วารสารวิชาการสาธารณสุข
ปีที่ 32 ฉบับที่ 5 กันยายน - ตุลาคม 2566

Journal of Health Science
Vol. 32 No. 5, September - October 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ *Original article*

การพัฒนารูปแบบการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชน ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

สันติ อุทรังษ์ ส.ม.*
ไกรทอง ไชยมัชชิม ส.ม.*
สายทิพย์ สงัดเงียบ ส.บ.**
ธัญญลักษณ์ ไชยสุขมูลเรอรุพ พย.ม.**
** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์*
*** โรงพยาบาลเขาวง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์*

วันรับ: 31 มี.ค. 2566
วันแก้ไข: 22 ก.ย. 2566
วันตอบรับ: 30 ก.ย. 2566

บทคัดย่อ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชน ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จำนวน 65 คน ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และการเปรียบเทียบตัวแปรในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันใช้สถิติ paired sample t-test ที่กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean=13.55, SD=2.80 และ Mean=16.05, SD=2.88 ตามลำดับ) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) โดยมีคะแนนผลต่างค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.50 คะแนน (95%CI=1.67-3.33) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้น โดยก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับน้อย และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean=1.49, SD=0.38 และ Mean=2.58, SD=0.16 ตามลำดับ) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) โดยมีคะแนนผลต่างค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.10 คะแนน (95%CI=1.01-1.17)

คำสำคัญ: **โรคจิตเภท; โรคจิตเวช; ผู้ป่วยจิตเวช; การดูแลผู้ป่วยจิตเวช; การดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน**

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสุขภาพจิตได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ด้วยโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยในระบบสุขภาพตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554-2555 โดยนำแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพขององค์การ

อนามัยโลก มาใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ เพิ่มคุณภาพบริการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ในปีงบประมาณ 2557-2559 ได้จัดทำโครงการเพิ่มคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ จากการดำเนินการดังกล่าว พบว่า มีการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจากร้อยละ 48.80 เพิ่มเป็นร้อยละ 57.20 และ 64.87 แต่ยังพบว่า การเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องในชุมชนยังอยู่ในระดับต่ำ[1] และเป็นโรคเรื้อรังซึ่งถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดอัตราการกำเริบซ้ำรุนแรง เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล รวมทั้งก่อความรุนแรง/อาชญากรรมในชุมชนได้

ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 -2561 พบว่า มีผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอัตราป่วย 1,666.38, 1,645.58, 1,639.80, 1,690.78 และ 1,757.69 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน[2] โดยในปี 2561 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จรอบ 6 เดือนแรกร้อยละ 3.14 ส่วนรอบ 6 เดือนหลังร้อยละ 3.18[3] ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ร้อยละ 53.04 ปัญหาจากสุราร้อยละ 29.00 โรคทางกายร้อยละ 25.70 ปัญหาด้านเศรษฐกิจร้อยละ 19.00 โรคทางจิตร้อยละ 12.00 และโรคซึมเศร้าร้อยละ 7.80 และพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะกลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำใน 1 ปี ถึงร้อยละ 94.27 จังหวัดกาฬสินธุ์ในปี พ.ศ. 2559 -2561 พบว่ามีอัตราป่วยโรคจิตเวช 1,472.01, 1,735.42 และ 1,943.99 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น[4] สาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหา สุรา ยาเสพติด ซึ่งปัญหาสุขภาพจิต ไม่ใช่ปัญหาเฉพาะบุคคล และครอบครัวเท่านั้นแต่มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ สูญเสียทรัพยากรบุคคล เกิดปัญหากับสังคม[5] และสูญเสียงบประมาณทั้งในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษาเป็นเวลานานโดยผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยจึงต้องเป็นภาระของรัฐบาลและได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐอย่างมาก[6] แต่ปัญหาที่เกี่ยวกับผู้ป่วยสุขภาพจิตต่าง ๆ สามารถที่จะแก้ปัญหาดังกล่าวนั้นได้หากประชาชน และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน

ในเขตพื้นที่อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2559 -2561 พบว่ามีอัตราป่วย 1,726.50 2,437.76 และ 2,838.09 ต่อประชากรแสนคน จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอัตราผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ 0.74, 0.91 และ 0.17 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีอัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 3.78, 7.73 และ 4.97 และมีอัตราการขาดนัด/ขาดยาของผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 41.20, 32.05 และ 35.00 ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังรวม 862 คน คิดเป็นอัตราป่วย 2956.20 ต่อประชากรแสนคน[7] ผู้ป่วยจิตเวชในเขตพื้นที่ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2559 -2561 มีผู้ป่วยจำนวน 35, 42 และ 44 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ 29.41, 28.57 และ 31.25 ต่อประชากรแสนคนเกินค่ามาตรฐานตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง มีอัตราอาการกำเริบร้อยละ 37.14, 38.09 และ 45.45 และมีอัตราการขาดนัด/ขาดยา ร้อยละ 45.71, 47.62 และ 52.27 และ พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังรวม 47 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1,468.75 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีอาการกำเริบซ้ำมากที่สุด จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 44.68) และต้องส่งต่อโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และโรงพยาบาลจิตเวช 16 ราย (ร้อยละ 34.04) โดยมีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 8.51) และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 1 ราย (31.25 ต่อประชากรแสนคน) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง ขาดผู้ดูแลหลักไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยขาดยา นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้ป่วยสุขภาพจิตที่อยู่นอกระบบ Dashboard ไม่ได้เข้าสู่ระบบการดูแลเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตไม่เพียงพอในการสังเกตสัญญาณเตือนต่าง ๆ ของการทำร้าย

ตนเอง ส่งผลต่ออาการและความรุนแรงของโรค และปัญหาในการใช้ชีวิตร่วมกับชุมชน จนมีอาการกำเริบรุนแรงซ้ำนำไปสู่การทำร้ายตัวเองและผู้อื่นเป็นปัญหาของครอบครัวและชุมชน

จากปัญหาดังกล่าวทีมผู้วิจัยจึงได้ศึกษาแนวทางในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาอาการกำเริบรุนแรงซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการพัฒนารูปแบบในการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชไม่ให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชนเขตพื้นที่ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในการค้นหาวิเคราะห์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช การสร้างแนวทางการพัฒนา และจัดทำแผนดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดการจัดการปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันของคนในชุมชน ที่ส่งผลให้ปัญหาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนลดลง และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชให้ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขอันจะก่อให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างชุมชนมีความเข้มแข็งและเป็นพลังในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองและชุมชน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชน ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชน ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (action research) 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (planning) โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน[13,14] (2) การปฏิบัติตามแผน (action) (3) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (observation) และ (4) การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานต่อไป (reflection)

พื้นที่ในการดำเนินการวิจัยคือ ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชน ระยะที่ 2 พัฒนาการมีส่วนร่วมในการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชไม่ให้มีอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชน ระยะที่ 3 ศึกษาผลของรูปแบบและการประเมินผลการดำเนินงานปรับปรุงแก้ไขต่อเนื่องในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้มาโดยการคัดแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย ดังนี้

กลุ่ม 1 กลุ่มผู้บริหารเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการบริหารงานในด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชน คือ ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 7 คน ดังนี้ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเขาวง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสะอาด นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลสระพังทอง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลสระพังทอง ผู้รับผิดชอบงานบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยประจำสถานีตำรวจภูธรอำเภอเขาวง ปลัดฝ่ายปกครองอำเภอเขาวง และสาธารณสุขอำเภอเขาวง

กลุ่ม 2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนสะอาด ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จำนวน 7 คน

กลุ่ม 3 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวและชุมชน ดังนี้ ด้านการปกครอง ได้แก่ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 7 คน ด้านสุขภาพ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 7 คน ด้านการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ สมาชิกเทศบาลตำบล จำนวน 2 คน ด้านสังคม ได้แก่ กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว จำนวน 47 คน รวมทั้งหมดจำนวน 65 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณใช้

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน และการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1) ข้อมูลคุณลักษณะของประชากร

2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[8] ดังนี้

- มีความรู้ระดับมาก หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (16 – 20 คะแนน)
- มีความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 (12 – 15 คะแนน)
- มีความรู้ระดับน้อย หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0 – 11 คะแนน)

3) แบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ระดับ[9] โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ หากตอบระดับมากคิดเป็น 3 คะแนน ตอบระดับปานกลางคิดเป็น 2 คะแนน และตอบระดับน้อยคิดเป็น 1 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยการจัดระดับ 3 ระดับ ดังนี้

- ระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
- ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
- ระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

แบบติดตามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 9 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล/ญาติ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านความสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว โดยผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ข้อ ฉบับภาษาไทย (WHO-QOL-BREF-THAI)[10] ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า ครอบคลุมคุณภาพชีวิต 4 องค์ประกอบ คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านความสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
- 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
- 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน[11] จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุงโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้เครื่องมือกับตัวอย่าง 30 คน โดยหาค่า Cronbrach's alpha coefficients)[12] ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเท่ากับ 0.88 และความรู้เรื่องโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการหาค่าการหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR) ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตตอบแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2562 (หลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รหัส KLS.REC54/2561 ลงวันที่ 30 กันยายน 2561)

3. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปให้กับกลุ่มตัวอย่างและจัดเก็บด้วยตนเอง ก่อนการสนทนากลุ่ม

4. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่มซึ่งดำเนินการโดยประสานงานล่วงหน้า และก่อนการเก็บข้อมูลได้ขออนุญาตก่อนทุกครั้งถ้ามีการบันทึกเสียงและภาพ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง-พรรณนา เพื่อหาการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยและการประเมินคุณภาพชีวิตในชุมชน และใช้สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ paired sample t-test นำเสนอผลต่างค่าเฉลี่ย และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95%CI) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.84 มากที่สุดมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.38 โดย มีอายุเฉลี่ย 54.70 ปี (SD=9.30) อายุต่ำสุด 28 ปี อายุสูงสุด 67 ปี การศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.54 มีสถานภาพสมรส(คู่) ร้อยละ 63.08 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 78.46 โดยมีสถานะบทบาทในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 38.48

2. กระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 ขั้นการวางแผน (Planning) โดยการค้นหาปัญหา/สาเหตุของปัญหากำหนดแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาโดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนกลุ่มย่อย 7 หมู่บ้านสนทนาพูดคุยในประเด็นข้อคำถาม 4 ข้อคำถาม ดังนี้

1) ประเด็นที่ 1 การดูแลผู้ป่วยจิตเวช “ใครควรเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องบ้าง” ได้ข้อสรุปจากทั้ง 7 กลุ่มดังนี้คือ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกเทศบาล ตำรวจ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. เจ้าหน้าโรงพยาบาลที่ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

2) ประเด็นที่ 2 รู้สึกอย่างไรเมื่อพบผู้ป่วยจิตเวช “ที่ไม่ได้รับการรักษา” ได้ข้อสรุปจากทั้ง 7 กลุ่มดังนี้ คือ มีความรู้สึกสงสารทั้งตัวผู้ป่วยและญาติอยากให้ความช่วย-เหลือแต่บางครั้งก็ไม่กล้ากลัวถูกญาติตำหนิกลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย

3) ประเด็นที่ 3 จะทำอย่างไรเพื่อให้ “การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ผลดี” ได้ข้อสรุปจากทั้ง 7 กลุ่มดังนี้คือ ทุกคนในชุมชนช่วยกันสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยถ้าพบว่ามีอาการผิดปกติรุนแรงให้รีบประสานไปยัง อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ตำรวจกรณีกำเริบรุนแรงมีการใช้สารเสพติดหรือ แจ้ง 1669 หรือ 191 ให้มาช่วยเหลือส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล พูดคุยกับผู้ป่วยเหมือนคนปกติไม่ล้อเลียน ให้กำลังใจ แก่ผู้ป่วยและญาติสม่ำเสมอ

4) ประเด็นที่ 4 จะมีแนวทาง “วิธีการหรือรูปแบบอย่างไรที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเกิดผลดีและต่อเนื่อง” ได้ข้อสรุปจากทั้ง 7 กลุ่มดังนี้คือ ญาติ/สมาชิกในครอบครัวดูแลการกินยาอย่างต่อเนื่องคอยสังเกตอาการผิดปกติไม่ชักชวนผู้ป่วยดื่มสุรา แบ่งหน้าที่ อสม. รับผิดชอบร่วมกันในเขตพื้นที่รับผิดชอบตัวเองเฉพาะรายและประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกติดตามเยี่ยมเดือนละครั้งเป็นอย่างน้อย โดยเน้นให้เกิดความต่อเนื่องไม่ขาด ๆ หาย ๆ

2.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นที่ดำเนินการต่อเนื่องนำแผนสู่การปฏิบัติในพื้นที่โดยการ

1) สร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคจิตเวชในตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัด

กาฬสินธุ์ และร่วมจัดทำแนวทางขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ

2) พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเวชโดยการปรับปรุงฐานข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชให้ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน การปรับปรุงระบบการติดต่อสื่อสารรับ-ส่งข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย รพ.สต. และชุมชนให้เชื่อมโยง ทันสมัย ต่อเนื่องติดตามประเมินผลการดำเนินงาน/รายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลแม่ข่าย รพ.สต. ตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพ(KPI) เดือนละ 1 ครั้ง

3) อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพให้มีความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเขตหมู่บ้านรับผิดชอบตนเองตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ

4) อบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน อสม. ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เรื่องโรคจิตเวช และมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสมในชุมชน

5) ติดตามเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต.ตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเฉพาะราย (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ 4 สัปดาห์ครั้งตามผลการประเมินสุขภาพผู้ป่วย)

6) การแก้ไขปัญหาระบบการติดตามผู้ป่วยผิดนัดผ่านระบบ Line, Facebook โดยผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลเขาวงส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ไปรับยาตามนัดทุกวัน ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแจ้งต่อเครือข่ายผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายหรือญาติผู้ป่วยในชุมชนให้ได้พบแพทย์รับยาตามนัด

7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลการดำเนินงานเพื่อหาจุดบกพร่องหรือวิเคราะห์ปัญหานำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขพัฒนาให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลตามบริบทของชุมชน

สรุปการพัฒนารูปแบบการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชนตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนานโยบายกลไก และการจัดการในพื้นที่โดยการเสริมกลไกประสานงานในระดับพื้นที่ (อำเภอ ตำบล และชุมชน) ซึ่งจากการจัดเวทีประชุมและสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้สรุปแนวทางในการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชนเกิดผลดีและต่อเนื่อง ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในชุมชน โดยทุกภาคส่วนในชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีการจัดกิจกรรมร่วมกันในชุมชน รวมถึงการแสดงออกถึงความรักความห่วงใยแก่ผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้น

2) การมีกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วมการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น ร่วมกิจกรรมงานบุญประเพณีต่าง ๆ กิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน ประชุมอบรมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนจะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในชุมชนได้

3) การจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจากเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

4) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องถูกต้องเหมาะสม

5) การตั้งกฎเกณฑ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งกฎเกณฑ์ในชุมชนนั้นสามารถใช้บังคับการกระทำอันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลถึงการกำเริบของอาการผู้ป่วยได้ เช่น การห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์แก่ผู้ป่วยจิตเวช การจำหน่ายเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ช่วงเวลา 17.00 น. – 21.00 น. งดจำหน่ายในวันพระ วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา และห้ามขายเครื่องดื่มที่ผสม

แอลกอฮอล์ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นต้น ซึ่งการตั้งกฎเกณฑ์ในชุมชนนั้นจะส่งผลให้ชุมชนมีค่านิยมที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

6) การแก้ไขปัญหาระบบการติดตามผู้ป่วยผิดนัด ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นตรงกันว่า ควรนำระบบการสื่อสารผ่านระบบ Line, Facebook มาใช้โดยขอความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลเขาวง ให้ส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ไปรับยาตามนัดตรวจสอบ ข้อมูลและแจ้งกลับทุกวัน เพื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะได้แจ้งต่อเครือข่ายผู้ที่รับผิดชอบผู้ป่วยเฉพาะราย หรือญาติ-ผู้ป่วยในชุมชน

7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เป็นระยะ ๆ เพื่อหาจุดบกพร่องหรือวิเคราะห์ปัญหานำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขพัฒนาให้เหมาะสมกับ ความต้องการของผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล ตามบริบทของชุมชน

2.3 ขั้นสังเกตการพัฒนา (Observation) จากกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของคณะทำงานพัฒนารูปแบบการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชน ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ผลการวิจัย ดังนี้

1) ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชน ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการพัฒนาพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.85 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 24.61 และระดับมาก ร้อยละ 21.54 หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคจิตเวชมากที่สุดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.15 รองลงมาคือ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.69 และระดับน้อย ร้อยละ 6.15

2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้กับโรคจิตเวชและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการพัฒนา (Mean=13.55, SD=2.80 และ Mean=16.05, SD=2.88 ตามลำดับ) โดยหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยมีคะแนนผลต่างค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.50 คะแนน (95%CI=1.67-3.33) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

3) ระดับค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชนตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการพัฒนา พบว่า ภาพรวมด้านผู้ดูแลมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอยู่ในระดับน้อย(Mean=1.48, SD=0.42) ด้านภาคีเครือข่ายภาพรวมอยู่ในระดับน้อย(Mean=1.58, SD=0.48) ด้านการจัดกระบวนการภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean=1.44, SD=0.37) และด้านการเรียนรู้และการพัฒนาอยู่ในระดับน้อย (Mean=1.45, SD=0.37) หลังการพัฒนาพบว่า ด้านผู้ดูแลมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับมาก(Mean=2.60, SD=0.19) ส่วนด้านภาคีเครือข่ายภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.68, SD=0.10) ด้านการจัดกระบวนการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา

คะแนนความรู้	n	Mean	SD	95%CI	t	p-value
ก่อน	65	13.55	2.80	1.67-3.33	6.01	<0.001*
หลัง	65	16.05	2.88			

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.65, SD=0.16) และด้านการเรียนรู้และการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean=2.39, SD=0.32)

4) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชนก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับน้อยและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean=1.49, SD=0.38 และ Mean=2.58, SD=0.16 ตามลำดับ) โดยหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยมีคะแนนผลต่างค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.10 คะแนน (95%CI=1.01-1.17) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

5) ผลการติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

5.1) ด้านอาการกำเริบทางจิตของผู้ป่วยในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบรุนแรงรู้เรื่องช่วยตนเองได้ดำรงชีวิตในชุมชนได้ จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.24 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิมอย่างน้อย 10 วันใน 1 เดือน จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 8.51) และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผิดปกติจากเดิมมากกว่า 10 วัน ใน 1 เดือน กำเริบรุนแรงซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 4.26)

5.2) ด้านการกินยา พบว่า ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอรับประทานยาครบทุกวันตามที่แพทย์สั่ง จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 95.75 และผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอครบตามที่แพทย์สั่ง โดยการรับประทานยาเป็นบางเวลา จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 4.26) ซึ่งไม่มีผู้ป่วยขาดยาหรือไม่รับประทานยาเลยทุกมื้อในชุมชน

5.3) ด้านผู้ดูแล/ญาติ พบว่า มีญาติในครอบครัวที่เป็นอาสาสมัครสุขภาพประจำครอบครัว (อสค.)มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดี จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.37 และผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นคนนอกครอบครัวเป็นอาสาสมัครสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 10.64) ซึ่งไม่มีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอในชุมชน

5.4) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.49 ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 6.39) และผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลยต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.13)

5.5) ด้านการประกอบอาชีพ พบว่า ผู้ป่วยมีรายได้จากอาชีพหรือความสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพทุกครั้งได้ จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.37 ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้แต่ต้องมีคนกระตุ้นจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 6.39) และผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวประกอบอาชีพได้เลย จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 4.26)

5.6) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ครอบครัวมีความสัมพันธภาพด้านบวกชมเชยให้กำลังใจผู้ป่วยอยู่

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการพัฒนา

การปฏิบัติ	n	Mean	SD	95%CI	t	p-value
ก่อน	65	1.49	0.38	1.01-1.17	27.07	<0.0001*
หลัง	65	2.58	0.16			

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ในระดับดีจำนวน 44 ครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 93.62 ครอบครัวมีความสัมพันธภาพอยู่ในระดับปานกลาง ชมเชยบ้างแต่ยังพบการดุด่าตักเตือนบางครั้งจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 6.39) โดยไม่มีครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้านลบติเตือน ดูถูก ด่าว่าผู้ป่วยในชุมชนเลย

5.7) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้ป่วยมีที่อยู่อาศัยร่วมกันเป็นหลักแหล่งอยู่ในระดับดี จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.37 ผู้ป่วยมีที่อยู่อาศัยแต่แยกออกจากครอบครัวอยู่คนเดียวจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 10.64) และไม่มีผู้ป่วยไม่มีที่อยู่อาศัยเร่ร่อนในชุมชน

5.8) ด้านการสื่อสาร พบว่า ผู้ป่วยสามารถสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคนอื่นได้ดี จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.49 ผู้ป่วยสามารถสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคนอื่นได้เป็นครั้งคราวจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 8.51) ซึ่งไม่มีผู้ป่วยที่มีพูดคุยกับใครในชุมชนเลย

5.9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการเรียนรู้อยู่ในระดับดีบอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.49 ผู้ป่วย มีความสามารถในการเรียนรู้อยู่ในระดับปานกลางสอนซ้ำ ๆ จึงทำได้จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 6.39) และผู้ป่วยมีความสามารถในการเรียนรู้ที่ต้องปรับปรุงสอนเท่าไรก็จำไม่ได้หรือทำไม่ได้จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.13)

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีจำนวน 45 ราย (ร้อยละ 95.75) และผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 4.26)

2.4 การสะท้อนกลับผลหลังจากการปฏิบัติ (Reflection) ผู้วิจัยได้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูลสรุปผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชน ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบร่วมกันวิเคราะห์จุดอ่อนในการพัฒนาและปัญหาอุปสรรคประเด็นที่ต้องพัฒนาต่อไป จากปัจจัยความสำเร็จสามารถสรุป และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชนตำบลสระพังทอง อำเภอเขวง จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ “DSR Psychosis Relapse Prevention Model” ดังนี้

1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยในชุมชน (Database system) = D คือ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชให้ถูกต้อง และเป็นปัจจุบันแยกตามกลุ่มสาเหตุระดับอาการด้วยสีความรุนแรงเพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายที่เหมาะสม และระบบการรับ-ส่งข้อมูลติดตามการดูแลผู้ป่วยเชื่อมโยงโรงพยาบาลแม่ข่าย รพ.สต. และชุมชนให้เชื่อมโยง ทันสมัยต่อเนื่อง ติดตามประเมินผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. และพัฒนาระบบรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลแม่ข่าย รพ.สต. ตามแบบตัวชี้วัดด้านสุขภาพ (KPI) ผ่านระบบ Line, Facebook

2. การพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพ (Service Plan) = S คือ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยด้วยการมีส่วนร่วมของหัวใจ 4 ดวง ประกอบด้วย

1) ครอบครัว ด้วยการอบรมพัฒนาศักยภาพ “อาสาสมัครสุขภาพประจำครอบครัว (อสค.)” ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย และการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นอาการกำเริบของผู้ป่วยในครอบครัว

2) ชุมชน ด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม. เชี่ยวชาญสุขภาพจิตชุมชน) ประเมินติดตามผลการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน และผู้นำชุมชนโดยการสร้างกฎกติกาชุมชนร้านค้าเฝ้าระวังการจำหน่ายสิ่งที่กระตุ้นอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

3) รพ.สต. และ รพ.แม่ข่าย ติดตามดูแลผลการรักษา ประเมินคุณภาพชีวิต และติดตามเยี่ยมบ้านโดยภาคีเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

4) ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ฝ่ายปกครองอำเภอเขาวง ตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขับเคลื่อนกระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมกันอย่างต่อเนื่องในชุมชน

3. การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย (referral system) = R คือการพัฒนาวงล้อการส่งต่อผู้ป่วยที่มีคุณภาพโดย

การดูแลช่วยเหลือของภาคีเครือข่าย

1) ผ่านรถกู้ชีพเทศบาลประจำตำบล กรณีผู้ป่วยมีอาการกำเริบ/ฉุกเฉินไม่รุนแรงโดยการประเมินอาการเบื้องต้นของ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) การส่งต่อกรณีผู้ป่วยมีอาการกำเริบ/ฉุกเฉินรุนแรงด้วยผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง และเจ้าหน้าที่ตำรวจประสานงานห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อประเมินอาการ และการส่งต่อบำบัดรักษาในโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลจิตเวช

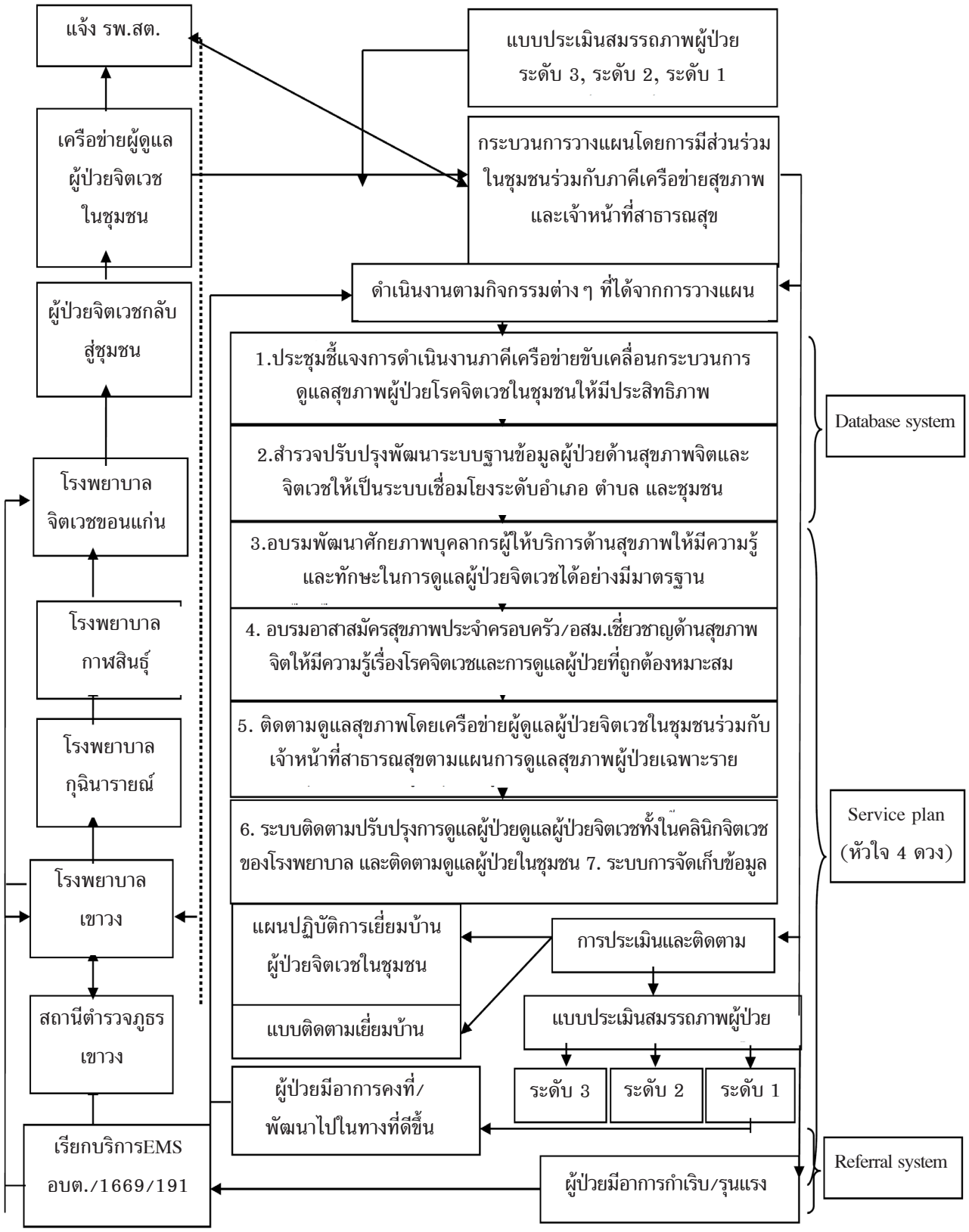
3) กรณีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังรุนแรง/ร่วมสารเสพติด โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลโรง-พยาบาลแม่ข่าย

4) การรับผู้ป่วยหลังจากการบำบัดรักษาเรียบร้อยแล้วด้วยรถกู้ชีพเทศบาลประจำตำบลกลับดูแลต่อเนื่องในชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล/ส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ดังภาพที่ 1

วิจารณ์

ผลการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ร่วมกับการประชุมเชิงปฏิบัติการในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการจัดทำแผนการระดมสมอง วางแผน และดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทำให้ได้กิจกรรมในโครงการที่เกิดขึ้น ได้แก่ การสร้างภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การพัฒนาศักยภาพความรู้และทักษะในการให้บริการของบุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพ สำรวจปรับปรุงพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การติดตามเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อบรมให้ความรู้แกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ติดตามผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยจิตเวช การจัดเก็บข้อมูลให้มีคุณภาพ จากกระบวนการที่ทุกคนได้ร่วมกันสร้างและพัฒนา ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และสามารถรับทราบถึงศักยภาพของชุมชนในการจัดการกับปัญหา โดยการใช้การสนทนาพูดคุย การคืนข้อมูลแก่กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การบูรณาการงานร่วมกับกิจกรรมโครงการอื่นในชุมชนซึ่งส่งผลดีต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชนด้วย รวมถึงได้ทราบถึงพลังของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบ ผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ และสังคมไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวช พร้อมกันนี้ ยังได้รูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ชุมชนร่วมกันสร้างขึ้นในครั้งนี้ ประกอบไปด้วยแนวคิดในการมีส่วนร่วม 4 ด้าน คือ ด้านประชาชน ด้านภาคี-เครือข่าย ด้านกระบวนการ และด้านการเรียนรู้และพัฒนาชุมชน ซึ่งโดยรวมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาซึ่งได้สอดคล้องกับผลการศึกษาของผู้ที่ได้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยทีม-สหวิชาชีพสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการกำเริบ และอยู่ร่วมกันในชุมชนได้[15] การศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลบ้านไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัด-สุรินทร์ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 ด้านคือ ด้านประชาชน ด้านภาคีเครือข่าย ด้านกระบวนการ และด้านการพัฒนาและเรียนรู้ หลังการพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกมาตรการและใช้มาตรการภายในชุมชน และการดำเนินกิจกรรมเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันในชุมชน[16] และการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่องจากคนในชุมชน แบบใกล้บ้านใกล้ใจ ชุมชนเองก็ไม่รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระของชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ลดอาการกำเริบและอาการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วย-

ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชน ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์



จิตเภทมีคุณภาพชีวิตและระดับความสามารถใช้ชีวิตโดยรวมดีขึ้นอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข[17]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาในการดำเนินงานและอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ชุมชน โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมวิเคราะห์และคืนข้อมูลให้แก่ ชุมชนทราบ มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มาร่วมเป็นเครือข่ายในการให้บริการทำให้เกิด การเรียนรู้และพัฒนาโดยใช้ปัญหาเป็นพื้นฐานและตั้งเป้าหมายในการพัฒนาร่วมกัน ส่งผลให้การจัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามารถป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำได้

2) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้เยี่ยมกับผู้ป่วยรวมถึงญาติด้วยนั้น ผู้ที่มีหน้าที่เยี่ยมผู้ป่วยในแต่ละรายควรมีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย รวมถึงครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและมีความรู้สึกที่เป็นมิตร ซึ่งส่งผลถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้เป็นอย่างดี

3) การตั้งกฎเกณฑ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น เรื่องห้ามจำหน่าย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้กับผู้ป่วยจิตเวชช่วยลดโอกาสเสี่ยงจากการกำเริบอาการของโรคได้ อีกทั้ง ช่วยลดความเครียด ความกังวลใจของญาติและการส่งเสริมค่านิยมที่ดีในชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาในผู้ป่วยเฉพาะราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อให้ทราบถึงปัญหาของการดูแลผู้ป่วย รายบุคคล และนำข้อมูลจากผู้ป่วยแต่ละบุคคลมาวิเคราะห์ร่วมกันในชุมชน หรือเครือข่ายเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2) ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ต่อการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: แสงจันทร์การพิมพ์; 2559.
2. อภิชาต อภิวัฒนพร. การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในจังหวัดสกลนคร.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2556; 21(2): 131-137.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2550-2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://dmh.go.th/report/opdnew/patient1.asp?noyear=2561
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการจำแนกรายกลุ่มโรคและสิทธิประจำปี งบประมาณ 2559-2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://203.157.186.112/hdc/reports/report.php?source=pformated/format_fix_col2.php&cat_id=22710ed5db1ed-6b12aab540a7b0753b3&id=67ce3cd10f4ed5d2b-3517f1373ef273d
5. กษมา พลดงนอก. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยรูปแบบสถานฟื้นฟูในเวลากลางวัน [การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551. 142 หน้า.
6. สกาวรัตน์ พวงลัดดา,ชนกานต์ เนตรสุนทร,สุจินต์ ฐิติพิเชฐกุล, จันทร์ ยี่สุ่นศร. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2556; 27(2):127-43.
7. โรงพยาบาลเขาวง. รายงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดสุขภาพประจำปี 2561. ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.) ครั้งที่ 1; 7 ตุลาคม 2561; ห้องประชุมฝ้ายคำ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลเขาวง; 2562.

8. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
9. Likert R. The human organization: Its management and value. New York: McGraw-Hill; 1967.
10. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วีระวรรณ ตันติวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
11. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2545.
12. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์; 2551.
13. Cohen JM, Uphoff NT. World development. New York: McGraw-Hill; 1986.
14. Davis K, Newstrom W. Human behavior at work. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 1989.
15. กมลวรรณ สีเชียงสา, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, สายทิพย์ สุทธิรักษา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วารสารเภสัชกรรมไทย 2562; 10(2):457-67.
16. สุกัญญา ละอองศรี, บัววรุณ ศรีชัยกุล และนภดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลบ้านไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 2560; 23(2): 68-79.
17. นิตยา สินธุ์ภูมิ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. ประชุมวิชาการ Service Plan Roi-Et Sharing ครั้งที่ 2; 19 ก.ย. 2560; โรงแรมเพชรรัชต์การ์เด้นท์ จังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2560.

Abstract: **Development of a Model to Prevent Severe Recurrence Episodes among Psychosis Patients in the Community in Non Sa-at Subdistrict, Khaowong District, Kalasin Province**

Santi Uttharang, M.P.H.*; **Kraithong Chaimatchim, M.P.H.***; **Saithip Sangudgaib, B.P.H.****; Thanyalak Chaisuk, **M.N.S.****

** NaKhu District Public Health Office, Kalasin Province; ** Kaowong Hospital, Kalasin Province, Thailand*

Journal of Health Science 2023;32(5):850-63.

This research was an action research aiming to study development of preventing recurrence of psychosis among patients in the community in Non Sa-at Subdistrict, Khaowong District, Kalasin Province. The samples were 65 psychiatric caregivers in community recruited by purposive sampling to the specified qualification. Tools of research were questionnaire and group discussion; and data were collected between 1 October 2018 to 30 September 2019. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics and qualitative data analyzed by content analysis. The results showed that after the development the samples had significantly increased average knowledge scores about psychiatric illness and patient health care with the mean=13.55, SD=2.80 before and the mean=16.05, SD=2.88 after, respectively), p<0.05. The average difference score increased by 2.50 points (95%CI=1.67-3.33). As for the practice regarding psychiatric illness and health care of psychiatric caregivers in the community the average score was also significantly higher (Mean=1.49,SD=0.38 before, compared to the Mean=2.58, SD=0.16 after the pr[gram), p<0.05. The average difference score increased by 1.10 points (95%CI=1.01-1.17).

Keywords: **psychosis; psychiatric illness; psychosis relapse prevention; caregivers in the community**