

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Process of the relapse prevention by community participation with multidisciplinary
team for schizophrenic patients at Kosumphisai Hospital, Mahasarakham District,
Mahasarakham Province

ณัฐพนธ์ บุตตะโยธี*
Natthaphon Butthayothi*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวัง และดูแลอย่างใกล้ชิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษากระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 2) ศึกษาผลลัพธ์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน และกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 84 คน โดยคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง การวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วางแผน 2) ปฏิบัติ 3) สังเกตการณ์ และ 4) สะท้อนผลการปฏิบัติงาน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แผนปฏิบัติการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบติดตามผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมโดยชุมชนและทีมสหวิชาชีพ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตาม การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกำกับติดตามผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากนำกระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า เมื่อติดตามผลระยะยาวเวลา 90 วัน ไม่พบผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมงานวิจัยกลับเป็นซ้ำ และมีค่าคะแนน จากการประเมินอาการทางจิตน้อยกว่า 36 ถือว่ามีอาการระดับน้อย ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ากระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานชุมชนที่ตระหนักถึงปัญหาและต้องการแก้ไข ตามบริบทของพื้นที่ สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภท, กลับเป็นซ้ำ, ชุมชนมีส่วนร่วม, การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม

Abstract

Schizophrenic patients are mentally ill patients at risk of relapse. They are needed to be closely monitored and supervised. This action research aimed 1) to study the process of relapse prevention by community participation with the multidisciplinary teams. 2) to study the outcome of the process of relapse prevention. The study participants consisted of 10 patients with schizophrenia in Kosumphisai Hospital's care and 84 stakeholders by purposive sampling. Action research consists of 4 steps: 1) plan, 2) action, 3) observation and 4) reflection. Research tools include action plan to prevention relapse, a patient record form, and a patient follow-up form. The data were analyzed by frequency, percentage, mean and content analysis.

The research results revealed that the process of relapse prevention consists of three components, including participation by community and multidisciplinary teams, guidelines for the care of schizophrenic patients based on shared decision making, and monitoring processes for schizophrenic patients. After a 90-day long-term follow-up, no patients with schizophrenia relapses, which had the brief psychiatric rating scale (BPRS) of less than 36 scores, considered to have low-level symptoms of psychiatric. The results indicate that the developed process based on awareness of problems and needs is efficient to prevent the relapses of schizophrenic patients.

Keywords: schizophrenia patients, relapse, community participation, shared decision making

บทนำ (Background)

โรคจิตเภท (schizophrenia) จากการสำรวจทั่วโลกพบความชุกของการเกิดโรคจิตเภท 6.2 ต่อประชากร 1,000 คน และพบว่าเพศชายมีความชุกของการเกิดโรคจิตเภทกว่าร้อยละ 76 มากกว่าเพศหญิง¹ สำหรับความชุกของการเกิดโรคจิตเภทในประเทศไทยในช่วงอายุ 15 – 59 ปี พบความชุก 8.8 ต่อประชากร 1,000 คน และมีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.1: 1²

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม อาการของโรคจิตเภทแยกออกเป็น 3 ประเภทดังนี้ 1) อาการทางบวก ประกอบด้วย อาการหลงผิด อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผนและพฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดแปลกไปจากปกติ 2) อาการด้านลบ ประกอบด้วย อารมณ์ที่เฉยเมย ความคิดอ่านและการพูดลดลง ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจและไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว 3) อาการด้านการรู้คิด ประกอบด้วย ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผนลดลง ความสามารถในการคงความใส่ใจลดลงและความจำเพื่อใช้งานบกพร่อง³ แนวทางหลักในการรักษาโรคจิตเภทคือ ยาต้านโรคจิต (Antipsychotics drug) ช่วยควบคุมอาการ อีกทั้งยังสามารถลดการกำเริบและลดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ด้วย⁴

การกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ของผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง “การเกิดขึ้นของอาการทางจิตจากความผิดปกติของจิตซึ่งระดับของอาการทางจิตที่ผิดปกติจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งมีอาการที่เพิ่มมากขึ้นและแย่งลงของอาการด้านบวก”⁵ การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ความผิดปกติทางสมองและอาการทางจิตของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาและการฟื้นฟู อีกทั้งยัง

ส่งผลกระทบต่อครอบครัวในการเป็นภาระในการดูแลรักษาผู้ป่วย พบรายงานการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยาในปี 2558 ภายใน 28 วันและ 90 วันหลังจำหน่ายร้อยละ 7.23 และ 15.19 ตามลำดับ⁵ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การไม่ร่วมมือในการรักษา การไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และผู้ป่วยที่มีอายุน้อยส่วนใหญ่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าผู้สูงอายุ⁶ และสาเหตุการกลับเป็นซ้ำมีทั้งหมด 6 สาเหตุ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและยาจิตเวช และสถานบริการด้านสุขภาพจิต 2) ขาดความตระหนักในการรับประทานยา 3) การใช้สารเสพติด 4) ความเครียดของผู้ป่วย 5) ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่ายท้อในการดูแล และ 6) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ⁷

การมีส่วนร่วมโดยชุมชนกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยจิตเภทเป็นศูนย์กลาง ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท⁸ การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โดยการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มาเป็นกรอบแนวคิดโดยเสนอรูปแบบการดูแลที่บ้านด้วยสมมติฐานที่ว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการตัดสินใจในการเลือกสถานบริการของตนเอง พบว่า ภายหลังจากพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำ และอาการ กำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ พบว่า กระบวนการวิจัย

เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แกนนำในชุมชนเป็นการนำทรัพยากรจากชุมชนมา พัฒนาศักยภาพชุมชนให้สามารถคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการและติดตามประเมินผลในและการใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰

โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ขานรับนโยบายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่ต่อเนื่องในชุมชน โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการและตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่กลับพบปัญหาว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 40-50 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเภทจากผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลทั้งหมด 169 คน¹¹ โดยทีมสหวิชาชีพและชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหา ร่วมคิด ร่วมหากระบวนการหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหา และได้กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษากระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วม กับทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษากระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วม กับทีมสหวิชาชีพ
- 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยชุมชนมีส่วนร่วม กับทีมสหวิชาชีพ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart¹² ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นวางแผน 2) การปฏิบัติการ 3) การสังเกต และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ

พื้นที่ในการวิจัย ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ร่วมในการวิจัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 94 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และนักจิตวิทยาชุมชน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยเป็นทีมที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงมีความมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 7 คน
- 2) ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ ที่อยู่ในความดูแลโรงพยาบาลโกสุมพิสัย พฤษภาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 10 คน
- 3) ตัวแทนชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน (กำนัน 1 คน และผู้ใหญ่บ้าน 23 คน) อสม. 36 คน และประชาชน (ญาติผู้ป่วย) 17 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยความสมัครใจ รวม 77 คน

ขั้นตอนในการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการวิจัยโดยการเตรียมความพร้อมในด้านเอกสาร ข้อมูล สถานที่ และบูรณาการตัวผู้วิจัยเข้ากับหน่วยงาน ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 40 - 50 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเภท และชุมชนเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบก่อความหวาดกลัวให้กับคนในชุมชน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย
การวางแผนปฏิบัติการแบบ
มีส่วนร่วม (Plan) ดังนี้

1) วิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวน
บริบทโรงพยาบาล พื้นที่ชุมชน คลินิกโรคจิตเภท
เพื่อใช้เป็นระบบสารสนเทศในการวางแผน
การดำเนินงานโดยการนำแนวคิดเรื่อง กระบวนการ
ตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (shared decision-making,
SDM) เป็นกรอบในการดำเนินงาน

2) ประชุมเชิงปฏิบัติการทีม
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกับ
ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และชุมชน
เพื่อจัดทำแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
ของผู้ป่วยจิตเภท โดยมติที่ประชุมหารือได้ร่วม
จัดตั้งโครงการ “คลินิกรักษาร่วมกับชุมชน
หัวขวางอย่างยั่งยืน”

การปฏิบัติตามแผน (action) ดังนี้

1) ครอบคลุม ดูแลและประเมิน
อาการทางจิตเบื้องต้นตามแบบประเมินขั้นพื้นฐาน
หากเกิดความสามารถส่งต่อชุมชน

2) ชุมชน ผู้นำชุมชนหรือ อสม.
ร่วมประเมินอาการทางจิตและดูแลร่วมกับเจ้าหน้าที่
รพสต. หากมีอาการผิดปกติหรือรับประทานยา
ไม่ต่อเนื่องส่งต่อทีมสหวิชาชีพ

3) ทีมสหวิชาชีพ โดยแพทย์
เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข
และนักจิตวิทยาที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
จิตเภท ลงเยี่ยมบ้านและหาแนวทางในการดูแล
ผู้ป่วยรายกรณีด้วยกระบวนการตัดสินใจแบบ
มีส่วนร่วม (SDM)¹³ ในชุมชน

การสังเกต (observe) ดังนี้

1) การออกแบบระบบการ
กำกับนิเทศโดยทีมสหวิชาชีพ ตามแบบติดตาม
ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อ.โกสุมพิสัย
จ.มหาสารคาม ตามหลักการติดตามผู้ป่วยจิตเภท
เรื้อรังในชุมชน 9 ด้าน

2) ติดตามและประเมินผล
จากการสังเกต และการใช้แบบบันทึกข้อมูล

การสะท้อนกลับ (reflection) ดังนี้

1) การจัดประชุมร่วมกับ
ทีมสหวิชาชีพและชุมชน เพื่อสะท้อนผลของ
ข้อมูลและผลการศึกษาร่วมกันในชุมชน

2) การถอดบทเรียนผลของ
การดำเนินงานให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้
รับทราบเพื่อหาแนวทางพัฒนาและปรับปรุง
ต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แผนปฏิบัติการ (action plan)
โดยการประชุมของคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย
จิตเภทในชุมชนร่วมกับชุมชน มติที่ประชุม
กำหนดแผนปฏิบัติการตามโครงการ “คลินิกรักษาร่วมกับชุมชน
หัวขวางอย่างยั่งยืน”
โดยวัตถุประสงค์เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
หัวขวาง ด้วยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและ
ทีมสหวิชาชีพ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วยดังนี้

2.1 แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบ
ไปด้วย ข้อมูลผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติ
การรักษา แผนผังเครือญาติ ประเด็นปัญหาและ
แนวทางแก้ไข ทีมสหวิชาชีพประชุมหารือและ
ร่วมสรุปประเด็นกระบวนการตัดสินใจแบบมี
ส่วนร่วม (SDM) ในชุมชนรายกรณี

2.2 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง
ในชุมชน อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม โดยชุมชน
ประกอบไปด้วยชุมชน (อสม.) ทุกวันและ
เจ้าหน้าที่ในชุมชนประเมินติดตามทุกเดือนกรณี
มีปัญหาส่งต่อทีมสหวิชาชีพ แบบติดตามผู้ป่วย
ตามหลักการติดตามผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน
9 ด้าน ประกอบไปด้วยการติดตาม 1) ด้านอาการ
ทางจิต 2) ด้านการรับประทานยา 3) ด้านผู้ดูแล/
ญาติ 4) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 5) ด้านการ

ประกอบอาชีพ 6) ด้านความสัมพันธ์ครอบครัว 7) ด้านสิ่งแวดล้อม 8) ด้านการสื่อสารและการเรียนรู้ และ 9) ด้านสารเสพติด ทั้งหมด 30 ข้อ

2.3 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อกระบวนการวิจัยจากผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยคำถามปลายเปิดว่า “ท่านมีความพึงพอใจในกระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างไร” โดยการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย

3. แบบประเมินอาการทางจิตด้วย Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS (ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กรมสุขภาพจิต)¹⁴ โดยคะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนนการแปลผลคือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน ผู้ป่วยมีอาการระดับน้อย และคะแนนมากกว่า 36 คะแนน ผู้ป่วยมีอาการระดับมาก ประเมินโดยทีมสหวิชาชีพระยะสั้น 30 วัน และระยะยาว 90 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการจดบันทึกวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

ผู้วิจัยอธิบายแก่กลุ่มตัวอย่าง, ทีมสหวิชาชีพและชุมชน ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมถึงการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการปฏิบัติงานของ ทีมสหวิชาชีพ คำตอบหรือข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ โดยทุกเอกสารของข้อมูลจะไม่สามารถสืบไปถึงตัวกลุ่มตัวอย่างได้ ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่าง ทีมสหวิชาชีพและชุมชน

สามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลาถ้าต้องการและหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย (Results)

1. รูปแบบกระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้

1.1 การมีส่วนร่วมโดยชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยการประชุมย่อยของทีมสหวิชาชีพพร้อมกับคณะอนุกรรมการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 3 ครั้ง และการประชุมใหญ่โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับชุมชน 1 ครั้ง ในประเด็นดังต่อไปนี้

- รายงานสถานการณ์ปัญหาการกลับเป็นซ้ำและการป้องกันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

- ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยาที่ใช้รักษา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

- การประเมินผู้ป่วยตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 9 ด้าน

- หาหรือเพื่อหาแนวทางร่วมกันกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มติที่ประชุมกำหนดแผนปฏิบัติการตามโครงการ “คลินิกรักษัจไรร่วมกับชุมชนหัวขวางอย่างยั่งยืน

1.2 แนวทางในการดูแลผู้ป่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพมีดังนี้

1.2.1 ครอบคลุม ดูแลและประเมินความผิดปกติของอาการทางจิตจากการสังเกต

กำกับดูแลเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่อง หากมีอาการผิดปกติหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องส่งต่อผู้นำชุมชนหรือ อสม.

1.2.2 ชุมชนชน โดย ผู้นำชุมชน อสม. หรือเจ้าหน้าที่ รพสต. ร่วมประเมินติดตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อ.โกสุมพิสัย จ. มหาสารคาม ตามหลักการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 9 ด้านทุกวัน และดูแลตรวจนับจำนวนเม็ดยาเพื่อตรวจสอบการรับประทานยา ร่วมกับครอบครัว หากมีอาการผิดปกติหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องส่งต่อทีมสหวิชาชีพ

1.2.3 ทีมสหวิชาชีพ โดยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และอื่นๆ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายกรณีด้วยกระบวนการการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (SDM) ในชุมชน ดังนี้

1) รวบรวมข้อมูลและหารือร่วมกัน โดยชุมชนให้ข้อมูลตามบริบทของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อกำหนดทางเลือกการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย

2) แพทย์เสนอแนวทางการรักษาจากการหารือร่วมกันที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

3) ผู้ป่วย ญาติ และชุมชน เลือกทางเลือกการดูแลตนเองตามความต้องการของตนและเมื่อผู้ป่วยเลือก ทีมสหวิชาชีพและ

ชุมชนเตรียมแผนเพื่อดูแลผู้ป่วยตามทางเลือกที่ผู้ป่วยเลือก

1.3 การประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ ที่ผ่านกระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ด้วยแบบประเมินอาการทางจิตด้วย BPRS 2 ระยะดังนี้

1.3.1 ประเมินอาการทางจิตด้วย BPRS ระยะสั้น 30 วัน

1.3.2 ประเมินอาการทางจิตด้วย BPRS ระยะสั้น 90 วัน

2. ผลลัพธ์ของการนำกระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภท พบว่า

2.1 ผู้ป่วยจิตเภท คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเข้าร่วมวิจัย ทั้งหมด 10 คน ประกอบไปด้วยผู้ป่วยเพศชาย 8 คน และเพศหญิง 2 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40 - 49 ปี สถานะภาพส่วนใหญ่สมรส การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท (F20 - 29) ในระยะ 1 - 5 ปี มีจำนวน 1 คน ในระยะ 6 - 10 ปี มีจำนวน 6 คน และในระยะเวลามากกว่า 10 ปี มีจำนวน 3 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
● ชาย	8	80
● หญิง	2	20
อายุ		
● 20-29 ปี	2	20
● 30-39 ปี	1	10
● 40-49 ปี	5	50
● 50-59 ปี	2	20
สถานภาพสมรส		
● คู่	7	70
● โสด	2	20
● หย่าร้าง	1	10
ประถมศึกษา		
● ประถมศึกษา	6	60
● มัธยมศึกษาตอนต้น	4	40
อาชีพ		
● ไม่ได้ทำงาน	9	90
● รับจ้างทั่วไป	1	10
ระยะเวลาเจ็บป่วย		
● 1- 5 ปี	1	10
● 6 – 10 ปี	6	60
● มากกว่า 10 ปี	3	30

2.2 อัตราการกลับเป็นซ้ำ

ติดตามผลระยะสั้นเวลา 30 วัน พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภท 3 คน แพทย์วินิจฉัยว่า ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ โดยมีอาการกำเริบ หูแว่ว อาละวาดต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และติดตามผลระยะยาวเวลา 90 วัน ไม่พบผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมงานวิจัยกลับเป็นซ้ำ

2.3 ผลค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการศึกษาของอาการทางจิตตามค่าคะแนน BPRS

การประเมินอาการทางจิตตามแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) มีคะแนนรวมทั้งหมด 18 - 126 คะแนน หากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย แต่ถ้าคะแนนมากกว่า 36 คะแนน มีอาการระดับมาก ผู้ป่วยจิตเภทที่คัดเลือกมาทั้งหมด 10 คน ผ่านการประเมิน BPRS ติดตามผลระยะสั้นเวลา 30 วัน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการระดับมาก ในขณะที่เมื่อผู้ป่วยผ่านกระบวนการป้องกัน

การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วม
ร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยติดตามผลระยะยาว
เวลา 90 วัน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 10 รายมีค่าคะแนน

จากการประเมินอาการทางจิต BPRS น้อยกว่า 36
ถือว่ามีอาการระดับน้อย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการศึกษาของอาการทางจิตตามค่าคะแนน BPRS

รายการ	ค่าคะแนน BPRS	
	30 วัน	90 วัน
กรณีศึกษาที่ 1	44	29
กรณีศึกษาที่ 2	48	28
กรณีศึกษาที่ 3	46	25
กรณีศึกษาที่ 4	38	24
กรณีศึกษาที่ 5	23	19
กรณีศึกษาที่ 6	47	28
กรณีศึกษาที่ 7	43	22
กรณีศึกษาที่ 8	54	28
กรณีศึกษาที่ 9	48	22
กรณีศึกษาที่ 10	39	20
เฉลี่ย	43	24.5

24 ความพึงพอใจของกระบวนการ
การมีส่วนร่วมโดยชุมชนและทีมสหวิชาชีพ
จากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พบว่า

ผู้ป่วยและญาติ

“ขอขอบคุณคนที่มาช่วยให้
คนในหมู่บ้านเข้าใจคนป่วยอย่างผม”

“มีคนมาช่วยดูแลคนป่วย
เพราะบางทีครอบครัวก็ดูแลกันเองไม่ไหวหรอก”

ชุมชน

“ทำให้ลดความหวาดกลัวของ
คนในชุมชนลงได้เยอะ”

“คนบ้านเดียวกันก็ต้องดูแลกัน
นะหมอ”

ทีมสหวิชาชีพ

“การที่ชุมชนมีส่วนร่วมทำให้
เกิดการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนได้”

“บางครั้งการดูแลของ
บุคลากรทางการแพทย์อาจไม่ใกล้ชิดและทั่วถึง

เท่าชุมชน การให้ชุมชนร่วมดูแลจะส่งผลดีต่อ
ผู้ป่วยได้”

วิจารณ์ (Discussion)

กระบวนการการมีส่วนร่วมโดยชุมชน
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กระบวนการ
การมีส่วนร่วมโดยชุมชน คือ การมีส่วนร่วมของ
ครอบครัว ชุมชนทีมสหวิชาชีพ ในการร่วมคิด
ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้น
ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับบริบทของ
พื้นที่^{8-9,15} และการวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการใน
รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
ด้วยการนำแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart¹²
มาใช้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขึ้นวางแผน
2) การปฏิบัติการ 3) การสังเกต และ 4) การสะท้อน
ผลการปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและ
ประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ดังนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มกระบวนการการมีส่วนร่วมโดย

ชุมชนจากการประชุมชี้แจงและหารือร่วมกับชุมชน ประกอบไปด้วย ผู้นำชุมชน (กำนัน 1 คน และผู้ใหญ่บ้าน 23 คน) อสม. 37 คน และประชาชน (ญาติผู้ป่วย) ที่สนใจร่วมประชุม 17 คน ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 1 คน นักจิตวิทยาชุมชน 1 คน เพื่อให้ชุมชนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ กระทั่งก่อให้เกิดความตระหนักของชุมชนในการแก้ไขปัญหาและได้แนวทางทางการดูแลผู้ป่วยด้านอาการของโรคจิตเภท ผ่านกระบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (SDM)¹³ โดยผู้ป่วยญาติ ทีมสหวิชาชีพและชุมชน กระบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (SDM) ระหว่างผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ คือ ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องความต้องการของตนเองเป็นสำคัญทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับตนเองตามความต้องการของผู้ป่วยได้ ในขณะที่สหวิชาชีพมีความรู้ความสามารถในการรักษาพยาบาลตามหลักมาตรฐานวิชาชีพของแต่ละวิชาชีพ ทำให้สหวิชาชีพสามารถช่วยเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยได้เช่นกัน กระบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม¹³ มีขั้นตอนดังนี้ เริ่มจากสหวิชาชีพมีข้อมูลผู้ป่วยตามที่ต้องการ จากนั้นสหวิชาชีพปรึกษาหารือเพื่อแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย และเสนอทางเลือกการรักษาให้กับผู้ป่วยซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น การฉีดยาแทนการรับประทานยา หรือการจัดยาแบบ DOT ให้ผู้ป่วยและญาติช่วยดูแล เป็นต้น จากนั้นเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยเอง ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาและผลลัพธ์การรักษาที่ดี

กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพส่งผลให้ผู้ป่วยทั้งหมด 10 คน ที่เข้า

ร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไม่กลับเป็นซ้ำจากการติดตามเป็นระยะเวลา 90 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา วัฒนศิริ⁹ ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาเป็นกรอบแนวคิดโดยเสนอรูปแบบการดูแลที่บ้านด้วยสมมุติฐานที่ว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการตัดสินใจในการเลือกสถานบริการของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำ และอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹ และสอดคล้องกับการศึกษากระบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมโดยเน้น การพูดคุยของทีมเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทางเลือกการรักษาตรงตามความต้องการและเป้าหมายของผู้ป่วยมากที่สุด โดยใช้เป้าหมายของผู้ป่วยเป็นแนวทางในการบวนการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม ทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยมาพูดคุยเรื่องทางเลือกการรักษาร่วมกัน ดังนั้นผู้ป่วยจะปฏิบัติแนวทางการรักษาที่ตนเองเลือกมีสูงและส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาและมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้นด้วย¹³

ข้อเสนอแนะ

กระบวนการมีส่วนร่วมโดยชุมชนและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำหลักการไปใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละสถานที่เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ อีกทั้งกระบวนการมีส่วนร่วมโดยชุมชนและทีมสหวิชาชีพสามารถขยายกลุ่มโรค กลุ่มอาการอื่นๆ ได้ เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

สรุป (Conclusion)

กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยชุมชนตระหนักถึงปัญหาและต้องการแก้ไขตามบริบทของพื้นที่ที่สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ในตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

ขอขอบคุณผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และทีมสหวิชาชีพที่ให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยเป็นอย่างดีตลอดการทำการศึกษ

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Orrico-Sánchez A, López-Lacort M, Muñoz-Quiles C, Sanfélix-Gimeno G, Díez-Domingo J. Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain. *BMC Psychiatry*. 2020; 20(1):1–9.
2. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: Prevalence and burden of disease. *Popul Health Metr*. 2010; 8(August).
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์) [Internet]. 2nd ed. Vol. 2. นนทบุรี 11000: บริษัทวิศวะเรียอิมเมจ จำกัด; 2560.
4. มาโนช หล่อตะกุล. โรควิตกกังวล (Schizophrenia). กรุงเทพฯ: MedInfo G.D.; 2011.
5. สุดาพร สถิตยอุทการ. การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และแนวทางป้องกัน. วารสารพยาบาลศาสตร์

6. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2559;28(3):1–15.
6. สินเงิน สุขสมปอง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก. *J Psychiatr Assoc Thail* [Internet]. 2016; 61(4): 331–40.
7. ณัฐติกา ชูรัตน์. การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็กที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2016; 3(1): 24–36.
8. เปรมฤดี ดำรงค์, อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. *สมาคมนักวิจัย*. 2557; 19(2): 92–103.
9. อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. The Development of Process of Continuity Care in Schizophrenia Patient by Interdisciplinary Team and Care Giver Network of Kamphaeng Phet Hospital. *กองการพยาบาล*. 2556; 40(1): 67–83.
10. Posri A. Family and Community Participation in Caring of Chronic Schizophrenic Patients: Study of Nongnasang Community. *J R Thai Army Nurses*. 2018; 19(August): 239–47.
11. คณะอนุกรรมการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. รายงานคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประจำปีงบประมาณ 2561 โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. 2561.

12. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner (3rd ed.). Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
13. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, et al. A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *BMJ*. 2017; 359: 1–7.
14. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด; 2563.
15. Atiya Posri. Family and Community Participation in Caring of Chronic Schizophrenia Patients: A Case study at Ban Tha Muang Community Roi Et Province. *Srinagarind Med*. 2019; 34(1): 83–9.