



การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

วรัทยา ราชบัญญัติษฐ์ พบ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย บุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลปลาปากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 คน ผู้ป่วยจิตเวชที่ควบคุมอาการได้ดีและญาติ ทั้งหมด 130 คน ดำเนินการ ตั้งแต่ ตุลาคม 2555 ถึง พฤษภาคม 2556 โดยเปิดโอกาสให้ทีมสหวิชาชีพได้มีส่วนร่วมทบทวนและแสดงความคิดเห็นในการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตามกรอบแนวคิด Chronic Care Model มีขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม และประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Assessment of Chronic Illness Care; ACIC Version 3.5 ฉบับภาษาไทย 2) การวางแผนก่อนการวิจัย โดยเตรียมความพร้อมของทีมดูแลผู้ป่วย การเตรียมเครื่องมือในการวิจัย การเตรียมผู้ป่วยและญาติ 3) การปฏิบัติการวิจัย ได้แก่ การออกแบบระบบบริการโดยจัดตั้งคลินิกจิตเวช มีทีมผู้ดูแลเฉพาะ อบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่การทำ CPG และมีการตรวจรักษาตามแนวทางมาตรฐาน การวางระบบยาโดยเภสัชกร วางแนวทางการส่งต่อในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย และสร้างเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องในชุมชน 4) การติดตามและประเมินผล โดยทีมที่เกี่ยวข้องร่วมประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังดำเนินการ 3 เดือน และ 6 เดือน ใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ACIC) การประเมินความรู้ของบุคลากร โดยใช้สถิติ Pair T- test ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ หลังดำเนินการ 6 เดือน และติดตามตัวชี้วัดคุณภาพการรักษา ได้แก่ อัตราการขาดนัด อัตราการกำเริบของโรค และจำนวนผู้ป่วยที่ถูกกล่าวถึง

ผลการศึกษา พบว่า 1) มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดีขึ้น โดยผลประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลังดำเนินการ 6 เดือนมีระดับคะแนนที่ดีขึ้นจาก 1.40 เป็น 9.01 (เต็ม 11) คิดเป็นร้อยละ 81.9 หมายถึง มีการสนับสนุนดีต่อการดูแลโรคเรื้อรัง 2) ผลการประเมินระดับความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการเข้าอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 3) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกจิตเวช พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 4) ผลด้านคุณภาพการรักษาผู้ป่วยดีขึ้น พบว่า อัตราการขาดนัด คิดเป็นร้อยละ 8.5 อัตราการกำเริบของโรค คิดเป็นร้อยละ 0.8 และไม่มีผู้ป่วยถูกกล่าวถึงในพื้นที่ ข้อเสนอแนะ คือ จากการศึกษาจำเป็นต้องมีการกำกับติดตามการดำเนินการและมีการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวช

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิต ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขปัญหาหนึ่ง ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2552-2554 พบว่า จำนวนผู้ป่วยสุขภาพจิตมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี คือ ในปี พ.ศ.2552 จำนวน 1,440,546 คน ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 1,494,585 คน ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 1,674,388 คน¹ และเมื่อพิจารณาในแง่ของการเป็นภาระโรค จากการจัดอันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (DALYs) ปี พ.ศ. 2547 พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะในลำดับต้น ๆ^{2,3} ซึ่งในปัจจุบันระบบสาธารณสุขของประเทศไทยยังไม่ให้ความสำคัญต่อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเท่าที่ควรทำให้ประชากรที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจำนวนมากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและก่อให้เกิดการสูญเสียความสามารถที่ควรจะมีในภาวะปกติ⁴ สำหรับในอำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม พบว่า สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของประชากรในพื้นที่ มีแนวโน้มที่เป็นปัญหาเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูล การบริการด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2555 พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวช ทั้งหมด 130 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มโรคต่าง ๆ ที่พบมากที่สุด ได้แก่ Schizophrenia และ Acute psychosis 90 ราย โรควิตกกังวล 23 ราย โรคซึมเศร้า 11 ราย และโรคลมชัก 6 ราย และในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาพบว่ามีการขาดยาร้อยละ 20.6 การกำเริบของโรค ร้อยละ 8.24 และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชถูกล่ามขังในพื้นที่ 1 ราย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตยังไม่มีคุณภาพเพียงพอ และ เมื่อพิจารณาในแง่ของการเป็นภาระโรคแล้ว ถือว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ซึ่งต้องได้รับการแก้ไข⁵

ผู้วิจัย ในฐานะแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้ทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า ระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชยังไม่มีคุณภาพ ขาดผู้ที่รับผิดชอบงานที่ชัดเจน

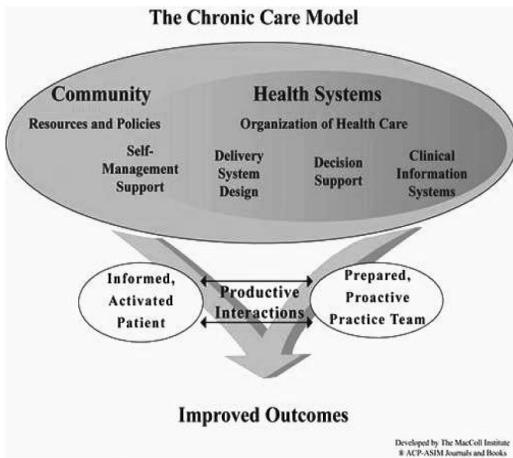
ไม่มีคลินิกเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ป่วยต้องมารับการตรวจและรักษาปะปนกับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ แนวทางในการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชไม่ชัดเจน และ ขาดการดูแลต่อเนื่อง ในชุมชนอย่างเป็นระบบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม” ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และมีคุณภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

เนื่องจากโรคทางจิตเวช ถือเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง ซึ่งต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องและครอบคลุมจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย โดยอ้างอิงตามกรอบแนวคิดของ Chronic Care Model^{6,7} ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Mac Coll Institute for Healthcare Innovation นำโดย Edward H Wagner เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับมาตรการ และสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โดยสรุป Chronic Care Model มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ซึ่งต้องมีการบูรณาการร่วมกัน และประเมินระบบให้ครอบคลุมในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดการดูแลโรคเรื้อรังจะมีประสิทธิภาพ (Health Systems organization) 2) การประสานงานระหว่างระบบบริการสุขภาพกับทรัพยากรในชุมชน (Community resource linkages) 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support) 4) การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design) 5) ระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ (Decision support) 6) ระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Clinical information system)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด Chronic Care Model

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มาเป็นกระบวนการ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2555 ถึง พฤษภาคม 2556

ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลปลาปากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างๆ 12 คน ผู้ป่วยจิตเวชที่ควบคุมโรคได้ดีและญาติ ทั้งหมด 130 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Assessment of Chronic Illness Care; ACIC Version 3.5 ฉบับภาษาไทย)⁶ 2) แบบประเมินความรู้ของบุคลากร 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อระบบบริการ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ 1) ประเด็นคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม 2) แผนการให้ความรู้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยและญาติ 3) เอกสารประกอบการอบรมบุคลากร 4) แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช^{9,10}

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ ดังนี้ 1) ทบทวนสภาพปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ และทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชปัจจุบันร่วมกับทีมผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลปลาปากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ภาพตำบลทั้ง 8 แห่ง โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และได้นำข้อเสนอแนะ มาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป 2) ประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Assessment of Chronic Illness Care; ACIC Version 3.5 ฉบับภาษาไทย) ประเมินตามกรอบแนวคิด Chronic Care Model ทั้ง 6 องค์ประกอบ โดยให้ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากโรงพยาบาลปลาปากและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างๆ ร่วมกันประเมิน

2. การวางแผนก่อนการวิจัย (Planning)

โดย 1) การเตรียมความพร้อมของทีมดูแลผู้ป่วย ได้แก่ กำหนดรูปแบบการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน ตามกรอบ Chronic Care Model เตรียมทีมผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชในรูปของสหวิชาชีพ โดยให้พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ทำหน้าที่เป็น Case Manager การเตรียมความรู้ของทีมผู้ดูแล 2) การเตรียมเครื่องมือในการศึกษาวิจัย 3) การเตรียมผู้ป่วย โดยการชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาในคลินิกเฉพาะโรค

3. การปฏิบัติการวิจัย (Action Research)

ดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ปรับปรุงระบบตามกรอบของ Chronic Care Model ทั้ง 6 องค์ประกอบ คือ

3.1 เพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการดูแลโรคทางจิตเวช (Health Systems organization)

โดยกำหนดเป้าหมายและแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น ได้แก่ งบประมาณ ผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน ส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.2 การประสานงานร่วมกับชุมชน (Community resource linkages)

โดยให้ตัวแทนจาก รพ.สต.เข้ามามีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์สถานการณ์ แลกเปลี่ยน และกำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบร่วมกัน สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวช



ในชุมชน คือ เจ้าหน้าที่ รพสต. และ อสม. โดยการวางระบบ และจัดประชุมชี้แจงแนวทางในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

3.3 การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support) โดยกระบวนการให้ความรู้แบบกลุ่มในผู้ป่วยและญาติ ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีความคุมอาการได้ดี และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย โดยสอดแทรกกิจกรรมขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการในคลินิกโรคจิตเวช

3.4 การออกแบบระบบบริการ^{11,12} ได้แก่

1) ด้านบุคลากร มีพยาบาลเฉพาะทางทางพยาบาลจิตเวช ทำหน้าที่เป็น Case Manager มีแพทย์ที่ได้รับอนุมัติบัตรเชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตชุมชน เป็นผู้ทำหน้าที่ตรวจรักษา ให้การดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ 2) ด้านสถานที่บริการ จัดตั้งคลินิกจิตเวชแยกเฉพาะ ใช้สถานที่แยกจาก OPD ทั่วไป กำหนดวันให้บริการ คือ วันอังคาร สัปดาห์ที่ 3 ของทุกเดือน เวลา 8.00-12.00 น. ปรับปรุงห้องให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต 3) ด้านระบบบริการ มีการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามแนวทางมาตรฐาน การดูแลทางสังคมและจิตใจ โดยมีระบบการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลจิตเวช 4) ระบบยา มีเภสัชกรร่วมในทีมผู้ดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา มีระบบควบคุมความคลาดเคลื่อนทางยา ติดตามการใช้ยาต่อเนื่องของผู้ป่วย มีระบบการบันทึกประวัติการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยเฉพาะราย มีการติดตามประเมิน ADR และอาการสำคัญที่บ่งบอกถึงอันตรายจากการใช้ยากลุ่มเสี่ยง (High alert drug) 5) ด้านระบบการส่งต่อ มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนระหว่าง รพสต. รพ.ปลาปาก รพ.จิตเวชนครพนม และส่งต่อข้อมูล เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 6) ด้านการดูแลต่อเนื่อง มีการจัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหา และสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพสต. และ อสม.

3.5 การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) โดยการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ในโรคจิตเวชที่สำคัญ พัฒนาความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยจัดอบรม และมีระบบการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ รพ.จิตเวชนครพนม

3.6 ระบุฐานข้อมูลและเวชระเบียน (Clinical information system) ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยในพื้นที่ มีการบันทึกข้อมูลและประมวลผลในโปรแกรม Hos.XP จัดทำทะเบียนนัดผู้ป่วย เพื่อให้สะดวกในการติดตามผู้ป่วยในกรณีขาดนัด จัดทำทะเบียนผู้ป่วย แยกข้อมูลเป็นรายตำบล เพื่อสะดวกในการดูแลต่อเนื่อง และการประสานความร่วมมือกับชุมชนในการดูแล สรุปการดำเนินกิจกรรมในการวิจัยนี้ ได้ดังภาพที่ 2

4. การติดตามและประเมินผล ประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนระบบ และร่วมกันประเมินประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังดำเนินการ 3 เดือน และ 6 เดือน ประเมินโดยใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ACIC) ก่อนและหลังการดำเนินโครงการ 6 เดือน ประเมินความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบบริการ ประเมินหลังดำเนินการ 6 เดือน และมีการติดตามตัวชี้วัดด้านคุณภาพการรักษา คือ ร้อยละของการขาดนัดร้อยละของการกำเริบของโรค และจำนวนผู้ป่วยถูกกล่าวหา

การวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละวิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนความรู้ของบุคลากรก่อน และ หลังการอบรม โดยใช้สถิติ Pair t- test ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ปัญหา โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) บุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 12คนแบ่งเป็นเพศชาย 2 คน เพศหญิง 10 คน แบ่งเป็นเจ้าหน้าที่ใน ร.พ. 4 คน และเจ้าหน้าที่ใน รพสต. 8 คน จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ประเด็นสำคัญจากการสนทนากลุ่มครั้งนี้ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน ทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยแบบเดิม และร่วมเสนอ



แนะแนวทางในการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้น

2. การประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ACIC) ก่อนและหลังดำเนินการ 6 เดือน พบว่า ร้อยละของคะแนนรวมทั้งหมด ก่อน และ หลังดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 12.72 และ 81.88 ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยของผลการประเมินในแต่ละองค์ประกอบ จากคะแนนเต็ม 11 ก่อนดำเนินการคิดเป็น 1.40 หมายถึง มีการสนับสนุนน้อยหรือจำกัดต่อการดูแลโรคเรื้อรัง ส่วนหลังดำเนินการ คิดเป็น 9.01 ซึ่งหมายถึง มีการสนับสนุนดีมากต่อการดูแลโรคเรื้อรัง

3. การประเมินความรู้ของบุคลากร การเปรียบเทียบระดับความรู้ของบุคลากรที่เข้าร่วมอบรม ก่อนและหลังการอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม คิดเป็น 10.17 ส่วนคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรม คิดเป็น 14.67 (เต็ม 20 คะแนน) และพบว่า ค่าความแตกต่างของระดับความรู้ของบุคลากร ก่อนและหลังการเข้าอบรมในโครงการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.01$

4. การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในคลินิกจิตเวช รพ.ปลาปาก สรุปผลการได้ ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน พบว่า ผู้ตอบแบบประเมิน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.30 และ 46.70 ตามลำดับ ส่วนมากอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมาอายุช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.7 ส่วนมากมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 16.67 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 6.7 ผู้ตอบแบบประเมินทั้งหมดมีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 100 และส่วนมากมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาคือมีรายได้ 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 13.3

2) ความพึงพอใจต่อระบบบริการในคลินิกจิตเวช รพ.ปลาปาก หลังดำเนินการ พบว่า ความพึงพอใจในด้านสถานที่ให้บริการโดยภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27

ความพึงพอใจด้านบุคลากรที่ให้บริการคลินิกจิตเวชอยู่ในระดับพึงพอใจมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.47 และ ความพึงพอใจต่อระบบบริการในคลินิกจิตเวชอยู่ในระดับพึงพอใจมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 สรุปโดยภาพรวมจากผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลปลาปาก มีความพึงพอใจต่อระบบบริการในด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับพึงพอใจมาก

5. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย มีการติดตามตัวชี้วัดด้านคุณภาพการรักษา พบว่าร้อยละของการขาดนัด ก่อนและหลังดำเนินการคิดเป็นร้อยละ 20.6 และ 8.46 ตามลำดับ ร้อยละของการกำเริบของโรค ก่อนและหลังดำเนินการคิดเป็น ร้อยละ 8.24 และ 0.77 ตามลำดับ และหลังดำเนินการไม่มีผู้ป่วยถูกล่ามขังในพื้นที่

การอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม สามารถสำเร็จจุล่งตามวัตถุประสงค์กำหนดไว้ได้โดยอาศัยปัจจัยแห่งความสำเร็จหลายประการ ได้แก่

1. การดำเนินงานอาศัยการร่วมมือของทีมผู้ดูแลผู้ป่วยที่ตระหนักในความสำคัญของการพัฒนาระบบงานประจำให้ดีขึ้น โดยการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงระบบงาน โดยผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) นอกจากนี้การสร้างความร่วมมือจากฝ่ายต่างๆ โดยการใช้เทคนิคอื่น ๆ เช่น การประชุมแบบ A-I-C และ Mind Mapping จะช่วยสร้างการมีส่วนร่วมและพลังชุมชนได้ ดังเช่นการศึกษาการวิจัยของอุไรวรรณ เฟิงหนู ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่อง กระบวนการมีส่วนร่วมของพลังชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต รวมถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดี จะต้องเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีการทำงานร่วมกันจากสหวิชาชีพ¹³

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำเป็นจะต้องได้รับการร่วมมือจากหลายๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง นอกจากบุคลากรสาธารณสุข จะต้องได้รับการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการร่วม



ดูแล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น การเปิดโอกาสให้ชุมชนรับรู้สถานการณ์ปัญหาสุขภาพตลอดจนการคิดค้นวิธีการแก้ปัญหาาร่วมกัน เมื่อได้รับความร่วมมือจะทำให้เกิดพลังชุมชน¹⁴

3. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งถือเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้มีการวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และครอบคลุมในทุกองค์ประกอบ ตามกรอบแนวคิด Chronic Care Model และมีการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุกองค์ประกอบ โดยใช้ แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

1. จากการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นการดำเนินการในระยะเวลาดำเนินการระหว่าง ตุลาคม พ.ศ.2555 ถึง พฤษภาคม พ.ศ.2556 เพื่อให้ผลการศึกษาวินิจฉัยเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง และมีความยั่งยืน ควรจะต้องมีการดำเนินการตามระบบที่วางไว้อย่างต่อเนื่องต่อไป และจะต้องมีการติดตามและประเมินระบบอย่างสม่ำเสมอทุก 3 - 6 เดือน โดยทีมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และมีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

2. ควรจะต้องมีการติดตามผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เช่น ร้อยละของการขาดนัด, ร้อยละของการกำเริบของโรค และจำนวนผู้ป่วยถูกล่ามโซ่อย่างต่อเนื่องต่อไป

3. จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่องในชุมชน พบว่า มีเพียงการประสานงานกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีเครือข่ายคืออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ซึ่งในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้ครอบคลุมแบบองค์รวม ควรจะต้องมีความร่วมมือ และการเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายอื่นมากขึ้น เช่น ผู้นำชุมชน และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

4. ควรมีการทำการศึกษาวินิจฉัยต่อยอดจากการวิจัยนี้ เพื่อเน้นในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่อง

ในชุมชน สร้างความร่วมมือและมีการเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายอื่น ๆ มากขึ้น

5. ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยเพิ่มมากขึ้น โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

กิตติกรรมประกาศ

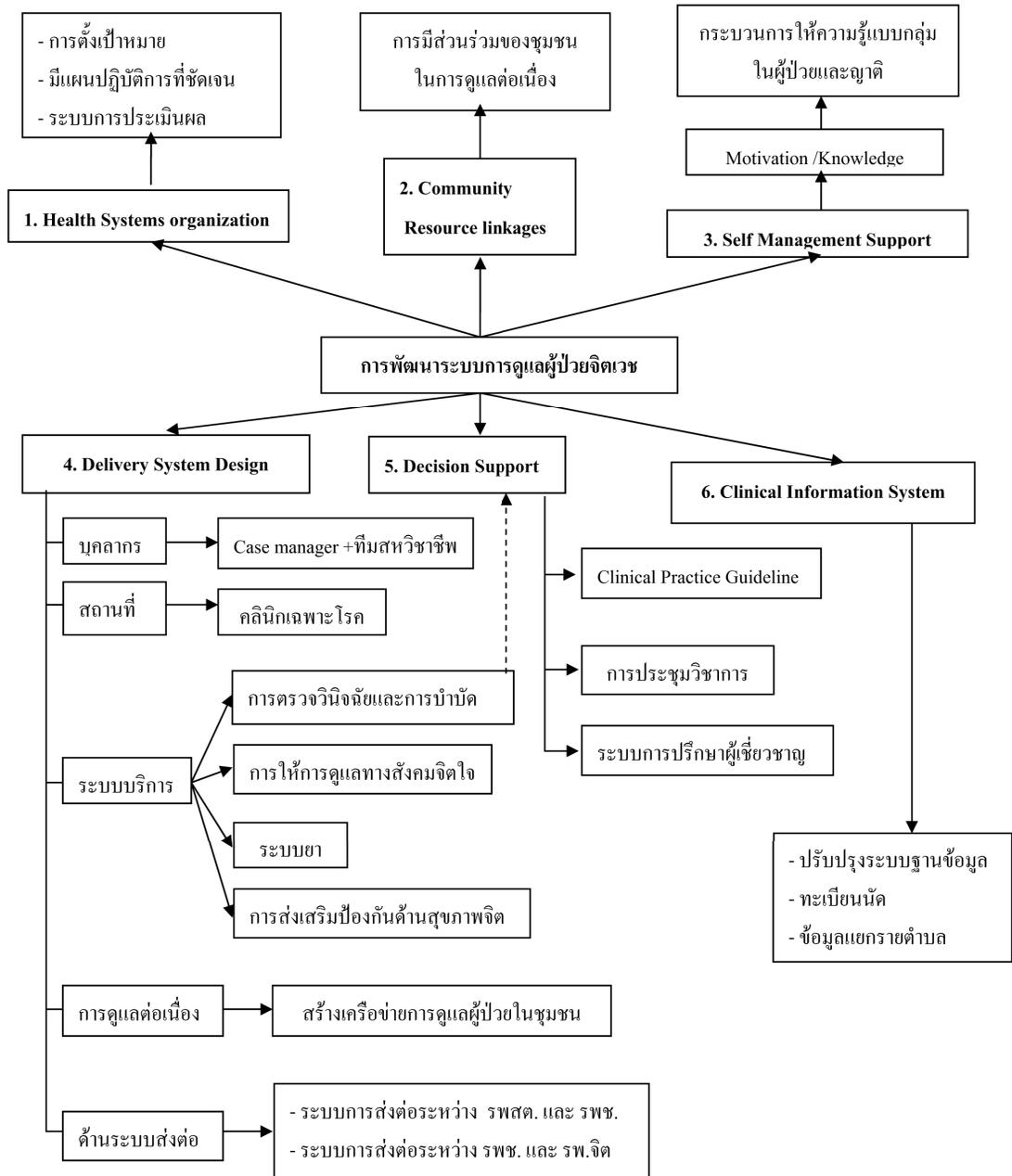
ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว เป็นอย่างสูง ที่ได้กรุณาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน รวมถึงผู้ป่วยและญาติ ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวินิจฉัยเป็นอย่างดี

References

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Prevalence rate of Psychiatric patients. 2009-2011. Available from: www.plan.dmh.go.th/FormRptDmh/dl.asp?id=137
2. Prat B, Apichai M, Watchanee H, Suwadee S, Vipada K. The Development of a Model for Prevention of Mental Problems in the Community: Department of Mental Health ,Ministry of Public Health 2003: 7-15.
3. Apichai M, Yongyuth V, Tawee T, Priwan R, Watchanee H, Worawan C. The Development and Testing of Thai Mental Health Indicator Version 2007: Department of Mental Health, Ministry of Public Health 2007; 13-19.
4. United Nation Development Program. Thailand human development report 2003. Bangkok: UNDP; 2003.
5. Anderson G, Horvath J. The Growing Burden of Chronic Disease in America, Public Health Reports May-June2004. [cited 2007 February 6]. Available from: http://www.Publichealthreports.org/userfiles/119_3/119263.pdf
6. CIC, Mac Coll Institute for Health care Innovation. Chronic Care Model. Innovation.



- Available from: [http://www.improvingchroniccare.org /index.php](http://www.improvingchroniccare.org/index.php)
7. Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care : translating evidence into action. *Health Aff* 2001; 20(6): 64-78
 8. Patama G. Chronic Care Model:improving primary care for patient with chronic illness. April. 2008. Available from: [http // doctor. or.th/ clinic/detail7032](http://doctor.or.th/clinic/detail7032)
 9. Sadock B, Sadock V: Synopsis of Psychiatry. 10thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2007; 36-61.
 10. Manoch L, Pramote S, Psychology of Ramathibodi. 8th ed. Bangkok 2006; 162-191.
 11. Suwat M. Development of Mental Health Service System Guideline: Saunprung Hospital, Department of Mental Health , Ministry of Public Health ; 2010.
 12. National Standards for Mental Health Service, endorsed by AHMAC National Mental Health Working Group; 1960
 13. American Psychiatric Association. Psychiatric glossary. 5th ed. Washington: American Psychiatric Press ; 1980.
 14. Bennett D, Community Mental Health in Britain. *Am J Psychiatry* 1973; 130: 1065-70.



ภาพที่ 2 สรุปการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รพ.ปลาปาก



Developing of Taking Care System for Psychiatric Patients: Pla Plak Hospital, Nakhon Phanom Province

Warattaya Rachbandit M.D.*

Abstract

This study is an Action research with the purpose to develop the taking care system for psychiatric patients in Pla Pak district, Nakhon Phanom province. The target groups were all personnel who involved in taking care of psychiatric patients in Pla Pak hospital, 12 personnel in Pla Plak Regional Health Promoting Center and 130 psychiatric patients who came to be cured at Pla Plak hospital, Pla Plak district, Nakhon Phanom province in 2012 since October, 2012–May, 2013, performed by giving opportunity for Vocational Union involving psychiatric patients care to participate, to review the system and to share ideas in developing care system for psychiatric patients by Focus group process and bring the Vocational Union's advice to improve care system for psychiatric patients. The process of developing care system for psychiatric patients followed Chronic Care Model covering 6 elements. There were procedures evaluated by caregivers team after the processes for 3 months and 6 months (using Assessment of Chronic Illness Care: ACIC Version 3.5 in Thai language), evaluated patients and relatives' satisfaction towards the psychiatric patients service system after the 6 months process and evaluated knowledge of involving psychiatric patients caregivers personnel by using Pair T-test.

The results of the research were found that assessment of chronic illness care (ACIC) after 6 months procedure had better score with the GPA 9.01 (full score is 11), accounted for 81.88 percent, which means there was a very good support for chronic illness care, threat assessment satisfaction of psychiatric clinic service; users found that the overall level was at the high satisfaction with the GPA. 4.40, and knowledge assessment of involving psychiatric patients caregivers personnel before and after the project training found the significant statistical differences at 0.01. According to the study, it needs to monitor and evaluate the implementation of the taking care system for psychiatric patients system continuously and sustainable.

Keywords: Taking care system for psychiatric patients, Psychiatric patients

* *Medical Physician Senior Professional Level, Pla Plak hospital Director, Pla Plak district, Nakhon Phanom province*