate schizophrenia in context. This action research was applying the PAOR concept that proposed by Kemmis and McTaggart to develop a model for schizophrenia care in the health service network of Lahansai District and the assessment of the use of patient care model in clinical outcomes and quality of life. There are 2 groups of samples consist of 1) Multidisciplinary team involved in the care of schizophrenic patients in the health service network of Lahansai District amount 14 persons 2) 357 schizophrenic patients in the Lahansai District to experiment with the patient care model developed. All of them were perform the workshop process during October 2016-September 2018. Data were collected from focus group discussion, questionnaire, a clinical outcome assessment and a quality of life assessment. Analyze data with descriptive statistics. To compare a clinical outcome changes and quality of life before and after the experiment of patient care model by using McNemar Chi-square test by defining a significant level at 0.05, the qualitative data section analyse data with content analysis method. The results found that the developed care model of schizophrenia in the health service network of Lahansai District composed of 5 stages consisted of; 1) improve public health personnel potential in the health care network 2) all of public health service units operate schizophrenia according to the care guidelines of user guide for schizophrenia. If the patient returns to the continuing treatment at home must coordinate the care of the Tambol health promoting hospital's officers. 3) The patient's absence of the appointment has a joint follow-up system by Lahansai hospital, all of Tambol health promoting hospitals, public health village's volunteers and sub-district administrative organization focus on home visits and monitoring patients at least 1 time a month 4) care plan and surveillance in the community consisted of surveillance system with a lack of medication, watch out for harsh aggressive events and monitor recurrent symptoms were performed by a relative or care giver and public health village's volunteers and 5) controlling, monitoring and evaluation by medical supervision. After the trial of schizophrenia care model, it was found that patients with schizophrenia can be increased control over illness. The schizophrenia uncontrolled and relapsed cases were reduced. These three characteristics have a significant number of changes in statistical significance (P-value <0.05) and clinical results have changed statistically significant too (P-value <0.001). In addition, schizophrenic patients have a better quality of life, and the level of poor and moderate quality of life is reduced. The number of changes has been statistically significant (P-value <0.001). Therefore, the development of schizophrenic patient care model in health service network are enhance patient care, suitable model for the context in the area and continuing in the same direction in health service network of Lahansai District.

Keywords : Schizophrenia, care model, health services network

1. บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยทางจิตและการทำหน้าที่ต่างๆลดลง ซึ่งประกอบด้วยอาการแสดงทางบวกได้แก่อาการหลงผิดประสาทหลอนพูดจาสับสน พฤติกรรมวุ่นวายเป็นต้นและอาการแสดงทางลบได้แก่อาการเฉื่อยเมยสีหน้าเรียบเฉยขาดความกระตือรือร้นเฉยชาเก็บตัวไม่สนใจสิ่งแวดล้อมการทำงานหรือกิจกรรมทางสังคมทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน⁽¹⁾จากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพในประเทศไทย ประเมินการว่าประชากร 1 ใน 5 มีปัญหาสุขภาพจิตจากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรง ร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคนโดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 หรือ 400,000 คนและการสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรทุกภาคในประเทศไทย พบความชุกชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 0.17 ในปี พ.ศ. 2560 สถานการณ์ด้านปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เริ่มทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยมีผู้ป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับการลงทะเบียนรักษาในสถานพยาบาลภาครัฐทุกแห่งเพิ่มขึ้น 480,266 คน รองลงมาคือ โรควิตกกังวล 399,713 คน ติดแอลกอฮอล์ 359,257 คน โรคซึมเศร้า 254,399 คน และติดสารเสพติด 226,391 คน ตามลำดับ⁽³⁾ โดยพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยนอกจิตเวชนั้นเป็นผู้ป่วยจิตเภท⁽⁴⁾ ด้านการเข้าถึงการรับบริการ พบว่า ในปีพ.ศ. 2558 และ 2559 มีอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตเพียงร้อยละ 61.1 และ 64.8⁽²⁾ จากสถานการณ์ข้างต้นนี้ จะเห็นได้ว่าปัญหาโรคจิตเภทนั้นวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นแต่อัตราการเข้าถึงการบริการยังอยู่ในอัตราที่ต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่มโรคจิตเภทจังหวัดบุรีรัมย์ มีรายงานการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยจิตเภทในอัตราที่สูง โดยพบผู้ป่วยในปี 2558-2560 จำนวน 13,040 10,503 และ 13,701 คน โดยมีอัตราความชุกเท่ากับ 850.5, 662.8 และ 819.1 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และยังพบปัญหาแนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้นจาก พ.ศ. 2558 - 2560 อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 5.0, 5.7 และ 4.9 ต่อประชากรแสนคน^(3, 5) ในเขตอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วยจิตเภทที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรงพยาบาลละหานทรายทั้งหมด จำนวน 393 คน (535.4 ต่อประชากรแสนคน) โดยแบ่งเป็นประเภทกลุ่มควบคุมได้ จำนวน 269 คน (ร้อยละ

68.4) ควบคุมไม่ได้หรือยังมีอาการของจิตเภทหลงเหลืออยู่ จำนวน 76 ราย (ร้อยละ 19.3) และกลุ่มที่มีอาการกำเริบ จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 12.2)⁽⁶⁾

จากสถานการณ์โรคจิตเภทในอำเภอละหานทราย จะเห็นว่า สถิติการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท การขาดนัดที่ต้องติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่อง และการส่งต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ มีจำนวนสูงขึ้นแสดงถึงปัญหาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในอำเภอละหานทรายที่มีแนวโน้มสูงขึ้นและปัญหาที่พบต่อเนื่องส่วนใหญ่คือผู้ป่วยขาดยา ปัญหาการไม่มาพบแพทย์อย่างต่อเนื่องทำให้มีอาการกำเริบ โรงพยาบาลละหานทรายได้กำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข^(3, 7) แต่ในปัจจุบันแนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคนี้ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลต่างๆเร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทออกจากโรงพยาบาล เน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการรักษาและรับผิดชอบผู้ป่วย⁽⁸⁾ แต่ในการปฏิบัติงานจริงยังประสบกับปัญหาและข้อจำกัดหลายประการ เช่น ปัญหาการไม่พบแพทย์ เกิดจากความไม่สะดวกในการเดินทางทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่ายสูง ผู้ป่วยบางรายมีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลต่อเนื่องหรือบางรายขาดผู้ดูแล ส่วนปัญหาทางด้านบุคลากร เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่หรือแม้แต่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนยังขาดศักยภาพในการดูแลให้ความช่วยเหลือ ในระดับรพ.สต.ไม่มีพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต อีกทั้งด้านชุมชนไม่ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่คิดว่าเป็นปัญหาของชุมชน บุคลากรผู้ดูแลในชุมชนขาดความมั่นใจขาดทักษะและไม่มีระบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพเป็นปัญหาต่อการให้บริการและเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเภท และด้านการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ยังไม่ได้รับความร่วมมือในการดำเนินงาน⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตที่ถูกต้องตามแนวทางหรือรูปแบบการดูแลเหมาะสมก็สามารถจะทุเลาและหายเป็นปกติได้⁽³⁾

ในการดำเนินการเพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายการดำเนินงานสุขภาพจิต ที่เน้นการเสริมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานทำให้ประชาชนได้รับการดูแล และเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ส่งเสริมให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต โรคทางจิตเวชเข้าถึงบริการ

มากขึ้นเครือข่ายการบริการสาธารณสุข สามารถดูแลสุขภาพจิตของประชาชน ได้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ^(2, 9) เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ต่างๆได้ เช่น การดูแลตนเองการประกอบอาชีพการเข้าสังคม เป็นต้น นอกจากนี้ปัญหาของโรคจิตเภท หรือผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตประเภทอื่น ๆ มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังมิได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมไปถึงญาติผู้ดูแลและบุคคลอื่นในสังคมได้อีกด้วย⁽⁹⁾

จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลชุมชนพบประเด็นปัญหาสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ รูปแบบปฏิบัติการพยาบาลไม่มีความเฉพาะเจาะจงไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่มีความเฉพาะสำหรับดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพน้อย การส่งต่อข้อมูลการดูแลเพื่อประสานเครือข่ายสุขภาพติดตามดูแลไม่ครอบคลุม การเชื่อมต่อข้อมูลไม่ชัดเจนไม่มีคลินิกเฉพาะโรคทำให้การดูแลผู้ป่วยขาดการเชื่อมโยงต่อเนื่อง⁽⁹⁻¹⁴⁾ ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้ความสำคัญทุกกระบวนการอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ทั้งในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม การเฝ้าระวังการขาดยา เฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน การดูแลภาวะฉุกเฉิน และส่งต่อ จะทำให้ระบบการดูแลเกิดคุณภาพมากขึ้นซึ่งโรงพยาบาลละหานทรายก็ประสบกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเช่นกับประเด็นต่างๆที่กล่าวมาข้างต้นนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพในอำเภอละหานทราย และศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการดูแลด้วยรูปแบบใหม่ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถปฏิบัติได้จริงและเกิดรูปแบบการแก้ปัญหาในพื้นที่ที่เหมาะสมระหว่างผู้ป่วยครอบครัวชุมชนภาคีเครือข่ายและทีมสหวิชาชีพ ทำให้สามารถลดปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่อำเภอละหานทรายได้และผู้ป่วยจิตเภทสามารถอาศัยในสังคมอย่างปกติสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีศักดิ์ศรี

2. วิธิดำเนินการวิจัย

2.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis และ

McTaggart⁽¹⁵⁾ ประกอบด้วย 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning; P) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action; A) 3) สังเกตการณ์ (Observation; O) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection; R) ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 – กันยายน 2561 โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2016-014

2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทรายซึ่งประกอบด้วยบุคลากรในสังกัดเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทราย

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) ผู้ร่วมวิจัยคือบุคลากรสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยบุคลากรจากโรงพยาบาลละหานทราย ได้แก่ แพทย์ประจำคลินิกจิตเวช 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพจากแผนกผู้ป่วยนอก 2 คน ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพจากรพ.สต. ในอำเภอละหานทราย 5 คน (รพ.สต.หนองแวง รพ.สต.สำโรงใหม่ รพ.สต.ตาจาง รพ.สต.โคกवान และ รพ.สต.หนองตะครอง) ตัวแทนประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 คน (ตำบลสำโรงใหม่ ตำบลตาจาง และตำบลโคกवान) และผู้รับผิดชอบงานจิตเวชจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอละหานทราย 1 คน รวมทั้งหมด 14 คน

2) กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (รหัสโรค ICD-10: F20) อายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลละหานทรายระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559-30 กันยายน 2561 โดยผู้ป่วยต้องไม่มีโรคร่วมทางกายหรือโรคร่วมทางจิตหรือได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 357ราย และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้ยังรวมถึงญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้ยื่นถิ่นฐานระหว่างการวิจัยทั้งหมดจำนวน 130 คน

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพสำหรับผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ (1) ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม การบันทึกเสียงการสนทนาและแบบสังเกตพฤติกรรมการณ์เข้าร่วมกระบวนการวิจัยของผู้ร่วมวิจัย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ สำหรับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ (2) คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การประเมินผลสุขภาพจิต แบบบันทึกการประเมินผลการติดตามเฝ้าระวังเป็นกรณีเฉพาะและแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย 26 ข้อ⁽¹⁶⁾

เครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องเชิงโครงสร้างและเนื้อหาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

2.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ทำการศึกษาแนวคิดทฤษฎีเอกสารแนวปฏิบัติงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและประเมินสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทในอำเภอละหานทราย ขนาดปัญหา ความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลจากมุมมองของสหวิชาชีพ และผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยโดยการสนทนากลุ่มที่มีผู้ร่วมวิจัยและศึกษาจากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในโรงพยาบาลละหานทรายและ รพ.สต. ทุกแห่ง ทบทวนรูปแบบหรือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เป็นแนวทางดำเนินงาน

2) ระยะที่ 2 การปฏิบัติการวิจัยแบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (P) เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลจากศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ ในระยะที่ 1 จัดสนทนากลุ่มระหว่างทีมผู้ร่วมวิจัยเพื่อสอบถามปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในส่วนของโรงพยาบาลละหานทราย รพ.สต. และในชุมชน นำผลจากการทำสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูลและนำเข้าสู่กระบวนการวางแผนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาศักยภาพสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพจัดทำเป็นแผนการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทราย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (A) เป็นการจัดกิจกรรมปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่อบรมให้ความรู้ด้านโรคจิตเภทแก่กลุ่มสหวิชาชีพจากทุกหน่วยบริการ การกำหนดแนวเวชปฏิบัติและแนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล ระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด การจัดระบบการประเมินและติดตามผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เชื่อมโยงเครือข่ายจาก

โรงพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. สู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (O) เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริง ผู้วิจัยติดตามให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ละหานทราย รพ.สต. อสม. และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลจิตเวชจากโรงพยาบาลละหานทรายจะเป็นผู้ประเมินสภาพปัญหาความต้องการการดูแลให้การบำบัดทางการพยาบาลประสานความร่วมมือกับสหวิชาชีพรวมถึงจัดระบบการส่งต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ รวบรวมข้อมูลจากการสอบถามและการสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (R) เป็นการสะท้อนผลในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเสนอรูปแบบและผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยนำเสนอในวาระการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอละหานทราย เพื่อนำข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไขและจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วมกันและเป็นแนวทางในการปรับแผนใหม่ในวงรอบต่อไป

3) ระยะที่ 3 การสรุปและประเมินผลลัพธ์ภายหลังสิ้นสุดกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวทางที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอละหานทราย

2.5 สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกและระดับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยสถิติ McNemar Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ทำการแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ และพิจารณาถึงความพอเพียงและความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาสร้างเป็นข้อสรุปเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

3. ผลการวิจัย

3.1 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการ

วิเคราะห์ฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลละหานทรายพบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5⁽¹⁾ ขึ้นทะเบียนสะสมในปีงบประมาณ 2559-2560 จำนวน 393 คน มีผู้ป่วยที่เฝ้าระวังการขาดนัดจำเป็นต้องติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 95 ราย (ร้อยละ 21.2) มีอาการกำเริบ 27 ราย (ร้อยละ 6.8) ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อดูแลรักษาแผนกผู้ป่วยใน 31 ราย (ร้อยละ 7.9) ส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 2.8) และจากสนทนากลุ่มในทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทราย พบว่าในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทรายยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะ ยังเป็นการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป การดำเนินการยังขาดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท ระบบการติดตาม ระบบการดูแลและเฝ้าระวังในพื้นที่ โดยพบปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทรายมีกระบวนการดังนี้

(1) การนำข้อมูลปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากขั้นตอนในระยะเวลาที่ 1 นำเสนอให้สหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทรายและผู้เกี่ยวข้องในการทำวิจัยทราบ เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาโรคจิตเภทมากยิ่งขึ้นผลจากการสนทนากลุ่ม สหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพมีความคิดเห็นและความต้องการตรงกัน คือ ต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอละหานทราย ที่สามารถนำไปปฏิบัติร่วมกันได้จริงทั้งเครือข่ายสุขภาพ และสามารถแก้ไขปัญหาต่างที่พบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพด้านบุคลากร การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภททั้งในโรงพยาบาลและชุมชนการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังในชุมชน และการสร้างระบบการติดตามที่มีประสิทธิภาพ จึงนำเข้าสู่กระบวนการวางแผนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพและมีมุมมองร่วมกันว่าต้องช่วยกันในการแก้ไขปัญหาโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพ

(2) ขั้นการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทรายผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่างที่กำหนดไว้ ซึ่ง

เกิดผลการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรูปแบบใหม่ ดังนี้

1) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพ

1.1) โรงพยาบาลละหานทรายจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทรายเรื่องโรคจิตเภทการใช้ยาทางจิตเวช การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โปรแกรมการเฝ้าระวังในชุมชน การประสานเชื่อมโยงเครือข่ายบริการผู้ป่วยจิตเภทจากโรงพยาบาลสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

1.2) รพ.สต.ทุกแห่งจัดอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลละหานทรายที่กำหนดให้แก่ อสม. ผู้นำชุมชนตัวแทนจากองค์กรท้องถิ่นเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนการติดตามเยี่ยมบ้านแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยพร้อมปรับทัศนคติกับชุมชนด้านการตีตราในสังคม สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและหาแนวทางการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจโดยมีข้อตกลงเบื้องต้น กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่รับผิดชอบงานในพื้นที่หรือการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติ ทางงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลละหานทรายจะเป็นหน่วยพิจารณาจัดอบรมฟื้นฟูหรือหาบุคลากรทดแทน

2) แนวทางการดูแลรักษามีรูปแบบและแนวปฏิบัติในเครือข่ายสุขภาพดังนี้

2.1) ผู้ป่วยจิตเภทต้องมาขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลละหานทรายตามระบบบริการก่อนทุกราย โดยคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลละหานทรายเป็นหน่วยรับขึ้นทะเบียนดูแลรักษาและกำหนดวันเวลาที่ชัดเจนในการให้บริการผู้ป่วยจิตเภท

2.2) ดำเนินงานด้านจิตเวชตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์ พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข) แพทย์และพยาบาลจิตเวชประจำคลินิกสุขภาพจิตจะประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าสู่กระบวนการดูแลให้การรักษาตามแนวปฏิบัติ

2.3) ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยด้วยแนวทางการวินิจฉัยจิตเภทแบบใหม่ด้วย DSM-5⁽¹⁾ โดยมีทั้งอาการทางจิตเภทที่มีอยู่ ระยะเวลาที่เป็น ผลกระทบต่อตนเองและระยะเวลาโดยรวม แล้วจัดเป็นกลุ่มเพื่อให้เกิดความชัดเจนต่อการดูแลรักษา และเกิดผลลัพธ์การรักษาที่ชัดเจนขึ้นเพื่อพิจารณาส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาที่บ้านโดยผ่านการดูแลจากสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการ คือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม.ในพื้นที่ ดังนี้

(1) ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมได้ทางโรงพยาบาลละหานทราย โดยคลินิกจิตเวช และกลุ่มงานเภสัชกรรม

ชุมชนจะจัดยาให้และนำฝากไว้ที่ รพ.สต. ตามพื้นที่รับผิดชอบตามการนัดหมาย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. กับคลินิกจิตเวชมีการติดต่อให้คำปรึกษาผ่านระบบการประสานงานที่กำหนดไว้ภายในเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทสามารถมารับยาต่อเนื่องได้ที่ รพ.สต. โดยอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของแพทย์และเภสัชกรประจำคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลละหานทราย

(2) ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมไม่ได้หรือยังมีอาการของจิตเภทหลงเหลืออยู่ และกลุ่มที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยซ้ำันต์มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลละหานทรายทุก 2 เดือน ส่วนการติดตามเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวังการขาดยา และเหตุการณ์ก้าวร้าวรุนแรงเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. หากการประเมินผลการรักษามีความก้าวหน้าในทางที่ดีขึ้น แพทย์ประจำคลินิกจะพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต. ตามระบบการดูแลต่อไป

3) การติดตามผู้ป่วยขาดนัดปรับปรุงระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเภททั้งในรูปแบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และทะเบียนเอกสาร และมีการส่งข้อมูลโดยใช้โทรศัพท์หรือระบบสื่อสารออนไลน์ในการประสานงานคือ “กลุ่มไลน์จิตเภท” มีระบบการติดตามโดย รพ.สต. ทุกแห่งตามเขตรับผิดชอบและมอบหมายให้ อสม. ในพื้นที่ในการติดตามผู้ป่วยรายบุคคลที่ชัดเจนกรณีมีความจำเป็นต้องใช้รถนำส่งผู้ป่วย จะประสานความร่วมมือจากองค์กรปกครองท้องถิ่นในพื้นที่หรือรถนำส่งจากโรงพยาบาลละหานทราย และเพิ่มช่องทางด่วนในการรับบริการที่โรงพยาบาลละหานทรายส่วนการติดตามการรักษาเป็นการติดตามโดยทีมสหวิชาชีพ หรือ อสม. ที่ได้รับมอบหมาย โดยเน้นที่การเยี่ยมบ้าน สร้างความคุ้นเคยและติดตามผู้ป่วยให้กินยาอย่างต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง ประเมินความเสี่ยงต่อการขาดยาทุกเดือน

4) การดูแลและเฝ้าระวังในชุมชนมีระบบเฝ้าระวังการขาดยา เฝ้าระวังเหตุการณ์ก้าวร้าวรุนแรง ประเมินอาการกำเริบรุนแรงโดยญาติหรือผู้ดูแลและอสม. ในพื้นที่ เป็นการประเมินอาการเบื้องต้น และรายงานผ่านระบบการติดต่อสื่อสารไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลละหานทรายในการดูแลภาวะฉุกเฉินทางจิตเภทกรณีมีเหตุก้าวร้าวรุนแรงจะมีระบบบริการเชิงรุกโดยทีมเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเคลื่อนที่ (Mental health crisis assessment and treatment team; MCATT) และมีระบบการให้ยาฉุกเฉินด้านจิตเภทในพื้นที่โดยโรงพยาบาลละหานทราย

5) การควบคุมและนิเทศติดตาม เป็นบทบาทของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอละหานทราย (คปสอ.ละหานทราย) ในการติดตาม นิเทศงาน ประเมินผลปีละ 2 ครั้ง สรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนผลการปฏิบัติงานแก่คณะกรรมการ คปสอ.ละหานทราย และสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบหรือแผนปฏิบัติการนำไปสู่การพัฒนาในวงรอบต่อไป

3.2 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทราย

ระยะที่ 3 การสรุปและประเมินผลผลลัพธ์ภายหลังสิ้นสุดกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแนวทางที่กำหนดไว้โดยพยาบาลจิตเวช ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในรพ.สต.และอสม.เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะติดตามเยี่ยมบ้านถัดมาจากการนัดหมายครั้งแรกอีก 3 เดือนโดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลละหานทรายจำนวน 357 ราย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 60.22 มีอายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 33.6 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 25.7 และ อายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 25.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นจิตเภทมาแล้ว 6-10 ปี ร้อยละ 49.0 รองลงมาคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 48.2 ปริญญาตรี ร้อยละ 33.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร/รับจ้าง ร้อยละ 77.0 และมีผู้ดูแล ร้อยละ 95.5

2) ผลลัพธ์ด้านคลินิก จากการประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการประเมินผู้ป่วยด้วย DSM-5 พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมการเจ็บป่วยได้เพิ่มขึ้น มีอาการจิตเภทที่ยังควบคุมไม่ได้ลดลง และมีอาการกำเริบลดลง โดยทั้งสามลักษณะนี้มีจำนวนการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) ในส่วนผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด อาการประสาทหลอนการคิดและการพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน การมีพฤติกรรมอะละเวียวยาย อาการด้านลบ พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบ ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเหล่านี้เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ในด้านการเฝ้าระวัง พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบผู้ป่วยจิตเภทได้รับการปรับการรักษาด้วยยา การติดตามเฝ้าระวังการขาดยา มีภาวะพฤติกรรมก้าวร้าว

รุนแรงและการเคยเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน มีจำนวนเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.001) ส่วนการส่งต่อรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าหลังการทดลองมีจำนวนลดลง แต่เปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value $= 0.15$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

3) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลองใช้รูปแบบการดูแล พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 79.27 ระดับดี ร้อยละ 13.16 และระดับไม่ดี ร้อยละ 7.56 ตามลำดับ ส่วนหลังการใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตระดับดีเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 26.05 และมีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี และระดับปานกลางลดลง โดยมีจำนวนเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

4. อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทราย พบปัญหาและความต้องการ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพด้านบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพ ซึ่งมีจุดอ่อนในการดำเนินงานด้านจิตเวชคือ บุคลากรที่ทำหน้าที่ในการดูแลไม่เพียงพอภาระงานมากขาดการติดตามนิเทศงานด้านจิตเวชและขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานบุคลากรใน รพ.สต. ขาดทักษะในการให้บริการด้านจิตเวชขาดองค์ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการดูแลรักษาอีกทั้งมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและกังวลเรื่องอันตรายจากการถูกผู้ป่วยโรคจิตเภททำร้ายร่างกาย 2) การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภททั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยคลินิกจิตเวชต้องกำหนดรูปแบบหรือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ชัดเจนทั้งในสถานบริการและชุมชนอีกทั้งประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติหรือรูปแบบการดูแลให้ผู้เกี่ยวข้องในเครือข่ายบริการสุขภาพทราบและถือปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน 3) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชน ต้องดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือของญาติ ผู้ดูแล ญาติเครือข่ายและสหวิชาชีพในเครือข่ายสุขภาพอย่างจริงจัง ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและเฝ้าระวัง และ 4) การสร้างระบบการติดตามที่มีประสิทธิภาพ โดยเพิ่มช่องทางการติดต่อประสานงานการมีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การออกเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอย่างต่อเนื่องและการส่งเสริมกิจกรรมที่ทำให้เกิดการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งปัญหาและความต้องการดังกล่าวนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ อรสา

วัฒน์ศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต⁽¹⁴⁾ และ สุกัญญา ละอองศรี และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีทั้งปัญหาด้านบุคลากรสาธารณสุขในฐานะผู้ให้บริการและปัญหาของตัวผู้ป่วยจิตเภทเอง จึงมีความจำเป็นที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งที่อยู่ในชุมชนและผู้ป่วยที่ต้องเข้าสู่ระบบการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล เมื่อนำปัญหาและความต้องการเข้าสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทรายซึ่งมีมุมมองร่วมกันว่าต้องช่วยกันในการแก้ไขปัญหาโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพจึงพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 5 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพด้านโรคจิตเภท 2) หน่วยบริการทุกแห่งดำเนินงานด้านจิตเภทตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหากส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาที่บ้านต้องประสานงานการดูแลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) การติดตามผู้ป่วยขาดนัดมีระบบการติดตามร่วมกันโดยโรงพยาบาลละหานทราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง อสม. และองค์กรปกครองท้องถิ่น โดยเน้นที่การเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 4) การดูแลและเฝ้าระวังในชุมชนมีระบบเฝ้าระวังการขาดยา เฝ้าระวังเหตุการณ์ก้าวร้าวรุนแรง ประเมินอาการกำเริบรุนแรง โดยญาติหรือผู้ดูแลและ อสม.ในพื้นที่ และ 5) การควบคุมและนิเทศติดตามซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นมาจะมีขั้นตอนที่มากกว่าการวิจัยที่ผ่านมา^(9, 11-14, 18) เนื่องจากรูปแบบการดูแลนี้ต้องดำเนินการควบคุมไปทั้งในระดับชุมชนและในโรงพยาบาลละหานทราย ซึ่งไม่มีจิตแพทย์คอยดูแลโดยเฉพาะ จึงมีความละเอียดในการปฏิบัติมากขึ้น เมื่อพิจารณาถึงรายละเอียดของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้น จะเห็นได้ว่าปัญหาและความต้องการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอันดับต้น เป็นการสร้างองค์ความรู้ พัฒนาทักษะการดูแล การส่งเสริมความร่วมมือและสัมพันธ์ภาพที่ดี และสร้างความมั่นใจแก่บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท^(13, 14, 18) ด้านแนวทางการดูแลรักษามีรูปแบบและแนวปฏิบัติในเครือข่ายบริการสุขภาพที่เป็นระบบ ตั้งแต่การขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลละหานทรายแพทย์และพยาบาลจิตเวชประจำคลินิกสุขภาพจิตจะประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าสู่กระบวนการดูแล ให้การรักษาตามแนวปฏิบัติด้านจิตเภทตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์ พยาบาล/

นักวิชาการสาธารณสุข)^(2, 7) การประเมินผลการรักษาผู้ป่วยด้วยแนวทางการวินิจฉัยจิตเภทแบบใหม่ด้วย DSM-5⁽¹⁾ เพื่อพิจารณาส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาที่บ้านโดยผ่านการดูแลจากสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการ คือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม.ในพื้นที่ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมได้ทางฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลละหานทรายจะจัดยาให้และนำฝากไว้ที่ รพ.สต. ตามพื้นที่รับผิดชอบตามการนัดหมายซึ่งผู้ป่วยจิตเภทสามารถมารับการตรวจสุขภาพเบื้องต้นและรับยาต่อเนื่องได้ที่ รพ.สต. โดยอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของแพทย์ประจำคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลละหานทราย ในขั้นตอนนี้จะมีความสอดคล้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบ้านแท่นจังหวัดชัยภูมิ⁽⁹⁾ ส่วนแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมไม่ได้หรือยังมีอาการของจิตเภทหลงเหลืออยู่และกลุ่มที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยซ้ำยังเป็นนัดมารับการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลละหานทรายทุก 2 เดือนดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการสอนสุขภาพจิตศึกษาประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพและวางแผนบริการการเข้าถึงการรักษาด้วยยาในชุมชนอย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์⁽¹¹⁾ และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลปลาปากจังหวัดนครพนม⁽¹²⁾ ส่วนการติดตามเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวังการขาดยา และเหตุการณ์ก้าวร้าวรุนแรงเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. หากการประเมินผลการรักษามีความก้าวหน้าในทางที่ดีขึ้นแพทย์ประจำคลินิกจะพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต. ตามระบบการดูแลต่อไป รูปแบบการติดตามและเฝ้าระวังในชุมชน เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญเช่นกัน ซึ่งกิจกรรมในขั้นตอนนี้จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มาตามนัด หรือผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลงสอดคล้องกับผลการวิจัยของกมลวรรณ สีเชียงสา และคณะ⁽⁹⁾ ในด้านการควบคุม นิเทศและติดตาม เป็นบทบาทสำคัญของ คปสอ.ละหานทราย โดยมีการจัดทำแผนการติดตาม นิเทศงาน ประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ นำเอาปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านจิตเภทมาดำเนินแก้ไขร่วมกันเป็นภาพรวมของเครือข่ายบริการสุขภาพ และสะท้อนผลการปฏิบัติงานแก่คณะกรรมการ คปสอ.ละหานทราย และสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบหรือแผนปฏิบัติการนำไปสู่การพัฒนาในวงรอบต่อไป เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนในพื้นที่

ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทรายตามแนวทางที่กำหนดไว้จากการดำเนินงานตามรูปแบบอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2559-2562 ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงสหวิชาชีพในโรงพยาบาลละหานทรายเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. รวมทั้งชุมชนมีเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้นและมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นบุคลากรในเครือข่ายสุขภาพอำเภอละหานทรายเกิดภาคภูมิใจมีความสุขใจที่ผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวผู้ป่วยหรือญาติ และคนชุมชนมีความร่วมมือเป็นอย่างดี ซึ่งเห็นได้จากผลการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการทดลองใช้รูปแบบ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมการเจ็บป่วยได้เพิ่มขึ้นจาก 72.0 เป็นร้อยละ 88.0 มีอาการจิตเภทที่ยังควบคุมไม่ได้ลดลงจากร้อยละ 15.4 เหลือร้อยละ 7.2 และถูกวินิจฉัยกลับเป็นจิตเภทซ้ำลดลงจากร้อยละ 12.6 เหลือร้อยละ 4.8 โดยทั้งสามลักษณะนี้มีจำนวนการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) ทั้งนี้การส่งเสริมความร่วมมือและสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลรักษาทำให้เกิดผลดีต่อการรักษา อีกทั้งการได้รับคำแนะนำการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาซึ่งแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่สหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทราย และส่งผลดีต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในส่วนผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด อาการประสาทหลอนการคิดและพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน การมีพฤติกรรมเอะอะโวยวาย อาการด้านลบ เช่น อาการพูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ หน้าตาเฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น เก็บตัวเฉย ๆ ไม่แสดงออก เป็นต้น พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเหล่านี้เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ซึ่งเป็นผลของการได้รับการเอาใจใส่และการยอมรับจากสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทรายทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีกำลังใจและรู้สึกปลอดภัยพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา อีกทั้งยังทำให้อัตราการได้รับการปรับการรักษาด้วยยาการติดตามเฝ้าระวังการขาดยามีภาวะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และการเคยเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน มีจำนวนเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) สอดคล้องกับผลการศึกษาของผลการวิจัยของ อรสา วัฒนศิริ และ เสาวภา ศรีภูสิตโต⁽¹⁴⁾ และผลการวิจัยของ จลี เจริญสรรพ์⁽¹¹⁾ ส่วนการส่งต่อรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าหลังการทดลองมีจำนวนลดลงจากร้อย

ละ 3.1 เป็น 2.0 แต่เปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value =0.15) เนื่องจากจำนวนการส่งต่อก่อนการทดลองใช้รูปแบบจำนวนน้อย ประกอบกับส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยรายเก่า ที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ ด้านระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทรายผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตระดับดีเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 26.05 โดยมีจำนวนเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นมานี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพสามารถควบคุมอาการของโรคหรือลดอัตราการกำเริบซ้ำมีผลการรักษาทางคลินิกที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ อรสา วัฒนศิริ และ เสาวภาศรีภูสิตโต⁽¹⁴⁾ เนื่องจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเกิดจากความร่วมมือร่วมใจของสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทรายและผู้เกี่ยวข้อง มีระบบการทำงานเป็นทีม มีความต่อเนื่อง และสร้างเครือข่ายในการทำงานถึงระดับชุมชน จึงเป็นรูปแบบที่ดีมีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีจิตแพทย์ดูแลด้านนี้โดยเฉพาะ

5. สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทรายที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพด้านโรคจิตเภท 2) หน่วยบริการทุกแห่งดำเนินงานด้านจิตเภทตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) การติดตามผู้ป่วยขาดนัดเน้นที่การเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 4) การดูแลและเฝ้าระวังในชุมชนมีระบบเฝ้าระวังการขาดยา เฝ้าระวังเหตุการณ์ก้าวร้าวรุนแรง ประเมินอาการกำเริบรุนแรง โดยญาติหรือผู้ดูแลและ อสม.ในพื้นที่ และ 5) การควบคุมและนิเทศติดตาม ซึ่งหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมการเจ็บป่วยได้เพิ่มขึ้น มีอาการจิตเภทที่ยังควบคุมไม่ได้ลดลง และถูกวินิจฉัยกลับเป็นจิตเภทซ้ำลดลง มีผลลัพธ์ทางคลินิกเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตระดับดีเพิ่มขึ้น โดยมีจำนวนเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนี้ เหมาะกับการนำไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีจิตแพทย์ และควรส่งเสริมให้มี

การอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและช่วยปรับทัศนคติในเชิงบวกของผู้ดูแลส่งเสริมการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มมากขึ้นเช่นการมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านการเฝ้าระวังอาการกำเริบและการดูแลผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คลินิกจิตเวช สหวิชาชีพโรงพยาบาลละหานทรายทุกท่าน สาธารณสุขอำเภอละหานทราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และตัวแทน อสม.ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้อย่างยิ่ง และขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ตลอดจนให้ความร่วมมือด้วยดีตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย

7. เอกสารอ้างอิง

1.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association 2013.

2.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 2. มันทนา กิตติพิรัชล, ปัทมาศิริเวช, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, วีร์ เมฆวิสัย, บรรณาธิการ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

3.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

4.พิมพ์ลัญช์ อายุวัฒน์, ภาสินี โทอินทร์, ปราณต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี. F 20 : โรคจิตเภท (Schizophrenia) กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนก[online]. แหล่งข้อมูล:

http://administer.pi.ac.th/uploads/eresearcher/upload_doc/2018/academic/1531378592828010009140.pdf. [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2560]

5.การตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรีรินทร์. เอกสารการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ 2 ปี 2560. นครราชสีมา: เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรีรินทร์

[online].แหล่งข้อมูล://odpc9.ddc.moph.go.th/Region9/region9.htm. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2562]

6.โรงพยาบาลละหานทราย. สรุปผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการให้บริการ โรงพยาบาลละหานทราย ปีงบประมาณ 2560. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลละหานทราย; 2560.

7.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ(ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). พิมพ์ครั้งที่ 2 . เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโศรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ, วีร์ เมฆวิไลย์, บรรณาธิการ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

8.สุนทรภรณ์ ทองไสย. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการพยาบาล 2558;42(3):159-67.

9.กมลวรรณ สีเชียงสา, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, สายทิพย์ สุทธิรักษา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วารสารเภสัชกรรมไทย 2562;11(2):457-67.

10. เปรมฤดี คำรักษ์, อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารสมาคมนักวิจัย 2557;19(2):92-103.

11.จลี เจริญสรรพ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2558;29(3):85-98.

12. วรรทยา ราชบัญญัติษฐ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556;31(3):48-56.

13. อภิชาติ อภิวัฒนพร. การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในจังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2556;21(2):131-7.

14. อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร วารสารกองการพยาบาล 2556;40(1):67-83.

15. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.

16. สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.

17. สุกัญญา ละอองศรี, บั๊วรุณ ศรีชัยกุล, นพดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2560;23(2):68-79.

18. ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์, ขนิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36(2):68-76.

ตารางที่ 1 ปัญหาและความต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทราย

ปัญหาที่พบ	ความต้องการในการพัฒนา
1.แนวทางการดูแลรักษา - ขาดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ชัดเจน การปฏิบัติงานจริงมีเพียงประเมินผลการรักษาผู้ป่วยด้วยอาการที่มีอยู่ดีขึ้นหรือลดลง	- เครือข่ายบริการสุขภาพต้องกำหนดรูปแบบหรือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ชัดเจนทั้งในสถานบริการและชุมชน - ชี้แจงแนวปฏิบัติหรือรูปแบบการดูแลให้ผู้เกี่ยวข้องในเครือข่ายบริการสุขภาพทราบและถือปฏิบัติ
2.การติดตามผู้ป่วย - ยังไม่มีระบบการติดตามผู้ป่วย หากมีผู้ป่วยขาดนัดจะประสานการติดตามผ่าน รพ.สต. ที่อยู่ในพื้นที่	- เพิ่มช่องทางการติดต่อประสานงานการมีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและออกเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอย่างต่อเนื่อง - ส่งเสริมกิจกรรมที่ทำให้เกิดการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน
3.การดูแลและเฝ้าระวัง - เป็นบริการตั้งรับในโรงพยาบาล หากมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้นในพื้นที่ซึ่งยังไม่มีระบบเฝ้าระวังที่ชัดเจนในภาพรวมของเครือข่ายบริการสุขภาพ	- พัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคจิตเภทในชุมชน โดยความร่วมมือของญาติ ผู้ดูแล ภาครัฐ เครือข่ายและสหวิชาชีพในเครือข่ายสุขภาพ - ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและเฝ้าระวัง
4.ด้านบุคลากร - บุคลากรที่ทำหน้าที่ในการดูแลไม่เพียงพอภาระงานมากขาดการติดตามนิเทศงานด้านจิตเวชและขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน - บุคลากรใน รพ.สต.ขาดทักษะในการให้บริการไม่มั่นใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการดูแลรักษา - มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและกังวลเรื่องอันตรายจากการถูกผู้ป่วยโรคจิตเภททำร้ายร่างกาย	- อบรมให้ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภทการดูแลผู้ป่วยแก่สหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - จัดทำสื่อเอกสารความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนหน่วยบริการและภาคีเครือข่าย - มีแผนปฏิบัติการด้านการนิเทศงาน ควบคุมกำกับ

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านคลินิกก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทราย

การประเมิน	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		McNemar's χ^2 test	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การประเมินผู้ป่วยด้วย DSM-5					51.09	<0.001*
สามารถควบคุมการเจ็บป่วยได้	257	72.0	314	88.0		
มีอาการของจิตเภท ยังควบคุมไม่ได้	55	15.4	26	7.2		
เข้าเกณฑ์วินิจฉัยกลับเป็นจิตเภทซ้ำ	45	12.6	17	4.8		
อาการหลงผิด					4.55	0.033
ไม่มี	331	92.7	341	95.5		
มี	26	7.3	16	4.5		
อาการประสาทหลอน					25.97	<0.001
ไม่มี	295	82.6	326	91.3		
มี	62	17.4	31	8.7		
พูดไม่ได้ความมีปัญหาด้านการสื่อสาร					24.14	<0.001
ไม่มี	325	91.0	351	98.3		
มี	32	9.0	6	1.7		
พฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่นเอะอะโวยวาย					7.14	0.007
ไม่มี	309	86.6	327	91.6		
มี	48	13.4	30	8.4		
อาการด้านลบ เช่น พูดน้อยเฉื่อยชา เก็บตัว					9.31	0.0023
ไม่มี	342	95.8	353	98.9		
มี	15	4.2	4	1.1		
การปรับการรักษาด้วยยา					29.45	<0.001
ไม่มี	300	84.0	336	94.1		
มี	57	16.0	21	5.9		
ผู้ป่วยได้รับการติดตามเฝ้าระวังการขาดยา					54.26	<0.001
ไม่มี	262	73.4	320	89.6		
มี	95	26.6	37	10.4		
ผู้ป่วยมีภาวะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง					13.37	<0.001

การประเมิน	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		McNemar's χ^2 test	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่มี	317	88.8	336	94.1	16.67	<0.001
มี	40	11.2	21	5.9		
การเคยเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน					2.00	0.15
ไม่เป็น	326	91.3	346	96.9		
เป็น	31	8.7	11	3.1		
การส่งต่อรักษาในโรงพยาบาลที่สูงกว่า						
ไม่ได้ส่งต่อ	346	96.9	350	98.0		
ส่งต่อ	11	3.1	7	2.0		

* Extend McNemar's chi-square test

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละหานทราย

การประเมิน	ก่อนเข้าโครงการ		หลังเข้าโครงการ		Extend McNemar's χ^2 test	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับคุณภาพชีวิต						
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	27	7.56	7	1.96	36.03	<0.001
คุณภาพชีวิตปานกลาง	283	79.27	257	71.99		
คุณภาพชีวิตดี	47	13.17	93	26.05		