

ประสิทธิผลโครงการเพื่อลดช่องว่าง การบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย

อิทธิพล สูงแข็ง พ.บ., สม.ม. (การจัดการสาธารณสุขมูลฐาน)*

เบญจมาศ พุกษ์กานนท์ พ.บ., ป.ร.ด. (เศรษฐศาสตร์สุขภาพ)**

* สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

** สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตและประเมินผลโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในประเทศไทย ทำการศึกษาใน 4 พื้นที่โรงพยาบาลนำร่อง ได้แก่ อำเภอดงหลวง จังหวัดกระบุรี อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากการคัดกรองผู้มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และรับรักษาในโรงพยาบาลพื้นที่นำร่อง จำนวน 1,167 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึง กันยายน 2556 โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ได้แก่ แบบคัดกรองผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถดูแลตนเอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้กระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้รูปแบบชิปปี้ในการประเมินโครงการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย โคสเคอร์รี่ อธิบายด้วยค่า OR และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า จากการคัดกรองประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบผู้ป่วยโรคจิตที่รับการรักษาในโรงพยาบาลพื้นที่วิจัยเฉลี่ยร้อยละ 0.7 พบผู้ป่วยสูงสุดในพื้นที่อำเภอหนองสองห้องร้อยละ 0.9 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.7 เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ระหว่าง 26 - 35 ปี ร้อยละ 42.7 และส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.3 ผลการดำเนินงานโครงการสามารถบรรลุตัวชี้วัดจำนวน 6 ใน 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ การคัดกรองโรคจิต ร้อยละ 91.4 ระยะเวลาเริ่มป่วยโรคจิตจนถึงเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ลดลงร้อยละ 96.1 การรักษาด้วยยาต่อเนื่อง 3 เดือน ร้อยละ 95.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ ร้อยละ 95.0 การกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 2.2 และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 98.4 ส่วนตัวชี้วัดความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์ชี้วัด ร้อยละ 63.1 โดยภาพรวมผู้ป่วยโรคจิตหลังการรักษาครบ 3 เดือนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตในการศึกษานี้คือ อายุ โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 46 - 55 ปี มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 55 ปี 3.96 เท่า (Crude OR = 3.960, 95%CI: 1.738-9.021) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปี มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 55 ปี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้วไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ดังกล่าว ส่วนปัจจัยความสำเร็จของโครงการ ได้แก่ การจัดทำทะเบียนผู้ป่วย ความครอบคลุมของกระบวนการการพัฒนาศักยภาพบุคลากร จุดเน้นการรักษา การสร้างความเข้าใจต่อผู้ป่วยและญาติ และระบบการส่งต่อ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคจิต, ประสิทธิผลโครงการ, การลดช่องว่างบริการสุขภาพจิต

บทนำ

ประเทศไทยได้ตระหนักถึงปัญหาผู้ป่วยโรคจิต และได้ดำเนินโครงการนำร่องเพื่อลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทย ซึ่งโรคจิตจัดเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความชุกเป็นลำดับต้นๆ ในโลก รวมทั้งในประเทศไทยด้วย ปัญหาดังกล่าวมิใช่ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังรวมถึงครอบครัวและบุคคลในสังคมด้วย⁽¹⁾ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย “คุณภาพชีวิต” ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม⁽²⁾ จากผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทยปี 2552 พบความชุกของโรคจิตร้อยละ 1.2 หรือราว 580,000 คน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ารับบริการที่ผู้ป่วยนอกจากทุกโรงพยาบาล หน่วยงาน ทบวง กรม ในปี 2556 พบเพียง 240,000 คน แสดงให้เห็นถึงช่องว่างการเข้ารับบริการในระบบสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตที่ยังคงมีอยู่กว่าร้อยละ 48.8⁽³⁾ ซึ่งหากพิจารณาขนาดของปัญหาทางสุขภาพจิตในประเทศไทย มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 2.77 ของประชากร จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่ผ่านมา⁽⁴⁾ การพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย มีรูปแบบการพัฒนาระบบบริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของสถานพยาบาลในกำกับของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตามแนวคิดกระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ภายใต้โครงการปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิต (mhGAP)⁽⁵⁾ โดยใช้รูปแบบการประเมินโครงการรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) จากการดำเนินงานด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านมาเป็นการทำงานที่ต่างคนต่างทำ และยังไม่มีการบูรณาการหรือแนวทางอย่างเป็นระบบ จากปัญหาดังกล่าวมาข้างต้น จึงได้ทำการประเมินประสิทธิผลโครงการปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิตในประเทศไทยครั้งนี้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินผลโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในประเทศไทย ศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคจิต และศึกษาปัจจัยที่

สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานพัฒนาบริการผู้ป่วยโรคจิตในพื้นที่ เพื่อนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นๆ

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation research) โดยทำการประเมินประสิทธิผลโครงการปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิตในประเทศไทยในพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลนำร่อง 4 พื้นที่ ใน 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ร้อยละ 80.0 ของประชากรในพื้นที่ได้รับการคัดกรองโรคจิต (2) ลดระยะเวลาเริ่มป่วยจนถึงเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (3) ผู้ป่วยโรคจิต ร้อยละ 70.0 ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 เดือน (4) ผู้ป่วยโรคจิตร้อยละ 80.0 เข้าถึงบริการสุขภาพ (5) ผู้ป่วยโรคจิต ร้อยละ 70.0 กลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Re-admission) (6) ผู้ป่วยโรคจิตร้อยละ 80.0 ณ 3 เดือน หลังรับการรักษา มีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น และ (7) ผู้ป่วยโรคจิตร้อยละ 70.0 ณ 3 เดือน หลังรับการรักษา มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนคุณภาพชีวิต ดำเนินการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลนำร่อง 4 พื้นที่ ได้แก่ อำเภอลองท่อม จังหวัดกระบี่ อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น
2. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการคัดกรองผู้ป่วยสุขภาพจิต คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่นำร่อง 4 พื้นที่ จำนวน 195,909 คน
3. ผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาในพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลนำร่อง 4 พื้นที่ทั้งหมด จำนวน 1,167 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยปรับใช้แบบ-

ประเมินที่ผ่านการปรับปรุงและตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยผู้เชี่ยวชาญของกรมสุขภาพจิต จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบประเมิน สำหรับคัดกรองผู้ป่วยโรคจิต พัฒนาจาก The General Health Questionnaire (GHQ) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย อภิชัย มงคล⁽⁶⁾ Alpha = 0.91

2. แบบประเมิน สำหรับวัดความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิต (GAF: Global Assessment of Functioning Scale) พัฒนาจาก Global Assessment Scale⁽⁷⁾ และ CGAS⁽⁸⁾ Alpha = 0.85

3. แบบประเมิน สำหรับวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิต (QOL: Quality of Life Indicator) พัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ข้อ พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถินันทรกุล⁽⁹⁾ Alpha = 0.84

ดำเนินการจัดกลุ่มคุณภาพชีวิต วิเคราะห์รายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกเป็น ไม่ดี ปานกลาง และดี ตามระดับคะแนน ดังนี้

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
Physical	7 -16	17-26	27-35
Mental	6 -14	15-22	23-30
Social	3 - 7	8 -11	12-15
Environment	8 -18	19-29	30-40
รวม	26 -60	61-95	96-130

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม นำมาสรุปประเด็น (Content analysis)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-square test) อธิบายด้วยค่า OR และ 95% Confidence interval กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05

ผลการศึกษา

ปัจจัยบริบทและปัจจัยนำเข้า พบว่า ภาพรวมประชากรในพื้นที่นำร่องได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 91.4 พบผู้ป่วยโรคจิต ร้อยละ 0.7 โดยเครือข่ายโรงพยาบาลอำเภอที่ 2 คัดกรองได้ครอบคลุมร้อยละ 100.0 (ตารางที่ 1)

ปัจจัยกระบวนการ พบว่า จากการคัดกรองพื้นที่อำเภอที่ 4 พบผู้ป่วยโรคจิตมากที่สุด ร้อยละ 30.4 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคจิตเป็นเพศชาย ร้อยละ 73.7 มีอายุระหว่าง 26-35 ปี ร้อยละ 42.7 และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.3 (ตารางที่ 2)

ปัจจัยผลผลิต เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาเริ่มป่วยโรคจิตจนถึงเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก พบว่า

ตารางที่ 1 ผู้ที่ได้รับการคัดกรอง จำแนกรายเครือข่ายโรงพยาบาล (N=179, 160 คน)

เครือข่ายโรงพยาบาล	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน	ประชากรที่ได้คัดกรอง		พบผู้ป่วยโรคจิต	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อำเภอคลองท่อม	55,613	52,468	94.3	301	0.6
2. อำเภอวังน้ำเขียว	32,068	32,068	100.0	237	0.7
3. อำเภอสารภี	60,729	56,165	92.4	274	0.5
4. อำเภอหนองสองห้อง	47,499	38,459	80.9	355	0.9
รวม	195,909	179,160	91.4	1,167	0.7

ลดลงเฉลี่ยจาก 5 ปี 4 เดือนลดลงเป็น 3.5 เดือน คิดเป็นร้อยละ 96.1 (ตารางที่ 3)

ภาพรวมผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ 95.0 โดยเครือข่ายโรงพยาบาล อำเภอที่ 1 และ 3 เข้าถึงบริการครบร้อยละ 100.0 ผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่องครบ 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 95.3 โดยเครือข่ายโรงพยาบาล อำเภอที่ 4 ได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง 3 เดือน ร้อยละ 100.0 และผู้ป่วยโรคจิตที่มีการกลับเป็นซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 2.2 โดยเครือข่ายโรงพยาบาล อำเภอที่ 4 กลับเป็นซ้ำสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.2 (ตารางที่ 4)

ผู้ป่วยโรคจิต ณ 3 เดือนหลังรักษา มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นร้อยละ 98.4 และมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นร้อยละ 63.1 (ตารางที่ 5)

ภาพรวมผู้ป่วยโรคจิตหลังการรักษาครบ 3 เดือนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 6)

ผู้ป่วยโรคจิตหลังการรักษาครบ 3 เดือน มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านกายมากที่สุด ร้อยละ 68.6 รองลงมาด้านใจ ร้อยละ 54.1 และมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมต่ำที่สุด ร้อยละ 25.8 (ตารางที่ 7)

อายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคจิต โดยผู้ป่วยโรคจิตที่มีอายุระหว่าง 46-55 ปี มี

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยโรคจิตจากผลการคัดกรอง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=1,167 คน)

คุณลักษณะส่วนบุคคล		ผู้ป่วยโรคจิต	
		จำนวน	ร้อยละ
ที่อยู่	อำเภอที่ 1	301	25.8
	อำเภอที่ 2	237	20.3
	อำเภอที่ 3	274	23.5
	อำเภอที่ 4	355	30.4
เพศ	ชาย	860	73.7
	หญิง	307	26.3
อายุ (ปี)	< 18	24	2.1
	18 - 25	243	20.8
	26 - 35	498	42.7
	36 - 45	294	25.2
	46 - 55	49	4.2
	> 55	59	5.1
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	470	40.3
	มัธยมศึกษาตอนต้น	235	20.1
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	122	10.5
	อาชีวศึกษา	85	7.3
	อนุปริญญา	24	2.1
	ปริญญาตรี	47	4.0
	ไม่ระบุ	184	15.8

ตารางที่ 3 ระยะเวลาเริ่มป่วยจนถึงได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ในผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการวินิจฉัย เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินโครงการ

พื้นที่	ระยะเวลาเริ่มป่วยจนถึงได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก	
	ก่อนดำเนินโครงการ	หลังดำเนินโครงการ
อำเภอที่ 1	3 ปี 1 เดือน	4 เดือน
อำเภอที่ 2	3 ปี 2 เดือน	3 เดือน
อำเภอที่ 3	7 ปี 2 เดือน	4 เดือน
อำเภอที่ 4	7 ปี 11 เดือน	3 เดือน
รวมทุกพื้นที่	5 ปี 4 เดือน	3.5 เดือน

ตารางที่ 4 การเข้าถึงบริการ การได้รับการรักษา อย่างต่อเนื่อง 3 เดือน และการกลับเป็นซ้ำ จำแนกรายเครือข่าย
โรงพยาบาล (n=1,167 คน)

พื้นที่	ผู้ป่วยโรคจิต		เข้าถึงบริการ		รักษาต่อเนื่อง		กลับเป็นซ้ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อำเภอที่ 1	301	25.8	301	100.0	256	85.0	0	0.0
อำเภอที่ 2	237	20.3	224	94.5	220	98.2	7	3.2
อำเภอที่ 3	274	23.5	274	100.0	271	98.9	3	1.1
อำเภอที่ 4	355	30.4	310	87.3	310	100.0	13	4.2
รวม	1,167	100.0	1,109	95.0	1,057	95.3	23	2.2

ตารางที่ 5 การเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต และความสามารถในการดูแลตนเอง

ปัจจัย	ลดลง	ไม่เปลี่ยนแปลง	ดีขึ้น
คุณภาพชีวิต (n=954)	0.4	1.2	98.4
ความสามารถในการดูแลตนเอง (n=904)	17.0	19.9	63.1

ตารางที่ 6 ระดับคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการรักษาครบ 3 เดือน

ระดับคุณภาพชีวิต และ ความสามารถในการดูแลตนเอง	ก่อนการรักษา		หลังรักษาครบ 3 เดือน		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับคุณภาพชีวิต					
ไม่ดี	682	58.4	9	0.8	<0.001 ^a
ปานกลาง	484	41.5	852	73.0	
ดี	1	0.1	306	26.2	
ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง					
มีภาวะก้าวร้าวรุนแรง	0	0.0	0	0.0	<0.001 ^b
ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น	0	0.0	0	0.0	
ประสาทหลง	17	1.5	4	0.3	
มีความบกพร่องในการรับรู้	120	10.3	112	9.6	
มีอาการรุนแรง	231	19.8	83	7.1	
มีอาการทางจิตปานกลาง	321	27.5	153	13.1	
มีอาการทางจิตเล็กน้อย	242	20.7	172	14.7	
มีอาการทางจิตชั่วคราว	174	14.9	109	9.3	
ไม่มีอาการผิดปกติทางจิต	62	5.3	271	23.2	
ทำหน้าที่ได้ดีจัดการปัญหาทั่วไปได้ดี	0	0.0	0	0.0	

คุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 55 ปี 3.960 เท่า (Crude OR = 3.960, 95% CI: 1.738-9.021) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปี มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 55 ปี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่อย่างไรก็ตามเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ดังกล่าว(ตารางที่ 8)

ผลการดำเนินงานโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในประเทศไทย โรงพยาบาลนาร์่อง 4 พื้นที่ สามารถบรรลุตัวชี้วัด จำนวน 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ การคัดกรองโรคจิต ระยะเวลาเริ่มป่วยโรคจิตจนถึงเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การรักษาด้วยยาต่อเนื่อง 3 เดือน การเข้าถึงบริการสุขภาพ การไม่กลับมารักษาซ้ำ และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ขณะที่ความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์ชี้วัด (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 7 ผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต รายด้าน

คุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านกาย	0.4	31.0	68.6
ด้านใจ	7.7	38.2	54.1
ด้านสังคม	12.3	45.8	41.8
ด้านสิ่งแวดล้อม	8.0	66.2	25.8

ตารางที่ 8 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต หลังการรักษา 3 เดือน (n=1,167 คน)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตที่ดี	
	Crude OR	95%CI
พื้นที่		
อำเภอที่ 1	1	1
อำเภอที่ 2	0.198	0.127-0.307
อำเภอที่ 3	0.672	0.471-0.957
อำเภอที่ 4	0.564	0.402-0.790
เพศ		
ชาย	1	1
หญิง	0.839	0.620-1.136
อายุ (ปี)		
< 18	1.886	0.679-5.240
18-25	1.068	0.554-2.062
26-35	0.852	0.456-1.593
36-45	0.774	0.400-1.499
46-55	3.960	1.738-9.021
> 55	1	1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	0.539	0.259-1.121
มัธยมศึกษาตอนต้น	0.488	0.227-1.048
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0.551	0.243-1.247
อาชีวศึกษา	0.538	0.229-1.269
อนุปริญญา	0.769	0.231-2.562
ปริญญาตรี	1	1
ความสามารถดูแลตนเอง เมื่อรักษาครบ 3 เดือน		
แย่ง	1.432	0.818-2.507
ไม่เปลี่ยนแปลง	1.272	0.736-2.197
ดีขึ้น	1	1

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามการบรรลุตัวชี้วัด (n=1,167 คน)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ (ร้อยละ)	ผลงาน (ร้อยละ)	สรุป
1. ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคจิต	80 ขึ้นไป	91.4	ผ่าน
2. ระยะเวลาเริ่มป่วยโรคจิตจนถึงเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกลดลง	80 ขึ้นไป	96.1	ผ่าน
3. ผู้ป่วยโรคจิต ได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง 3 เดือน	70 ขึ้นไป	95.3	ผ่าน
4. ผู้ป่วยโรคจิตที่พบจากการคัดกรอง เข้าถึงบริการสุขภาพ	80 ขึ้นไป	95.0	ผ่าน
5. ผู้ป่วยโรคจิต ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล	70 ขึ้นไป	97.8	ผ่าน
6. ผู้ป่วยโรคจิต ณ 3 เดือนหลังรับการรักษา มีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น	80 ขึ้นไป	63.1	ไม่ผ่าน
7. ผู้ป่วยโรคจิต ณ 3 เดือนหลังรับการรักษา มีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น	70 ขึ้นไป	98.4	ผ่าน

วิจารณ์

จากผลการศึกษาที่พบว่า ผลการคัดกรองผู้ป่วยโรคจิต พบความชุกในภาพรวมทั้ง 4 อำเภอ ร้อยละ 0.7 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ⁽⁶⁾ ที่ทำการศึกษาเรื่องความถูกต้องของการคัดกรองโรคจิตในชุมชนและระบาดวิทยาโรคจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่พบว่ามีความชุก ร้อยละ 0.8 จากผลการศึกษาพบผู้ป่วยโรคจิตส่วนมากเป็นเพศชาย อายุระหว่าง 26-35 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชัย มงคลและคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ได้ทำการศึกษา พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร และการประเมินผลตามกรอบ Logistic framework ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตพบมากในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจต่ำ แต่การศึกษาครั้งนั้น พบเพศชายและเพศหญิงในจำนวนเท่า ๆ กัน จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาเริ่มป่วยจนถึงได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกพบว่า ก่อนการดำเนินงานโครงการ ระยะเวลาเฉลี่ย 5 ปี 4 เดือน ลดเหลือเพียง 3.5 เดือนหลังดำเนินการ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสูงขึ้นถึงร้อยละ 95 และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 95.3 ทำให้อาการกลับเป็นซ้ำค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 2.2 ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ซึ่งได้เริ่มแผนปฏิบัติการ mhGAP: Psychosis โดยมีแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและญาติผู้ป่วยเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ เพิ่มการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการกลับเป็นซ้ำลดลงเช่นเดียวกับโครงการ⁽¹¹⁾ โดยถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ จะทำให้ความสามารถทางบุคลิกภาพเสื่อมลงไปเรื่อยๆ เช่นกัน⁽¹²⁾

เมื่อพิจารณาความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วยเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา 3 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเป็นภาวะที่มีความบิดเบือนทางความคิดและการรับรู้ มีการแสดงทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม อาจพบความผิดปกติในการพูดจา พบอาการหลงผิด อาการประสาทหลอนทางการรับรู้⁽¹¹⁾ ดังนั้น

เมื่อได้รับการรักษาจนครบ 3 เดือน ทำให้อาการทางจิตต่างๆ ดีขึ้นตามลำดับ เนื่องจากยาที่ใช้รักษาโรคจิตในระยะเฉียบพลัน ใช้เวลา 1-2 เดือน และรักษาให้คงสภาพต่อเนื่องจะใช้เวลา 2-6 เดือน⁽¹³⁾ ดังนั้นควรมีการประเมินผลการรักษาในระยะยาว 6 เดือน ถึง 1 ปีร่วมด้วย เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตจะกินยาไม่ต่อเนื่อง ภายหลังจากรักษาในระยะ 1 ปี มีถึง ร้อยละ 50⁽¹⁴⁾ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

สำหรับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต เปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา 3 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตหลังการรักษาครบ 3 เดือนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางไปจนถึงระดับดี ร้อยละ 99.2 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เขมา ตั้งใจมั่น และคณะ⁽¹⁵⁾ ซึ่งทำการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีขึ้นอาการทางจิตสงบลงจะช่วยให้ความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้อีกด้วย⁽¹⁶⁾

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตนั้นคือ อายุ โดยผู้ป่วยโรคจิตที่มีอายุระหว่าง 46-55 ปี มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มอายุมากกว่าถึง 4 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI: 1.738-9.021) แสดงว่ากลุ่มอายุดังกล่าวเป็นวัยกลางคนที่มีความแข็งแรง ซึ่งบางคนเป็นถึงหัวหน้าครอบครัว ดังนั้น การค้นหาและการรักษาผู้ป่วยโรคจิตจะต้องดำเนินการตั้งแต่อายุยังน้อยเพื่อจะได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินการโครงการดังกล่าว มีตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ตัวชี้วัด คือผู้ป่วยโรคจิตหลังการรักษาครบ 3 เดือนมีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 63.1 (เกณฑ์

ร้อยละ 80.0) ทั้งนี้เนื่องมาจากความสามารถโดยรวมจะดีขึ้นมากตามเกณฑ์ต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลายาวนานกว่า 3 เดือน จึงจำเป็นต้องมีการวัดประเมินในระยะเวลา 6 เดือนเป็นต้นไป เนื่องจากการรักษาในระยะเวลา 3 เดือน เป็นระยะคงสภาพผู้ป่วย ต่อจากนั้น 6 เดือนเป็นต้นไปมีเป้าหมายการรักษาเพื่อป้องกันอาการกำเริบของผู้ป่วย⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะด้านนโยบายต่อระดับกรม-สุขภาพจิต

ด้านนโยบาย ควรขยายโครงการในพื้นที่อื่น เพื่อลดช่องว่างการบริการในผู้ป่วยโรคจิต โดยการสนับสนุนงบประมาณผ่านกองทุนสุขภาพจิต กองทุนสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อลดตราบาปและการเลือกปฏิบัติ

จากการวิจัยครั้งนี้ทำการค้นหาและรักษาผู้ป่วยตั้งแต่อายุน้อย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 46-55 ปี มีคุณภาพชีวิตหลังการรักษาดีกว่ากลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป ดังนั้น ควรเน้น Intervention ในกลุ่มนี้ให้มากเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักที่จะดูแลตนเองให้มากขึ้น นอกจากนี้ภาครัฐควรมีการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตทั้งทางด้าน กาย ใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น การพัฒนาอาชีพ

2. ข้อเสนอแนะเรื่องงานวิจัย

2.1 ประสิทธิภาพของโครงการเกิดจากกระบวนการทำงานที่มีครอบคลุม อย่างรูปแบบของพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลอำเภอคลองท่อม อำเภอสารภี อำเภอหนองสองห้อง และอำเภอวังน้ำเขียว กล่าวคือ ถ้าศักยภาพของเจ้าหน้าที่เต็มกำลัง ประชาชนมีความรู้ มีการส่งต่ออย่างเป็นระบบ การติดตามเยี่ยมและรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้สังคมเป็นสุขและผลักดันให้การทำงานเพื่อลดช่องว่างผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทยครั้งนี้ เป็นวาระร่วมกันของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ 4 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงศึกษาธิการ

2.2 การศึกษาวิจัยในพื้นที่อื่น ควรศึกษาการมีส่วนร่วมในการทำงานด้านสุขภาพจิตของชุมชน และศึกษาเพื่อพัฒนาการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจิตให้สอดคล้องกันกับโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ ที่สามารถเฝ้าระวังได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์จากมหาวิทยาลัยมหิดล รองศาสตราจารย์ ดร.นวรรตน์ สุวรรณผ่อง ภาควิชาบริหารสาธารณสุข และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มธุรส ทิพยมงคลกุล ภาควิชาระบาดวิทยา ที่กรุณาให้การปรึกษาระเบียบวิธีการวิจัยและสถิติ ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน บุคลากรสุขภาพและ อสม. ในพื้นที่โรงพยาบาลนาร่องทั้ง 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอวังน้ำเขียว คลองท่อม หนองสองห้อง และสารภี รวมทั้งท่านอื่นๆ ที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้การช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้จนเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Corring DJ. Quality of life: perspectives of people with mental illnesses and family members. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2002;25:350-8.
2. Murphy B, Herrman H, Hawthorne G, Pinzone T, Evert H. Australian WHOQoL instruments: user's manual and interpretation guide. Melbourne: Australian WHOQoL Field Study Centre; 2000.
3. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. โปรแกรมการพัฒนาการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิต. The mhGAP implementation program for psychosis: field guide manual. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนุสสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
4. เบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์, อีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, กนกวรรณ สุดศรีวิไล. การสำรวจระดับวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับ

- ผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. กระทรวง-สาธารณสุข; 2556.
5. World Health Organization. World health statistics 2010. Geneva: World Health Organization; 2010.
 6. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, ศักดา กาญจนวิโรจน์กุล, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เศรษฐโชติศักดิ์. รายงานการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต ในชุมชนและระดับวิทยาโรจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี 2545. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวง-สาธารณสุข; 2545.
 7. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment (GAF) Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Am J Geriatr Psychiatry 1997;5:97-106.
 8. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. The CGAS: children's global assessment scale (CGAS). Arch Gen Psychiatry 1983;40:1228-31.
 9. สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. รายงานการวิจัย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
 10. อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, สุวดี ศรีวิเศษ, สุภาณี กิตติสารพงษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร การประเมินผลตามกรอบ logical framework. ขอนแก่น: พระธรรมชนัน; 2545.
 11. อนุรักษ์ จำปาทอง, บรรณธิการ. ความพึงพอใจของบุคลากรต่อคู่มือการปฏิบัติงาน mhGAP intervention guide. วารสารสวนปรุง 2554;27:39-48.
 12. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุนิตย์. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2548.
 13. พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกันานนท์, บรรณธิการ. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์, 2552.
 14. Leucht S, Heres S, Epidemiology clinical consequences and psychosocial treat of nonadherence in schizophrenia. J Clin Psychiatry 2006;67(suppl 5):3-8.
 15. เขมา ตั้งใจมั่น, พรทิพย์ ธรรมวงศ์, ชลธิดา สิมะวงศ์. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2552; 23:52-65.
 16. National Alliance on Mental Illness. PACT: program of assertive community treatment [Internet]. [cited 2006 February 27]. Available from: <http://www.nami.org/>

Abstract: Effectiveness of the Mental Health Gap Action Programme in Thailand

Ittipol Soongkhang M.D., M.P.H.M. (Primary Health Care Management)*; Benjamas Prukkanone M.D., Ph.D. (Health Economics)**

* Bureau of Inspection and Evaluation, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health;

** Bureau of Mental Health Strategy, Department of Mental Health

Journal of Health Science 2014;23:

This study was an evaluation research which aimed to study the psychotic patient care process of the Mental Health Gap Action Programme in Psychosis (mhGAP: Psychosis). The study sites were conducted in 4 areas: (1) Klong Tom district, Khrabi province, (2) Wang Nam Kiew district, Nakorn Ratchasima province, (3) Sarapee district, Chaing Mai province and (4) Nong Song Hong district, Khonkaen province. A total of 1,167 patients aged 15 years old and over who received psychosis treatment and care were interviewed during April and September 2012. Three sets of standard questionnaires were used which included the General Health Questionnaire (GHQ), the Global Assessment of Functioning (GAF) and the Thai version of WHO Quality of Life (WHO-QOL). Method for assessment of effectiveness of the program was based on the CIPP Model. The content analysis approach was used to analyze qualitative data, while the quantitative data were analyzed by using frequency, percentage, mean, median, standard deviation for characteristics and the Chi-square test for association. Univariate analysis and estimated Odds Ratio were presented with significant level of $p = 0.05$. The results indicated that percentage of psychotic patients in the pilot hospital areas was 0.7 of the targeted population screened; and highest percentage was found in Nong Song Hong District (0.9%). Majority of the patients were male (73.7%), aged between 26–35 years old (42.7%) and with primary school education (40.3%). Regarding the project effectiveness, 6 of the 7 target indicators were achieved which included psychosis screening (91.4%), mean of duration of untreated psychosis (96.1% reduction), completed 3-month medication (95.3%), access to service (95.0%), re-admission (2.2%) and increased QOL (98.4%). The ability of self-care (GAF) was only at 63.1% (compared to 80% target). Assessment of outcomes at 3 months after the intervention showed significantly increasing QOL and GAF scores ($p < 0.001$). The age factor was found to be associated with improving quality of life. Patients aged 46–55 year old had QOL-score 4 times higher than that of patients with aged over 55 years (Crude OR = 3.93, 95%CI: 1.737 – 9.021). Patients aged under 25 years old also had better QOL-score than patients aged over 55 though not statistically significant. Other independent variables such as gender and ability of self-care showed no significant association with QOL score. The key success factors of this mhGAP implementation were identified to be patient registration system, high coverage of capacity building of personnel, emphasis on treatment, good understanding of patients and family, and the referral system.

Key words: psychotic patient, project effectiveness, mental health gap