

ผลการพัฒนาระบบและกระบวนการช่วยเหลือดูแลรักษา ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลคลองหลวง โดยใช้ระบบสุขภาพอำเภอของอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ชลนิสา รุ่งเรือง พ.บ., อบ. เวชศาสตร์ป้องกันแขนงจิตเวชชุมชน
โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาระบบการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลคลองหลวง โดยนำเอาระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มาเสริมขบวนการดูแลรักษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง 1 ปี (ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2560) กลุ่มตัวอย่างคือ ข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ในเขตพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี และถูกส่งตัวกลับมารับยาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลคลองหลวง มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 40 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ขั้นตอนการดำเนินวิจัย ดังนี้ (1) พัฒนาระบบและกระบวนการช่วยเหลือดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล-คลองหลวงโดยใช้ระบบสุขภาพอำเภอ (2) ประเมินก่อนได้รับกระบวนการรักษาโดยแบบประเมินผู้ป่วยจิตเวช 9 ด้าน และให้การบริการรักษาตามระบบสุขภาพอำเภอ และประเมินหลังการรักษา (3) วิเคราะห์ข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทั่วไป และสถิติ non-parametric test ได้แก่ สถิติ Friedman's test ใช้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของแบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 9 ด้าน ก่อนและหลังได้รับการรักษา 5 ครั้ง (เดือนที่ 1, 3, 6, 9 และ 12) และสถิติ Wilcoxon-signed rank test ใช้ในการวิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของแบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ก่อนการรักษาและหลังได้รับการรักษาแต่ละครั้ง ผลการศึกษา พบว่า หลังผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานการรักษารักษา-พยาบาลและใช้ระบบของสุขภาพอำเภอมาเสริมขบวนการดูแล ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 9 ด้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ค่า $p < 0.05$ และที่ระยะเวลา 6 เดือน จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบลดลงจาก 10 คนเป็น 2 คน และจำนวนครั้งของอาการกำเริบลดลงจาก 11 ครั้งเหลือ 2 ครั้ง และที่ระยะเวลา 12 เดือน พบว่า ไม่มีผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ จากผลการศึกษา นี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาระบบการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย-จิตเภทโดยใช้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยมีความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลคลองหลวงได้รับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุมต่อเนื่องมีประสิทธิภาพมากขึ้นและคงอยู่ในระบบการรักษา ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น สามารถอยู่ร่วมในชุมชนได้ ลดภาระการดูแลของครอบครัว ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท, ปัญหาสุขภาพจิต, ระบบสุขภาพอำเภอ

บทนำ

โรคจิตเภท เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ส่งผลทางจิตที่รุนแรง และพบบ่อยที่สุด อัตราความชุกของโรคจิตเภท ประมาณร้อยละ 0.5-1.5 หรือประมาณ 21 ล้านคนของประชากรทั่วโลก และในผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งหมดมีผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทมาร้อยละ 40.0 ถึง ร้อยละ 50.0⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทย จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2558 พบว่า สถิติผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,152,004 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภท 409,003 ราย ซึ่งมากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด⁽²⁾ โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีสาเหตุมาจากปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งทางร่างกายนั้นเกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองในการสร้างสารโดปามีน (Dopamine) ที่มีปริมาณมากหรือน้อยเกินไป ส่วนทางด้านจิตใจนั้นเกิดจากความเครียดในชีวิตประจำวันเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้น การดำเนินของโรคมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องอาจเกิดอาการกำเริบ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำให้ญาติต้องพาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันลดลง มีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ทางสังคมลดลง ทำให้เกิดการป่วยซ้ำต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย ๆ ซึ่งส่งผลให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ทั้งระดับครอบครัวและประเทศ^(3,4)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบซ้ำมีหลายปัจจัย ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ยาจิตเวช และสถานบริการด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยและคนในครอบครัวขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง คนในครอบครัวหรือผู้ดูแลเบื้องหน้าและท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจของครอบครัว และมีความยากลำบากในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง^(5,6)

จากทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem DE⁽⁷⁾ ที่กล่าวถึง

การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self-requisites) ประกอบด้วย การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ การรับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาโรค การที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองและเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมถึงผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สามารถดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ถูกต้อง และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนให้คนในครอบครัวเกิดการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือระดับประคอง ผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมนั้น จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล^(8,9)

ทีมสหสาขาวิชาชีพ อันได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ หรือวิชาชีพอื่น ๆ จึงมีบทบาทสำคัญต่อการจัดการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องของการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการให้ยา ให้คำแนะนำทางการแพทย์ ดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการดูแล ติดตาม กระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง พร้อมการให้คำปรึกษา สังเกตและซักถามผู้ป่วยถึงอาการข้างเคียงจากยา ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด เพื่อช่วยลดปัญหาและป้องกันอาการกำเริบซ้ำ^(3,10) นอกจากการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภทแล้ว การรักษาทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภท สามารถช่วยลดอาการทางจิต เพิ่มการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ มุ่งเน้นให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยการสร้างเครือข่ายการดูแลทั้งทีมสุขภาพและเครือข่ายภาคชุมชน^(11,12) จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัด มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(13,14)

โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ได้เปิดให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ตั้งแต่ปี 2554 การดำเนินงานที่ผ่านมา มีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุด พบว่าข้อมูลในระหว่างปี 2557 - 2559 มีผู้ป่วยโรคจิตเภท 179 ราย 228 ราย และ 236 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและบางรายมีปัญหาซับซ้อน ได้แก่ ขาดทักษะชีวิตในการที่จะจัดการกับปัญหา ไม่ยอมรับการรักษา ขาดผู้ดูแล อีกทั้งญาติหรือผู้ดูแลมีทัศนคติทางลบ ขาดการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ประกอบกับครอบครัวผู้ป่วยส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้าง ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอนค่อนข้างยากจน คนดูแลหลักต้องไปทำงานนอกบ้านเพื่อทำงานรับจ้าง ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องครบถ้วน และไม่สามารถพบแพทย์รับยาตามนัดได้ จึงส่งผลกระทบต่ออาการและความรุนแรงของโรค รวมถึงผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนหรือมีอาการกำเริบ จึงทำให้ต้องกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล⁽¹⁵⁾

ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่เน้นการพัฒนาบริการปฐมภูมิเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ ตลอดจนเกิดชมรมหรือกลุ่มช่วยกันดูแลกันเหมือนครอบครัวใหญ่ และทีมหมอครอบครัว ระบบสุขภาพอำเภอ หรือ district health system (DHS) เป็นระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ มีการบูรณาการภาคี เน้นเป้าหมายและจัดการความรู้แบบอิงบริบทโดยคนในพื้นที่ ไม่ทอดทิ้งกัน มีการดูแลคนพิการและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโรคจิตเภทเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องได้รับ

การเยียวยาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 การสร้างเครือข่ายระดับอำเภอในระบบสุขภาพอำเภอนี้ สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนากระบวนการช่วยเหลือและดูแลผู้ที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ดังนั้น เพื่อให้กระบวนการให้การช่วยเหลือและการดูแลผู้ที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันปัญหาอาการกำเริบที่ทำให้ต้องกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงสนใจจะพัฒนาระบบและศึกษาผลของการพัฒนาระบบ และกระบวนการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบและกระบวนการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลคลองหลวง โดยนำเอาระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มาใช้

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง 1 ปี (ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2560) โดยใช้ข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อรายงานผลก่อนและหลังได้รับการรักษา และผลการประเมินซ้ำ 5 ครั้ง โดยวัดที่เดือนที่ 1, 3, 6, 9 และเดือนที่ 12

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับบริการในโรงพยาบาลคลองหลวง ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 40 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ดังต่อไปนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV (F20-F29) ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (SMI-V) และถูกส่งตัวกลับมารับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
 3. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
- เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 9 ด้าน (16) ได้แก่
- 1) ด้านอาการทางจิต
 - 1 คะแนน (ไม่มีอาการ) หมายถึง ผู้ป่วยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ ดำรงชีวิตในชุมชนได้
 - 2 คะแนน (มีบ้าง) หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มีอย่างน้อย 10 วันใน 1 เดือน
 - 3 คะแนน (มีบ่อย) หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มีมากกว่า 10 วันใน 1 เดือน
 - 2) ด้านการกินยา
 - 1 คะแนน (สม่ำเสมอ) หมายถึง การรับประทานยาครบทุกวันตามที่แพทย์สั่ง
 - 2 คะแนน (ไม่สม่ำเสมอ) หมายถึง รับประทานยาไม่ครบตามคำสั่งแพทย์ แต่ยังมีรับประทานยาเป็นบางเวลา
 - 3 คะแนน (ไม่กินยา) หมายถึง ไม่รับประทานยาเลยทุกมื้อ
 - 3) ด้านผู้ดูแล/ญาติ
 - 1 คะแนน (ดี) คือ มีผู้ดูแลหลักเป็นคนในครอบครัว มีศักยภาพในการดูแล
 - 2 คะแนน (ปานกลาง) คือ มีผู้ดูแลเป็นคนนอกครอบครัว
 - 3 คะแนน (ปรับปรุง) คือ ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ
 - 4) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน
 - 1 คะแนน (ทำได้) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง
 - 2 คะแนน (ทำได้บ้าง) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ
 - 3 คะแนน (ทำไม่ได้) หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย
 - 5) ด้านการประกอบอาชีพ
 - 1 คะแนน (ทำได้) หมายถึง ผู้ป่วยมีรายได้จากอาชีพหรือความสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ทุกครั้ง
 - 2 คะแนน (ทำได้บ้าง) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้แต่ต้องมีคนกระตุ้น
 - 3 คะแนน (ทำไม่ได้) หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้เลย
 - 6) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว
 - 1 คะแนน (ดี) คือ ครอบครัวมีการชมเชย ให้กำลังใจ มองผู้ป่วยในด้านบวกส่วนใหญ่
 - 2 คะแนน (ปานกลาง) คือ ครอบครัวมีการชมเชยบ้าง แต่ยังพบการดุด่า ตักเตือน ตำว่าบางครั้ง
 - 3 คะแนน (ปรับปรุง) คือ ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ ได้แก่ การตีเตือน ดุถูก ตำว่า และบางครั้งผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองหลายครั้ง
 - 7) ด้านสิ่งแวดล้อม
 - 1 คะแนน (ดี) คือ มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง
 - 2 คะแนน (ปานกลาง) คือ มีที่อยู่อาศัย แต่แยกออกจากครอบครัวอยู่คนเดียวหรือมีที่อาศัยเป็นครั้งคราว
 - 3 คะแนน (ปรับปรุง) คือ ไม่มีที่อยู่อาศัย เร่ร่อน
 - 8) ด้านการสื่อสาร
 - 1 คะแนน (ดี) คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้
 - 2 คะแนน (ปานกลาง) คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว
 - 3 คะแนน (ปรับปรุง) คือ ไม่พูดคุยกับใครเลย
 - 9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น
 - 1 คะแนน (ดี) คือ บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้
 - 2 คะแนน (ปานกลาง) คือ สอนซ้ำๆ จึงสามารถทำตามได้
 - 3 คะแนน (ปรับปรุง) คือ สอนเท่าไรก็จำไม่ได้ ทำไม่ได้

ขั้นตอนการศึกษา

1. พัฒนาระบบและกระบวนการช่วยเหลือดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลคลองหลวง โดยใช้ระบบสุขภาพอำเภอ (district health system) ของอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ดังนี้

1.1 จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอคลองหลวง

1.2 จัดตั้งคลินิกจิตเวชชั้นในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาโดยจิตแพทย์ เดือนละ 2 ครั้ง

1.3 เพิ่มบัญชีจิตเวชในโรงพยาบาล ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย

1.4 จัดการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทแก่บุคลากรทางสาธารณสุขในโรงพยาบาลคลองหลวง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

1.5 จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวภายใต้กลไกพระราชบัญญัติสุขภาพจิตพ.ศ.2551 แก่บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลคลองหลวง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ทหาร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

1.6 สร้างทีมระดับอำเภอเพื่อติดตามดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และระบบจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงในชุมชนและในโรงพยาบาล

1.7 จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท (clinical practice guideline)

2. ดำเนินการให้บริการ ดังนี้

2.1 ประเมินก่อนได้รับการบริการ โดยทีมจิตเวชโรงพยาบาลคลองหลวง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย โดยใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

2.2 ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ตามแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (care plan) โดยทีมจิตเวชโรงพยาบาลคลองหลวง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในเครือข่าย ซึ่งแบบแผนการดูแลผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลคลองหลวงนั้น แบ่งออกเป็น 2 กรณี ได้แก่

2.2.1 กรณีผู้ป่วยอาการสงบ: ส่งต่อให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนตามแบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 9 ด้าน รวมทั้งมีการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท เฝ้าระวัง และบันทึกสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยร่วมด้วย

2.2.2 กรณีผู้ป่วยอาการไม่สงบ: ส่งปรึกษาหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลปทุมธานีหรือโรงพยาบาลศรีธัญญา

2.3 ประเมินหลังการรักษา ด้วยแบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 9 ด้าน โดยประเมินหลังการรักษาทั้งหมด 5 ครั้ง ได้แก่

- ครั้งที่ 1 เมื่อได้รับการรักษามาเป็นระยะเวลา 1 เดือน
- ครั้งที่ 2 เมื่อได้รับการรักษามาเป็นระยะเวลา 3 เดือน
- ครั้งที่ 3 เมื่อได้รับการรักษามาเป็นระยะเวลา 6 เดือน
- ครั้งที่ 4 เมื่อได้รับการรักษามาเป็นระยะเวลา 9 เดือน
- ครั้งที่ 5 เมื่อได้รับการรักษามาเป็นระยะเวลา 12 เดือน

รวมถึงติดตามประเมินจำนวนผู้ป่วยและจำนวนครั้งของอาการกำเริบที่ทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

3. วิเคราะห์ข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแล ปริมาณกาแฟที่ดื่มต่อวัน พฤติกรรมการใช้ยาและการมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่องจำนวนผู้ป่วยและจำนวนครั้งที่เกิดอาการกำเริบแล้วต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยวิเคราะห์ข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

และสถิติ non-parametric test ได้แก่ สถิติ Friedman's test ใช้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของแบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 9 ด้านก่อนและหลังได้รับการรักษา 5 ครั้ง (เดือนที่ 1, 3, 6, 9 และ 12) และสถิติ Wilcoxon-signed rank test ใช้ในการวิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของแบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนก่อนการรักษากับหลังได้รับการรักษาแต่ละครั้ง โดยกำหนดค่าความแตกต่างความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และค่าความเชื่อมั่น (confidence interval) ที่ 95%

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

ผลการศึกษา

จากจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 40 คน จำแนกตามเพศ พบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย

($n=25$) คิดเป็นร้อยละ 62.50 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี ($n=17$) คิดเป็นร้อยละ 42.50 จำแนกตามอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($n=36$) คิดเป็นร้อยละ 90.00 และประกอบอาชีพรับจ้าง ($n=4$) คิดเป็นร้อยละ 10.00 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11-20 ปี ($n=33$) คิดเป็นร้อยละ 82.50 และมีผู้ดูแล ($n=38$) คิดเป็นร้อยละ 95.00 และไม่มีผู้ดูแล ($n=2$) คิดเป็นร้อยละ 5.00 ด้านพฤติกรรมการดื่มกาแฟ พบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่าครึ่งดื่มทุกวัน ($n=17$) คิดเป็นร้อยละ 42.50 และปริมาณกาแฟที่ดื่มต่อวันเฉลี่ย 0.95 แก้ว ด้านพฤติกรรมการใช้ยาและการมาพบแพทย์ พบว่า รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ($n=27$) คิดเป็นร้อยละ 67.50 และปรับยาเอง ($n=13$) คิดเป็นร้อยละ 32.50 มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ($n=29$) คิดเป็นร้อยละ 72.50 ดังแสดงในตารางที่ 1

หลังผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานการรักษาพยาบาล และใช้ระบบของสุขภาพอำเภอ (district

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา (N= 40)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	25	62.50
หญิง	15	37.50
อายุ (ปี)		
21-30	1	2.50
31-40	10	25.00
41-50	17	42.50
51-60	12	30.00
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	36	90.00
รับจ้าง	4	10.00
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท (ปี)		
5-10	16	40.00
11-20	33	82.50
>20	1	2.50

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา (N= 40) (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ด้านผู้ดูแล		
มีผู้ดูแล	38	(95.00)*
ไม่มีผู้ดูแล	2	(5.00)
การดื่มกาแฟ		
ดื่มทุกวัน	17	42.50
ดื่มบางวัน	11	27.50
ไม่ได้ดื่ม	12	30.00
ปริมาณกาแฟที่ดื่มต่อวัน (แก้ว)	0.95	(0.78)*
พฤติกรรมการใช้ยา		
รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	27	67.50
ไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	13	32.50
การมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง		
มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	29	72.50
ไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	11	27.50

* ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

health system) มาเสริมกระบวนการดูแลนั้น จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนก่อนและหลังได้รับการรักษา พบว่า ก่อนได้รับการรักษาผู้เข้าร่วมการศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.53 คะแนน หลังได้รับการรักษาเดือนที่ 1 ผู้เข้าร่วมการศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.68 คะแนน หลังได้รับการรักษาเดือนที่ 3 ผู้เข้าร่วมการศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.28 คะแนน หลังได้รับการรักษาเดือนที่ 6 ผู้เข้าร่วมการศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.33 คะแนน หลังได้รับการรักษาเดือนที่ 9 ผู้เข้าร่วมการศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.53 คะแนน หลังได้รับการรักษาเดือนที่ 12 ผู้เข้าร่วมการศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.10 คะแนน สรุปได้ว่า หลังได้รับการรักษา ค่าเฉลี่ยคะแนนของแบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนลดลงตามลำดับเมื่อเทียบกับก่อนได้รับการรักษาและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ค่า $p < 0.001$ (ดังแสดงในตารางที่ 2) หมายความว่า เมื่อได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เนื่อง 1 ปี ผู้เข้าร่วมการศึกษามีภาวะทางจิตเวชดีขึ้น หรือมีภาวะความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำลดลง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนแต่ละด้าน พบว่า หลังได้รับการรักษาเดือนที่ 1, 3, 6, 9 และเดือนที่ 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านอาการทางจิต ด้านการกินยาด้านผู้ดูแล/ญาติ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ลดลงอย่างต่อเนื่องในทุกๆ เดือนของการประเมิน ในเดือนที่ 1, 3, 6, 9 และเดือนที่ 12 ตามลำดับเมื่อเทียบกับก่อนได้รับการรักษา แต่อย่างไรก็ตาม คะแนนเฉลี่ยในด้านการประกอบอาชีพก่อนการรักษาและหลังได้รับการรักษาเดือนที่ 1, 3, 6, 9 และเดือนที่ 12 มีคะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน ดังแสดงในตารางที่ 3 และภาพที่ 1

ผลของการรักษาโดยใช้ตัวชี้วัดจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการกำเริบแล้วต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ผลการรักษา โดยใช้ตัวชี้วัดจำนวนผู้ป่วยที่

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนของแบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนก่อนและหลังได้รับการรักษา เดือนที่ 1, 3, 6, 9 และเดือนที่ 12

ครั้งที่ประเมิน	คะแนนเฉลี่ย±SD	p-value
ก่อนได้รับการรักษา	14.53±3.39	<0.001*
หลังได้รับการรักษาเดือนที่ 1	13.68±3.14	
หลังได้รับการรักษาเดือนที่ 3	13.28±3.11	
หลังได้รับการรักษาเดือนที่ 6	12.33±2.66	
หลังได้รับการรักษาเดือนที่ 9	11.53±2.33	
หลังได้รับการรักษาเดือนที่ 12	11.10±2.35	

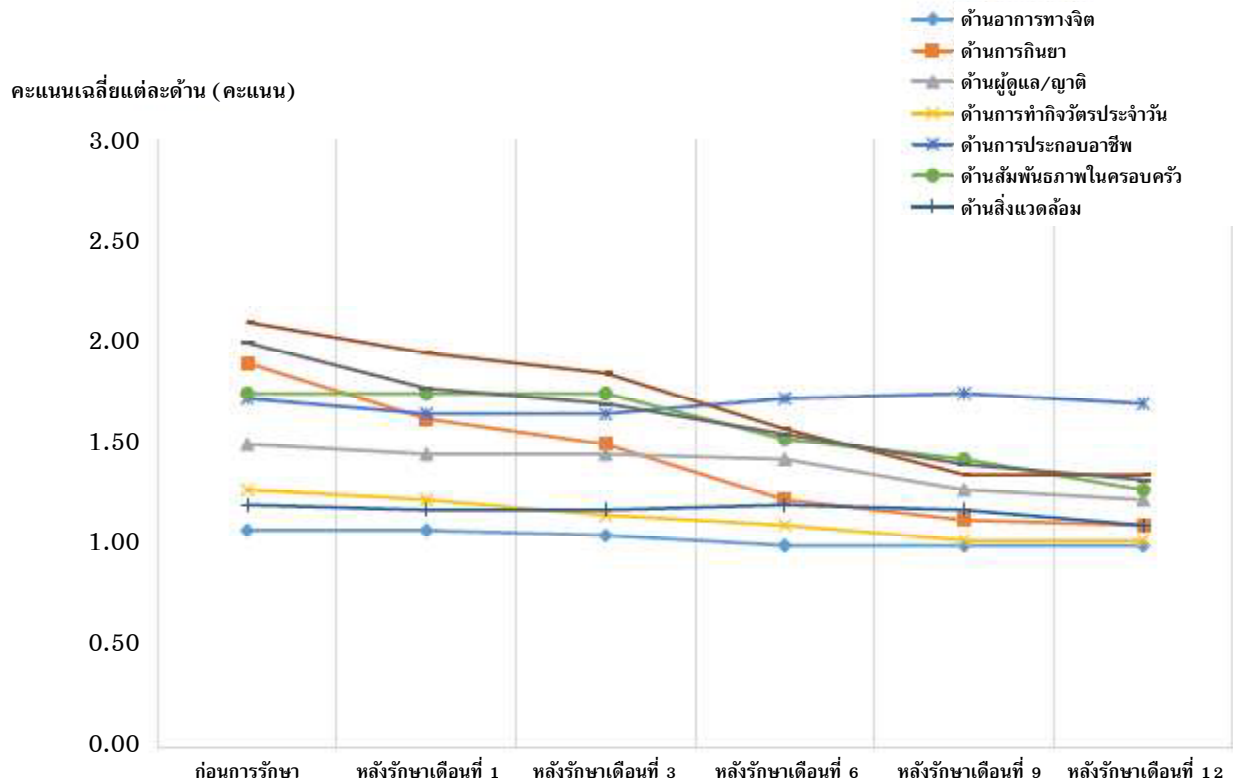
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนของแบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนแต่ละด้านทั้ง 9 ด้านก่อนและหลังได้รับการรักษาเดือนที่ 1, 3, 6, 9 และเดือนที่ 12

ด้าน	ก่อนการรักษา	หลังได้รับการรักษา				
		เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 6	เดือนที่ 9	เดือนที่ 12
1. ด้านอาการทางจิต	1.08	1.08	1.05	1.00	1.00	1.00
2. ด้านการกินยา	1.90	1.63	1.50	1.23	1.13	1.10
3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ	1.50	1.45	1.45	1.43	1.28	1.23
4. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน	1.28	1.23	1.15	1.10	1.03	1.03
5. ด้านการประกอบอาชีพ	1.73	1.65	1.65	1.73	1.75	1.70
6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว	1.75	1.75	1.75	1.53	1.43	1.28
7. ด้านสิ่งแวดล้อม	1.20	1.18	1.18	1.20	1.18	1.10
8. ด้านการสื่อสาร	2.10	1.95	1.85	1.58	1.35	1.35
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น	2.00	1.78	1.70	1.55	1.40	1.33
รวมคะแนนเฉลี่ย 9 ด้าน	14.53	13.68	13.28	12.33	11.53	11.10

เกิดอาการกำเริบแล้วต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 40 คน ก่อนเริ่มโครงการวิจัยจำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีจำนวน 10 คน จำนวน 11 ครั้ง ซึ่งมีผู้ป่วย 10 คน มีอาการกำเริบที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล คนละ 1 ครั้ง และผู้ป่วย 1 คนที่มีอาการกำเริบที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 2 ครั้ง สำหรับระยะเวลา 6 เดือนหลังจากได้รับการรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดอาการกำเริบแล้วต้องกลับมา

รักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง เหลือมีจำนวนเพียง 2 คน ๆ ละ 1 ครั้ง รวมเป็น 2 ครั้ง และสำหรับระยะเวลา 12 เดือน หลังจากได้รับการรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน พบว่า ไม่มีผู้ป่วยที่เกิดอาการกำเริบแล้วต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 4 หมายความว่า ระบบการพัฒนาระบบการช่วยเหลือและดูแลผู้ที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอคลองหลวง ช่วยทำให้ลดจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบแล้วต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และ

ภาพที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนของแบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนแต่ละด้านทั้ง 9 ด้านก่อนและหลังได้รับการรักษาเดือนที่ 1, 3, 6, 9 และเดือนที่ 12



ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยมีอาการกำเริบที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลก่อนและหลังได้รับการรักษาเดือนที่ 6 และ 12

อาการกำเริบที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล	ก่อนการรักษา	หลังได้รับการรักษา	
		เดือนที่ 6	เดือนที่ 12
จำนวนผู้ป่วยที่อาการกำเริบที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (คน)	10	2	0
จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (ครั้ง)	11	2	0

ช่วยป้องกันการเกิดอาการกำเริบแล้วต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทได้

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์การประเมินผลของการได้รับการพัฒนาระบบและกระบวนการช่วยเหลือดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลคลองหลวงโดยใช้ระบบสุขภาพอำเภอต่อคะแนนแบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนหลังสิ้นสุดการได้รับการรักษาที่ 12

เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 9 ด้านก่อนและหลังได้รับการรักษา 5 ครั้ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญอย่างสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาที่ได้กล่าวมาข้างต้น ในทัศนะของผู้วิจัยเห็นว่า เนื่องจากเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลคลองหลวงได้รับการอบรมให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีการวางแผนขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล โดยเฉพาะ

อย่างยิ่ง ผู้ป่วยได้รับการดูแลในปัญหาสำคัญเรื่องการรับประทานยาไม่ถูกต้อง มีทีมสหสาขาโดยแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรเข้าไปมีบทบาทการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา เป็นที่ปรึกษาของทีมเครือข่ายและครอบครัว ส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลการใช้ยาร่วมกับจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ลดอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการและเกิดสัมพันธภาพที่ดี

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การส่งเสริมความร่วมมือและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษาทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาได้ และการได้รับคำแนะนำการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากการเยี่ยมบ้าน และเมื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกตามตัวชี้วัดทางคลินิกที่กำหนด พบว่า อุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวทั้งต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเภทลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัวที่บ้านสามารถเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลได้^(17,18)

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของไพบูลย์ ดลเฉลิมยุทธนา และประนอม วรณกุล ในปี 2557⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชีวิตชุมชน โดยมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตดังกล่าวช่วยสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย การออกแบบระบบการรับยาแบบใหม่นั้นช่วยให้ชุมชนเข้าถึงง่าย และชุมชนร่วมกำกับการใช้ยาของผู้ป่วย การพัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิกเชื่อมโยงจากตติยภูมิถึงชุมชนช่วยให้เกิดการตัดสินใจร่วมระหว่างชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขอย่างทันที่รวมทั้งการระดมทุนทางสังคมในชุมชนมาพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ได้แก่ การรักษาแบบพื้นบ้าน การขอรับสวัสดิการจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และผลกระทบด้าน

สุขภาพเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน 1 ปี มีผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันลดลงเหลือเพียง 3 คน จากทั้งหมด 16 คน (ร้อยละ 18.7) และส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง 10 คน (ร้อยละ 62.6) ระดับดี 3 คน (ร้อยละ 18.7)⁽¹⁹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสุนทรภรณ์ในปี 2558 ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายใต้บริบทของสังคมไทยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดอย่างยั่งยืนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ควรมีการส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย และในการกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ ไม่รู้สึว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว สิ่งเหล่านี้เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับคืนสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคมของตนได้อย่างมีความสุขภายใต้การดูแลของสังคมไทย⁽²⁰⁾

จากการวิเคราะห์ผลของการได้รับการพัฒนาระบบและกระบวนการช่วยเหลือดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลคลองหลวง โดยใช้ระบบสุขภาพอำเภอต่ออาการกำเริบซ้ำ พบว่า หลังได้รับการรักษาเดือนที่ 6 ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำจำนวน 2 คน ๆ ละ 1 ครั้ง ในทัศนะของผู้วิจัยเห็นว่า อาจเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแล มีการรับประทานยาไม่ถูกต้องไม่ต่อเนื่อง และขาดความต่อเนื่องในการมาพบแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาเป็นเพราะผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดความรู้ในการสังเกตอาการของตนเองและการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา การรับประทานยาหลายอย่างเป็นเวลานาน ส่งผลให้ปรับลดขนาดยาและหยุดใช้ยาเอง⁽²¹⁾

นอกจากนี้ เมื่อติดตามผู้ป่วยในอีก 6 เดือนถัดมา พบว่า ที่ระยะเวลา 12 เดือนหลังได้รับการรักษา ไม่มีผู้ป่วยที่เกิดอาการกำเริบแล้วต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ได้พบแพทย์ตามนัด รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีการรับรู้อาการเตือนก่อนอาการกำเริบ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง จาก

การประสานการทำงานร่วมกันและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ได้อย่างถูกต้องของทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมผู้ดูแล เครือข่ายโรงพยาบาลคลองหลวงในการเยี่ยมบ้าน จึง ทำให้อาการทางจิตได้รับการบำบัดให้ทุเลาลง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของจินตนา ยูนิพันธ์ และคณะ ที่พบว่ากลุ่มที่ได้เข้าร่วม การจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อการกำเริบของอาการ ทางจิตในผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีค่าเฉลี่ยของคะแนน อาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ และพบว่าสัดส่วนของการกำเริบของอาการทางจิต ของกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างจากกลุ่มทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน⁽²²⁾ นอกจากนี้ ผลการศึกษายัง สอดคล้องกับการศึกษาของสินเงิน สุขสมปอง และคณะ ในปี 2559 ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ กำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการ กลับเป็นซ้ำเกิดจากการไม่ร่วมมือในการรักษา รวมถึงการ ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา⁽²³⁾ ในทัศนะของผู้วิจัยมี ความเห็นว่า ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับประทาน ยาครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่ง จะเห็นได้จากคะแนน เฉลี่ยของแบบประเมินติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่ม- เสี่ยงในชุมชนด้านการกินยาก่อนการรักษา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.90 หลังการรักษาในเดือนที่ 12 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.10 จึงส่งผลให้อาการกำเริบซ้ำของผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ ลดลงอย่างเห็นได้ชัด

สำหรับข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ได้แก่

1) ส่งเสริมให้มีการอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท และช่วยปรับทัศนคติในเชิงบวก ของผู้ดูแล โดยจะส่งผลให้การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน เพิ่มมากขึ้น เช่น การเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม การมีส่วนร่วม ในการเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยในการรับ- ประทานยา เป็นต้น

2) ควรทำวิจัยติดตามและประเมินผลการดำเนินการ ในระยะยาวเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับทีมสาธา-

รณสุขในบริการระดับปฐมภูมิ และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ ในการดำเนินการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายการ ปกครองได้อย่างยั่งยืนต่อไป

สรุป

การพัฒนากระบวนการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยจิต- เภทโดยใช้ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยมีความร่วมมือของทีมสหสาขา- วิชาชีพ และเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาลคลองหลวง ได้รับการดูแลรักษาอย่าง ครอบคลุมต่อเนื่องมีประสิทธิภาพมากขึ้น และคงอยู่ใน ระบบการรักษา นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วม การศึกษามีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีความ สามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันได้เพิ่ม มากขึ้น สามารถอยู่ร่วมในชุมชนได้อย่างสงบสุข ลดการระ การดูแลของครอบครัวหรือผู้ดูแลลดลง ลดค่าใช้จ่ายของ ครอบครัว และส่งผลให้ตัวผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ สามารถนำ การพัฒนากระบวนการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยจิต- เภทโดยใช้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอคลองหลวง จังหวัด ปทุมธานี ไปใช้ในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วย จิตเวชในชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะทางจิตเวชดีขึ้นสามารถควบคุม อาการของโรคหรือลดอัตราการกำเริบซ้ำ และมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในสถาน- บริการสาธารณสุขทุกระดับต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายอำเภอคลองหลวง คณะกรรม- การประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ผู้ป่วยและญาติ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลคลองหลวงทั้ง 40 ท่าน ที่ได้ กรุณาอนุญาตให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนเพื่อเก็บ ข้อมูลวิจัยนับตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. [cited 2017 Jul 3]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต, 2558.
3. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatric: behavioral sciences and clinical psychiatric. 8th ed. Baltimore: Wilium& Wilkins;2000.
4. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. [cited 2017 Jul 12]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>
5. ณัฐติกา ชูรัตน์. การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปีเหล็งที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2559; 3:24-36.
6. น้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์, สายใจ พัวพันธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารพยาบาลทหารบก 2560;18:229-36.
7. Orem, DE. Nursing: concepts of practice. 2nd ed. New York: McGraw-Hill BookCompany; 1980.
8. พิกุล เจริญสกุลทรัพย์, อธิภา ธานี, กมลทิพย์ สงวนรัมย์. การพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท: กรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2556;27:79-91.
9. ยชญ์วรินทร์ จรบรัมย์, สิริกร สุวัชฉัญชา, นพภัสสร วิเศษ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2557;24: 60-8.
10. ธิดารัตน์ คณิงเพียร. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารกองการพยาบาล 2556;40:57-66.
11. Chien WT, Leung SF, Yeung FK, Wong WK. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. Neuropsychiatr Dis Treat 2013;9:1463-81.
12. Armijo J, Méndez E, Morales R, Schilling S, Castro A, Alvarado R, et al. Efficacy of community treatments for schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review. Front Psychiatry 2013;4:1-10.
13. อัญชลี ศิริเทพทวี, สำราญ อยู่หมื่นไวย, ประณีต ชุ่มพุทรา, สุพัตรา รัชอินทร์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าโปรแกรมจิตสังคมบำบัดโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์. วารสารโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ 2555;12:45-53.
14. เอกอุมา อิมคำ. การบำบัดด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2556;21:697-710.
15. กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลคลองหลวง. สรุปผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตโรงพยาบาลคลองหลวง. ปทุมธานี: โรงพยาบาลคลองหลวง; 2557.
16. สุวรรณี เรืองเดช, บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์, ขจีรัตน์ ปริกเอโก. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน. ใน: มงคล ศิริเทพทวี, จิตรา จินรัตน์, สุภัทรา ก้อนคำดี, นพรัตน์ ไชยธานี, โสภกา มุสิโก, สุดสาคร จำมัน, และคณะ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: แสงจันทร์การพิมพ์; 2560. หน้า 69-70, 74.
17. ศิริรัตน์ นิตยวัน. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับโรงพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553. 93 หน้า.
18. อรสา วัฒนาศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล 2556;40:67-83.
19. ไพบูลย์ ดลเฉลิมยุทธนา, ประนอม วรรณกุล. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชีวิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557;32:176-84.

20. สุนทรืภรณ์ ทองไสย. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการพยาบาล 2558;42:159-67.
21. อังคณา ว่างทอง. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังแบบมีพี่เลี้ยง (DOTs care for cure). แผนงานพัฒนาเครือข่ายวิจัยจากงานประจำ [อินเทอร์เน็ต]. 2553. [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://r2r.hsri.or.th>
22. จินตนา ยูนิพันธุ์, สุตาพร สถิตยยุทธการ, สุรีพร ธนศิลป์. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2553;54:449-65.
23. สินเงิน สุขสมปอง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61:331-40.

Abstract: Efficacy of Development of the System and Process in Helping and Treating Schizophrenic Patients in Klongluang Hospital under District Health System, Klongluang District, Pathumthani Province

Chonnisa Rungruang, M.D., Cert Board in Preventive Medicine (Community Psychiatry)

Khlong Luang Hospital, Prathum Thani Province, Thailand

Journal of Health Science 2018;27:894-907.

Schizophrenia is the most chronic and disabling of the major mental illnesses. Department of Mental Health reported in 2015 that schizophrenia was the number one illness found in all of the mental disorders. Schizophrenia patients in Klongluang Hospital are a group of individuals who have chronic symptoms and complex problems which often lead to long-stay hospital admission and daily-life problems when discharged and return back home. The purpose of this study was to develop an effective system, as well as study results on the treatment outcomes by using the concept of district health system in caring for the patients. It was conducted as a 1-year-retrospective design (May 2016 - May 2017) among patients in Klongluang Hospital, Klongluang district, Pathumthani province. The participants were 40 patients aged 20 years old or more with schizophrenia diagnosed by psychiatrists (DSM-IV), and were referred to Klongluang Hospital for continued treatment. They were recruited by purposive sampling. The study was conducted in three steps: (1) developing a system and process in helping and treating Schizophrenic patients in Klongluang Hospital under district health system (DHS); (2) all participants were asked to undergo pre-examination by using an assessment form for serious mental illness with high risk to violence (SMI-V form), they were taken care by the DHS and were asked to received 5 monthly-assessment-sessions in order to evaluate the relapsed symptoms (at the 1st, 3rd, 6th, 9th, and 12th months), (3) all clinical data of the patients were analyzed. Descriptive statistics were used to analyze demographic data. Friedman's test was used to compare pre-post mean scores of all five sessions. Wilcoxon-signed rank test was used to compare each time of pre-post mean scores of chronic psychotic patients. It was found that there was statistically significant reduction of mean scores of schizophrenia patients using serious mental illness with high risk to violence: SMI-V form within 1 year of treatment and intervention (p -value <0.001). Moreover, there was marked reduction of relapsed symptoms in 8 of 10 severe patients, from 11 episodes to 2 at 6 months of the program. At 1 year after they were enrolled in the program, none of the patients had relapsed symptoms. In conclusion, the present study demonstrated that the district health system in Klongluang District was effective in the treatment and care for the patients with schizophrenia who were aboe to receive more integrated course of treatments and better care plan. In addition, the patients were closely supported by the multidisciplinary team at the hospital and in their community. Through this coordinated care under the district health system, the patients had gained ability to manage their daily activities, had more productive and independent lives with a significant improvement in the quality of life of themselves and their caregivers.

Key words: schizophrenia, psychotic disorder, district health system (DHS)