



การพัฒนาคูณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล สู่วิถีชีวิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ไพบุลย์ ตลเฉลิมยุทธนา ป.พ.ย.*

ประนอม วรรณกุล กศ.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มุ่งพัฒนาคูณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชีวิตชุมชน โดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการความสะดวกในการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กับภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองและอำเภอดอนจาน 30 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย 52 คน และผู้ป่วยจิตเภท 16 คน รวม 98 คน ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2556 โดยดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจากการประเมินระดับคูณภาพชีวิต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยเปิดเวทีเสวนาและสะท้อนประสบการณ์ พร้อมเปรียบเทียบตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข 2) วางแผนการพัฒนาคูณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยนำผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น 3) การปฏิบัติร่วมกันของหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ทตติยภูมิ ปฐมภูมิ และภาคประชาชน 4) การประเมินผลทุกเดือนโดยการประชุมสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติมุ่งสู่ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน และมีคูณภาพชีวิตดีขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคูณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการพัฒนาคูณภาพชีวิตผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชีวิตชุมชน โดยพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวและ อสม. ให้สามารถสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย การออกแบบระบบการรับยาที่เอื้อให้ชุมชนเข้าถึงง่ายและชุมชนร่วมกำกับการใช้ยาของผู้ป่วย พัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิกเชื่อมโยงจากตติยภูมิถึงชุมชน เอื้อให้เกิดการตัดสินใจร่วมระหว่างชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขอย่างทันทั่วทั้งที่ รวมทั้งมีการระดมทุนทางสังคมในชุมชนมาพัฒนาคูณภาพชีวิตผู้ป่วย ได้แก่ การรักษาแบบพื้นบ้าน การขอรับสวัสดิการจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ผลกระทบด้านสุขภาพเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน 1 ปี มีผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน 3 คน (ร้อยละ 18.7) เนื่องจากยังมีกลุ่มเพื่อนใช้สารเสพติด ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุราได้ และกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ยังมีคูณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากปัญหางานและต้องพึ่งรายได้จากครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคูณภาพชีวิตปานกลาง 10 คน (ร้อยละ 62.6) ระดับดี 3 คน (ร้อยละ 18.7) โดยภาพรวมผู้ป่วยมีคูณภาพชีวิตระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นรูปแบบในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลทั่วไปต่อเนื่องถึงชุมชน อย่างไรก็ตามเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ต้องพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองในการป้องกันสารเสพติด ให้โอกาสในการประกอบอาชีพอย่างปลอดภัย มีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: คูณภาพชีวิต การดูแลต่อเนื่อง วิถีชีวิต การมีส่วนร่วม ผู้ป่วยจิตเภท

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

** พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังมีความรุนแรงที่สุด นับวันมีจำนวนมากขึ้น ทั่วโลกพบว่าอุบัติการณ์ของโรคอยู่ระหว่าง 0.1- 0.4 ต่อประชากร 1,000 ราย¹ ความชุกมีประมาณร้อยละ 0.5 - 0.1 ของประชากรทั่วไป² ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชจำนวนมากคือ 1,314,451 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 402,488 คน คิดเป็นร้อยละ 30.59 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด¹ เนื่องจากความแปรปรวนในการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมอง ทำให้มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ส่วนใหญ่เป็นแล้วไม่หายขาด มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ และมีความเสื่อมในทักษะความสามารถการดูแลตนเองเกือบทุกด้าน³ มีความบกพร่องต่อความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน⁴ ด้านจิตใจผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวายตนเองด้อยสมรรถภาพจึงไม่สามารถเข้ากับสังคมได้ เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ซึมเศร้า ในชีวิต ไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง⁵ ด้านสังคมทำให้ขาดทักษะในการเข้าสังคม มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคมขาดสัมพันธ์ภาพกับคนอื่น จึงรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่ง⁶ ด้านจิตวิญญาณ ทำให้รู้สึกสูญเสียสุขอนามัยที่ดี บทบาทหน้าที่ ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองและสัมพันธ์ภาพในสังคม ทำให้ท้อแท้สิ้นหวัง⁷ อีกทั้งการถูกตีตรา (Stigma) หรือการกีดกัน (Discrimination) ยังมีมากทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสร้างเพื่อนใหม่ ไม่มีใครจ้างงาน ส่งผลให้มีรายได้น้อย หรือไม่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเป็นที่สุด⁸ และยังพบว่าการได้รับยาติดต่อกันนาน อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้⁹

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีผู้ป่วยโรคจิตมานานการรักษาจำนวนมากขึ้น ในปี 2553-2555 พบว่า มีจำนวน 356; 362 และ 453 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 125; 109 และ 133 ราย (ร้อยละ 35.1; 30.1 และ 29.4 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด) ปัญหาดังกล่าวพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วยได้รับยาผิดและยารับประทานไม่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงมากขึ้น ทำร้ายร่างกายผู้อื่นและทำลายสิ่งของทำให้ครอบครัว

และชุมชนหวาดกลัวมาก และจากการประเมินผลความรู้ของญาติ/ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 86.4; 88.4 และ 88.7 ตามลำดับ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในโรงพยาบาลและชุมชน และกระบวนการที่ใช้ตรวจสอบติดตามระบบขาดความเชื่อมโยง รวมทั้งการเข้าถึงบริการไม่สะดวกและไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วย ดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดของ Chronic Care Model ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Mac Coll Institute for Health Care Innovation¹⁰ นำโดย Edward H Wagner¹¹ เพื่อสร้างมาตรการและต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบบริการ การตัดสินใจ และระบบสารสนเทศทางคลินิก 2) ชุมชน 3) นโยบายและทรัพยากรโดยใช้ทุนทางสังคมในชุมชน 4) การทำงานเป็นทีมโดยประสานความร่วมมือสร้างเครือข่ายจากเครือข่ายของภาคประชาชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการสุขภาพ และยังพบว่า แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นการดูแลรักษาเชิงรับไปสู่ระบบเชิงรุกและเน้นให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี¹² และช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ครบในทุกมิติ เนื่องจากมีความครอบคลุมและมีความต่อเนื่องตั้งแต่หน่วยบริการสุขภาพเชื่อมโยงการดูแลไปยังชุมชน มีการสร้างเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมผู้ป่วย โดยหน่วยบริการสุขภาพทำหน้าที่คอยกระตุ้น ประสานงาน และให้คำแนะนำกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการทำงานเชิงรุกและผลักดันให้เกิดนโยบายในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย¹³

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชีวิตชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วย



จิตเภทสามารถดูแลตนเอง ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามอัตภาพไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภทได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อติดตามผลการประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน ได้แก่ การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)¹⁴ ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2556

ผู้ร่วมวิจัย จำนวน 98 คน ประกอบด้วย

- 1) บุคลากรที่เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองและอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ 30 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 10 คน ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 คน คณะกรรมการประสานงานเครือข่ายจำนวน 10 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วย 52 คน ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ 12 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 คน ญาติผู้ป่วย 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน 10 คน โดยมีคุณสมบัติ คือ สติสัมปชัญญะดี การรับรู้ดี สามารถสื่อสารเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย และ 3) ผู้ป่วยจิตเภท 16 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 3.1) ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักการจำแนกโรคของ ICD10 (International Classification of Disease and Related health Problem tenth edition) 3.2) ระยะเวลาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 3.3) สามารถสื่อสารเข้าใจ และ 3.4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางสัมภาษณ์เจาะลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)¹⁵

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ โดยทบทวนสภาพปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่และระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันโดยการสนทนากลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำนันผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สัมภาษณ์เจาะลึก ทีมผู้บริหาร ผู้ป่วยและญาติในประเด็นนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ระบบบริการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาล และในชุมชน การสร้างความเข้มแข็งในชุมชน และสรุปประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลและชุมชน ได้ทำการในเดือนมกราคม-เมษายน 2556

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนในการพัฒนา จัดการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลและร่วมวางแผนในการพัฒนา กำหนดแนวทาง ระยะเวลาดำเนินงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ทำการในเดือนพฤษภาคม-ธันวาคม 2556

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน และประชุมหลังดำเนินกิจกรรมเพื่อสะท้อนผล(Reflect) การปฏิบัติและปรับปรุงผลการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลกระบวนการโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมวิจัยและประชุมบุคลากรที่เพื่อร่วมกันทบทวนระบบและประเมินผลการพัฒนาภายหลังผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 1 เดือน ได้แก่ ผู้ป่วยไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา¹⁶ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ^{16,17} ตรวจสอบข้อมูลและการยืนยันผลสรุปในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า มีความหลากหลายในวิธีการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและแหล่งข้อมูล¹⁸



จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ตามความสมัครใจ การปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลไม่มีผลต่อการรักษาใดๆต่อผู้ร่วมวิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะเปลี่ยนใจในระหว่างการให้ข้อมูล โดยสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ก่อนที่จะดำเนินการวิจัยสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการใช้บริการของผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จะไม่ถูกเปิดเผยให้เกิดผลเสียหาย การนำเสนอข้อมูลจะเสนอในภาพรวมและข้อมูลที่ว่าจะใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. **ลักษณะประชากร** ผู้ป่วยจิตเภทที่มานอนรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 16 คน จำแนกได้ดังนี้ ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย ร้อยละ 81.3 รองลงมาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 18.8 อายุระหว่าง 35 – 44 ปี ร้อยละ 43.8 รองลงมา 25 – 34 ปี ร้อยละ 25 การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 43 รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 31.3 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50 รองลงมาอาชีพทำนา ร้อยละ 31.3 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 100 ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล 1-4 ปี ร้อยละ 75 รองลงมา 5-9 ปี ร้อยละ 25 ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 1-2 สัปดาห์ ร้อยละ 62.5 รองลงมา เวลา 3-4 สัปดาห์ ร้อยละ 18.8 อาการสำคัญ คือ ก้าวร้าว เอะอะไว้วาย ร้อยละ 81.3 รองลงมา ซึมเศร้า ร้อยละ 18.8 สาเหตุของการกำเริบซ้ำ จากติดสิ่งเสพติด ร้อยละ 75 รองลงมาขาดยา ร้อยละ 25 การมาตามนัด พบว่ามาตามนัด ร้อยละ 81.3 รองลงมาไม่มาตามนัด ร้อยละ 18.8 ไม่พบการเจ็บป่วยทางกาย ร้อยละ 100 และการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ร้อยละ 68.8

2. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย พบดังนี้

1) **ผู้ป่วยจิตเภท** ในปี พ.ศ. 2555 ได้วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยที่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ 5 ราย พบว่า มีปัญหาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านดังนี้ 1.1) ด้านร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับการฉีดยาและไม่รับประทานยานานกว่า 1 เดือนขึ้นไป ซึ่งญาติเป็นผู้ดูแล

เดินทางมารับยาเองในระยะทางไกลและไม่สะดวกส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรง คือ หูแว่ว เดินตลอด ไม่นอนและไม่มีการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล 1.2) ด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง หงุดหงิดง่าย เอะอะไว้วาย ทำร้ายร่างกายผู้อื่นและสิ่งของ 1.3) ด้านความสัมพันธ์กับสังคม พบว่า ผู้ป่วยไม่รับรู้ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง แยกตัว และเก็บตัว 1.4) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้ป่วยกลับไปสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ดมกาวและฟังสิ่งเสพติดในชุมชน

2. **ครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลในครอบครัว** เป็นบิดาซึ่งเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.8 รองลงมาเป็นมารดาผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว ร้อยละ 31.3 คอยให้การช่วยเหลือตามปัญหาของผู้ป่วย อาหาร ยา และกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ครอบครัวยังมีรายได้น้อยไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจึงเป็นภาระการดูแลของครอบครัวเป็นอย่างมาก

3. แนวทางการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล สุริยวิถีชุมชน

1) **การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ** องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้นำในการพัฒนาข้อตกลง/นโยบายสาธารณะ จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตคนในชุมชน และทำงานเชิงรุกในชุมชนร่วมกับทีมหน่วยบริการสุขภาพ โดยจัดโครงสร้างสนับสนุนการดูแลสุขภาพ และการมีส่วนร่วม กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านมีบทบาทเป็นผู้ประสานงาน ดูแลความปลอดภัย และไกล่เกลี่ยลดความขัดแย้งของชุมชน ภาคประชาชน/ กลุ่ม/ ชมรม และเครือข่ายชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ตำรวจช่วยดูแลความปลอดภัยป้องกันการถูกทำร้ายร่างกายและการส่งต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่งานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์/นักสังคมสงเคราะห์ สนับสนุนสวัสดิการตามงบประมาณ และผู้นำศาสนา ได้แก่ พระภิกษุ ใช้ธรรมบำบัดด้านจิตใจภายหลังที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดีขึ้นช่วยสร้างเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุขได้ และมีข้อตกลงร่วมกับชุมชนในการควบคุมการจำหน่ายสุรา บุหรี่ กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง และสารเสพติดอื่นๆแก่ผู้ป่วย โดยการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ความเข้าใจและขอความร่วมมือกับชุมชนว่าสิ่งเสพติดดังกล่าวส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี



อาการกำเริบอีกได้ และมีความรุนแรงมากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน โดยภาคประชาชน กลุ่ม ชมรม และเครือข่าย ช่วยเหลือสอดส่องติดตามและเฝ้าระวังในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหมู่บ้านมีสถานที่หรือสวนสาธารณะสำหรับการออกกำลังกายของชุมชนบางแห่งอยู่ไม่ไกลจากบ้านผู้ป่วย แต่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีกิจวัตรประจำวันในบริเวณบ้านของตนเอง โดยภาคประชาชนกลุ่มชมรม และเครือข่ายส่วนใหญ่เป็นเพื่อนบ้านและประชาชนในชุมชนด้วยกัน ได้ช่วยเหลือนำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น

3) การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน เป็นภาคประชาชน กลุ่ม ชมรม และเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ กลุ่มพัฒนาผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชนจิตอาสา ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) กลุ่มพัฒนาสตรีแม่บ้านและหมอพื้นบ้าน เป็นต้น เป็นผู้ดำเนินการค้นหาปัญหาสุขภาพ สื่อสารส่งต่อข้อมูล และเยี่ยมดูแลที่บ้าน (Home visit) เมื่อผู้ป่วยอาการสงบเป็นปกติเพื่อสร้างความตระหนัก เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงจากสิ่งเสพติดในชุมชน และกระตุ้นให้เห็นความสำคัญการดูแลสุขภาพตนเองและการสร้างอาชีพแก่ผู้ป่วย หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพดำเนินการสอดคลองตามบทบาทของระดับการบริการ การสนับสนุนทางวิชาการ การกำกับติดตาม การเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) เมื่อมีปัญหาซับซ้อนยุ่งยาก และกระตุ้นให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) อย่างสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมชุมชน กิจกรรมที่มีบทบาทร่วมกันได้แก่ เน้นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร ประสานความร่วมมือกับองค์กรและภาคี ระดมทุนทางสังคม ให้ความรู้เยี่ยมบ้านส่งต่อผู้ป่วยเมื่อมีปัญหารุนแรง จัดกิจกรรม ผลักดันและพัฒนาข้อตกลง/นโยบายสาธารณะในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เป็นต้น

4) การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง มีดังนี้ 4.1) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว และ อาสา

สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้สามารถสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการระดมทุนทางสังคมในชุมชน มาพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ได้แก่ การรักษาแบบพื้นบ้าน และการขอรับสวัสดิการจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 4.2) จัดคลินิกจิตเวชแยกออกจากคลินิกทั่วไป โดยมีจิตแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายออกตรวจรักษาทุกวันศุกร์ เวลา 8.30 -12.00 น. ปรับปรุงห้องให้คำปรึกษาสำหรับผู้ที่มิปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังมีหอผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 11 เตียง ให้บริการผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าว (ระดับ 2) มีอายุรแพทย์เป็นหัวหน้ากลุ่มงาน มีพยาบาลจิตเวชที่จบเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช และพยาบาลเฉพาะทางยาเสพติดเป็น Case Manager

5) การออกแบบบริการ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาก้าวร้าว และกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน ได้รับการดูแลต่อเนื่องดังนี้ 5.1) จัดระบบการรับยาที่เอื้อให้ชุมชนเข้าถึงง่ายโดยทีมสุขภาพของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพมารับยาแทนญาติ ให้การรักษาด้วยยา รับประทานและยาฉีดที่บ้านผู้ป่วย (Home Ward) และชุมชนร่วมกำกับการใช้ยาของผู้ป่วย 5.2) การเตรียมชุมชนก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย 5.3) การรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ซึ่งเป็นแม่ข่ายส่งต่อโรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อส่งกลับไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน และ 5.4) การเยี่ยมดูแลบ้าน (Home Health Care) ด้วยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายทุก 1 เดือน เพื่อรับฟังปัญหาการดูแลรักษาของผู้ป่วย การไปตามนัด การสนับสนุนจากชุมชน และการร่วมกันช่วยเหลือแก้ไขปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว

6) การสนับสนุนการตัดสินใจ ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมจัดระบบการให้คำปรึกษาและการช่วยเหลือจากจิตแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guidelines: CPG) กรณีผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาครั้งนี้ โดยแพทย์พิจารณาปรับยารับประทานเป็นยาฉีด 2 สัปดาห์ต่อครั้ง / เดือนละครั้ง ตามสภาพอาการของผู้ป่วย เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาจากอาการไม่สุขสบาย



ของยาต้านโรคจิต ให้การรักษาทางยาตามความเหมาะสม เนื่องจากยารักษาอาการทางจิตกลุ่มใหม่ (Atypical) มีราคาแพง จึงเลือกใช้ในกลุ่มเสี่ยง คือ ผู้สูงอายุ และเด็ก ซึ่งส่งผลให้อาการข้างเคียงทางยาลดลง ส่วนในรายอื่นๆ ใช้เป็นยากลุ่มเดิม (Typical) ร่วมกับเภสัชกร การประเมินและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรก (Early detect) เพื่อไม่ให้เกิดอาการข้างเคียงในระดับรุนแรง เพื่อสามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันที่

7) ระบบสารสนเทศทางคลินิก พัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิกเชื่อมโยงจากตติยภูมิถึงชุมชน มีคู่มือการดูแลผู้ป่วย การสังเกตอาการ และแนวทางในการดูแลเมื่อเกิดปัญหาทางจิตที่รุนแรง และสามารถขอคำปรึกษาทางออนไลน์ ซึ่งก่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมระหว่างชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขอย่างทันที่

4. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน 1 ปี มีผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน 3 คน (ร้อยละ 18.7) เนื่องจากยังมีกลุ่มเพื่อนใช้สารเสพติดและไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุราได้ และกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ยังมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากปัญหาว่างงานและต้องพึ่งรายได้จากครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง 10 คน (ร้อยละ 62.6) ระดับดี 3 คน (ร้อยละ 18.7) โดยภาพรวมผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

การอภิปรายผล

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากปีที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากขึ้นและผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน 5 คน จากการมีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากขาดยาและใช้สารเสพติด นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาความยากจนและผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการพัฒนาระบบดูแลและช่วยเหลือสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ดังนั้นเมื่อชุมชนมีข้อมูลเชิงประจักษ์จากการระดมสมองแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานร่วมกันของภาคประชาชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ และได้นำข้อมูลมาออกแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อสร้างแรงสนับสนุน กลไกช่วยเหลือ

อย่างเป็นระบบ และเป็นพลวัตรของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทจากโรงพยาบาลสู่วิถีชีวิตชุมชน จึงมีการดูแลที่สอดคล้องกับการศึกษาของกองการพยาบาล¹⁹ และสุวรรณ แซ่ลิ้ม²⁰ พบว่า การจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องนั้นมีความจำเป็น เพราะหากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องจากทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว ตลอดจนชุมชนพบว่า ผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมผลที่ตามมาคือลดความเสี่ยงในการดำเนินภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างแท้จริง

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทจากโรงพยาบาลสู่วิถีชีวิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นการใช้ข้อเท็จจริงของผู้ป่วยเป็นฐานและร่วมกันกำหนดระบบการดูแลจากปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนเป็นตัวตั้ง สื่อสารข้อมูล ส่งต่อและประสานความร่วมมือเชื่อมโยงการทำงานเป็นเครือข่ายทั้งภาคประชาชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการสุขภาพ มีบทบาทร่วมกันทั้งเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ดูแลและผู้จัดการ ออกแบบการบริการ (Case Management) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าถึงบริการทางสังคมอย่างสะดวกรวดเร็ว พัฒนาศักยภาพทีมในการสร้างผู้นำและสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน คิดร่วมกัน ทำงานร่วมกันและประเมินผลให้เกิดประโยชน์มากขึ้น โดยหน่วยบริการสุขภาพทำหน้าที่คอยกระตุ้น ประสานงาน และให้คำแนะนำกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการทำงานเชิงรุกและผลักดันให้เกิดนโยบายในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย การทำงานค้นหาปัญหา เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงจากสิ่งเสพติดในชุมชนและช่วยเหลือเกื้อกูลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนร่วมพัฒนาข้อตกลง / นโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมอาชีพตามอัตภาพ เพื่อเพิ่มรายได้ในครอบครัว โดยใช้ทุนทางสังคมที่มีความเข้มแข็ง มาสนับสนุนดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างสอดคล้องกับ



สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมชุมชน และยังพบว่าเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน 1 ปี มีผู้ป่วยกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันลดลงจาก 7 คน เหลือ 3 คน (ร้อยละ 18.7) จาก ผู้ป่วยทั้งหมด 16 คน เนื่องจากยังมีกลุ่มเพื่อนใช้สารเสพติดและไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุราได้ และกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ยังมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากปัญหาว่างงานและต้องพึ่งรายได้จากครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง 10 คน (ร้อยละ 62.6) ระดับดี 3 คน (ร้อยละ 18.7) โดยภาพรวมผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรัทยา ราชบัณฑิตย²¹ เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งดำเนินการตามกรอบแนวคิด Chronic Care Model โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม พบว่า มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้นจากการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นและต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ครบในทุกมิติ ครอบคลุมและมีความต่อเนื่องตั้งแต่หน่วยบริการสุขภาพเชื่อมโยงการดูแลไปยังชุมชน มีการสร้างเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมผู้ป่วย โดยหน่วยบริการสุขภาพทำหน้าที่คอยกระตุ้น ประสานงาน และให้คำแนะนำกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการทำงานเชิงรุกและผลักดันให้เกิดนโยบายในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{13,22-24}

ผลการประเมินระดับความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังการเข้ารับการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการคลินิกจิตเวชพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ผลด้านคุณภาพการรักษานผู้ป่วยดีขึ้น อัตราการขาดนัดคิดเป็นร้อยละ 8.5 อัตราการกำเริบของโรค ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังหากได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชีวิตชุมชน โดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่มีความเข้มแข็งดังกล่าวสามารถใช้เป็นรูปแบบในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ไม่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง มีโอกาสกำเริบของโรค และกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันได้อีก เนื่องจากยังมีกลุ่มเพื่อนใช้สารเสพติดและไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุราได้ และมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง จึงควรศึกษาการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการป้องกันสารเสพติดให้โอกาสในการประกอบอาชีพอย่างปลอดภัย และมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมผู้บริหารโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทีมผู้บริหารสาธารณสุขอำเภอเมือง และอำเภอดอนจาน หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าคลินิกจิตเวชผู้ป่วยนอก ทีมสหสาขาวิชาชีพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยญาติและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

References

1. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. ค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2556, จาก [http:// www.Dmh.go.th/report/population/province .asp? Field 24 =2549](http://www.Dmh.go.th/report/population/province.asp?Field24=2549).
2. SadockJB, Sadock AV. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorder fourth edition text revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 2000.
4. Chesla CA. Clients with schizophrenia and other psychotic disorders. In H.S. Wilson & C.R. Tineisl (Eds.). Psychiatric Nursing. 5thed. Menlo Part: Addison-Wesley Nursing; 1996.
5. Dickerson FB, Parente F, Ringel N. The relationship among three measures of social function in outpatients



- with schizophrenia. (Electronic version). *Journal of Clinical Psychology* 2000; 56(12): 1509-1519.
6. Keltner NL. Schizophrenia and other psychoses. In N. L. Keltner. L.H. Schwecke & Bostrom, C.E. (Eds.). *Psychiatric nursing*. 2th ed. St. Louis: Mosby-Year book; 1995.
 7. Baker AF. Living with a chronically ill, Schizophrenic. *Journal of Psychosocial nursing* 1989; 27(1): 39.
 8. Chan S, Yu IW. Quality of life of clients with Schizophrenia. *Journal of Advance Nursing* 2004; 45(1): 72-83.
 9. Underwood. Orem's self – care mode; Principles and general application. In W. Synolds & D. Cormack (Eds.). *Psychiatric and mental health nursing theory and practice*. London: Chapman & Hall; 1990.
 10. CIC, Mac Coll Institute for Health care Innovation. Chronic Care Model. Innovation Available from: <http://www.improvingchroniccare.org/index.php>
 11. Wagner EH; Davis C, Schaefer J, et al. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manage Care Q* 1999; 7: 56-66.
 12. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomu A. Improving chronic illness care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs* 2001; 20(6): 64-74.
 13. Samran P, Limtragool P. Improving Health Care System for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Chum Puang Hospital, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2013; 31(1): 17.
 14. Kemmis S, McTaggart R. *The Action Research Planner*. (3rd ed) Victoria: Deakin University Press; 1988.
 15. Mahadnirunkul S, Tantipiwattanasakul W, Pumprisan W, Wongsuwan K, Ponmanajirung-kul R. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). Suanprung Hospital, Department of Mental Health; 1997.
 16. ประวิต เอราวรรณ์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการการเรียนรู้ของครูและการสร้างพลังร่วมในโรงเรียน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดอกหญ้าวิชาการ จำกัด; 2545.
 17. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.
 18. งามอาจ นัยพัฒน์. วิจัยวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สามลดา; 2548.
 19. กองการพยาบาล. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.
 20. สุวรรณชาญลิ้ม, สุนิศา คำประสิทธิ์, ระพีพรรณ นันทนา. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเลย. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2550; 25(2): 44 – 52.
 21. Rachbandit W. Developing of Taking Care System for Psychiatric Patients: Pla Plak Hospital, Nakhon Phanom Province. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2013; 31(3): 48.
 22. Khumkom P, Sawangchareon K, Singhathit M. Psychodynamic Supportive Psychotherapy for Schizophrenia in Prasrimahabodi Psychiatric Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2009; 27(1): 62-71.
 23. Hamlakorn P, Rattanamanee S, Kunthong P. Effects of Combine Cognitive Behavioral Group Therapy and Meditation on Depression and Quality of Life for People Living with HIV/AIDS. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2013; 31(1): 132-141. 24.
 24. Eungsamran J, Napontan P, Hatthapanom W. Effect of Adherence Group Therapy Compared with Treatment As Usual on Schizophrenic Patients in Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2012; 30(4): 48-58.



The Development of Quality of Life of Schizophrenic Patients through Participation of Continuing Care from Hospital to Community Life, Kalasin Hospital Network

Phaiboon Dolchalermmyuthana B.N.S.*

Pranom Wannagul M.Ed.**

Abstract

This Participation Action Research (PAR) aimed to develop a model of patient care continuity for improving the quality of life of schizophrenic patients with complication problems through the participation of continuing care from hospital to community life, Kalasin hospital network. The researchers worked as facilitators of the net-working among multidisciplinary of Kalasin Hospital and 30 Primary Health Care units to be the study settings. The study had been conducted during January – December, 2013 by the four research steps: 1) situation analysis through free dialogue with research participants (16 patients, 52 care givers and 30 health care personals) and also sharing experiences and reflecting to evaluate health care results toward patients' quality of life; 2) planning, developing patient care by bringing situation analysis results related to combining local knowledge; 3) the common practice of health continuing care provided from tertiary, secondary, primary and community sectors; and 4) evaluation by continued a meeting in every month for reflecting and improving patient outcomes, such as decreasing re-admitted to the hospital within 28 days, and increasing a better quality of life or QOL. Data collected by using in-depth interview, focus group discussion, participant and non-participant observation, and linked the patient outcomes with the target outcome of the ministry of health. Qualitative data were analyzed by content analysis, while quantitative data were analyzed by using descriptive statistics including frequency distribution and percentage.

The research findings revealed that:

1) The model of patient care continuity for improving the quality of life of schizophrenic patients with complication problems through the participation of continuing care from hospital to community life at Kalasin hospital network was initiated.

2) The impacts after initiating this model were: there were three from sixteen patients had re-admitted in 28 days (18.7%) and had low QOL because of substance addicted. had a good QOL 18.7%, and moderate QOL 62.6%.

This study could provide the appropriate guidelines to develop a model of patient care continuity for improving the quality of life of schizophrenic patients with complication problems through the participation of continuing care from hospital to community life for Kalasin hospital network. These can be used as the guidelines to promote, support the quality of life improvement for these patients to other health service institutes in the future and also promote health to stop substance used.

Keywords: quality of life, continuing care, lifestyle, Participatory, Schizophrenic patients

* Register Nurse, Senior Professional Level, Head, Department of Nursing, Kalasin hospital

** Register Nurse, Senior Professional Level, Department of Nursing, Kalasin hospital