

# Home Visit Model for Schizophrenic Patients At-Risk Groups in the Community by Family Care Team. Wang Chin District, Phrae Province<sup>1</sup>

Nutgrita Kaewsansai B.S.N.<sup>2</sup>

Received: 2 August 2023

Accepted: 28 December 2023

## Abstract

This research and development study aimed to investigate conditions of care, model development and efficiency of follow-up home visit of Schizophrenic patients of at-risk groups by family care team in Wang Chin District of Phrae Province. which applied the semi-experimental research method in one group. Pre-test and post-test were implemented in this stage. The samples include 10 of Schizophrenic Patients of at-risk groups who received care service at Wang Chin Hospital in Wang Chin District of Phrae Province. The data was analyzed with descriptive statistics and Pair t-test statistics.

The results showed that; applied survey research to examine the condition care given to Schizophrenic patients of at-risk had problems in lack of continuity of care and medicine when they returned home or to the community. They did not accept illness and used alcohol or drugs causing exacerbation and aggressive behaviors. Schizophrenic patients at Wang Chin Hospital in Wang Chin Hospital of Phrae Province consisted of before home visit model for Schizophrenic patients, Team development, declaring of objectives of home visit. The home visit process. It consists of preparing a visit recording form. Division of team roles Recording home visit information and after the home visit It is a summary of the results from home visits, analysis of individual patient problems. and planning the next visit. Including data analysis and synthesis. After implementing the home visit model. the scores of self-care by the patients in the experimental group after the experiment was higher than that of before the experiment with statistical significance at 0.50. As a result, patients and caregivers practice correct self-management. To prevent relapse and receive continuous consultation from the family doctor team Therefore, Home Visit Model for Schizophrenic Patients At-Risk Groups in the Community by Family Care Team. Wang Chin District, Phrae Province that is appropriate to the local context, helping to increase efficiency in caring for at-risk schizophrenia patients.

**Keywords:** home visit, Schizophrenic Patients of At-Risk Groups, family care team

---

<sup>1</sup> Research Article

<sup>2</sup> Registered nurse, Primary and Holistic care Department. Wangchin hospital, E-mail : jibpeebea@gmail.com

# รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่<sup>1</sup>

ณัฐกฤตา แก้วแสนสาย พย.บ.<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ดูแล พัฒนารูปแบบ และ ประสิทธิภาพของรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ วิธีวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง จำนวน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา เกี่ยวกับสภาพการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง เมื่อกลับไปอยู่กับ ครอบครัวพบปัญหาการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย มีพฤติกรรม การดื่มสุรา/ยาเสพติด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว และรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จากการนำรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย จิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย ขั้นตอนก่อนการเยี่ยมบ้าน การพัฒนาทีมงาน การระบุมัคคุเทศก์การเยี่ยมรวมถึงการเตรียมก่อนการเยี่ยมบ้าน ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย การเตรียมแบบบันทึกการเยี่ยม การแบ่งบทบาทหน้าที่ ทีมงาน การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน และขั้นหลังการเยี่ยมบ้าน เป็นการสรุปผลที่ได้จากการ เยี่ยมบ้านฯ การวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยรายบุคคล และการวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป รวมถึงการ วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล และหลังจากการนำแบบรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว พบว่าหลังการทดลองคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วย จิตเภทมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( $P\text{-value} > 0.05$ ) ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติถูกต้องในการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันอาการกำเริบ และ ได้รับคำปรึกษาจากทีมหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับ บริบทในพื้นที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง

**คำสำคัญ:** การติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ทีมหมอครอบครัว

<sup>1</sup> บทความวิจัย

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลวังชิ้น อีเมล : jibpeeba@gmail.com





## บทนำ

โรคจิตเภทนับเป็นโรคที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพ เป็นภาระโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะประมาณร้อยละ 1.10 ของความสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด และจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ร้อยละ 2.81 อัตราความชุกประมาณ ร้อยละ 1.00-1.50 ของประชากรทั่วโลกและมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 : 1,000 คนต่อปี ในประเทศไทยพบความชุกของโรคประมาณ 8.80 : 1,000 และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 45.00-50.00 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (อติญา โพธิ์ศรี, 2562) ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม อาการแสดงที่สำคัญของโรค จิตเภท แบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) กลุ่มอาการทางบวก ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ (active phase) จนต้องเข้ารับการรักษาดัวในโรงพยาบาล เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน หูแว่ว เห็นภาพหลอน เป็นต้น 2) กลุ่มอาการทางลบ (negative symptoms) มักเกิดในระยะ Residual phase ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการสงบและใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2563) ในประเทศไทย พบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญและเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ 1) เกิดจากสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ในสมองบกพร่อง และเกิดจากการที่ Ventricles มีขนาดใหญ่ และปัจจัยด้านชีวเคมี (biochemical factors) เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาท และความผิดปกติของสมอง เช่น โพรงสมอง

Ventricles มีขนาดใหญ่ เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ขาดการกระตุ้นทางสังคมและสิ่งแวดล้อมส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถจัดการกับความคิดของตนเองได้ทำให้ผู้ป่วย จิตเภทมีความคาดหวังต่อเรื่องต่างๆ ต่ำ อาทิ ความพึงพอใจ การประสบความสำเร็จ และการได้รับการยอมรับทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการรับรู้แหล่งสนับสนุน ส่งผลให้มีอาการทางลบเกิดขึ้น (มุกข์ดา ผดุงยาม, 2561) อาการทางลบจะมีลักษณะการแสดงออกทางใบหน้า น้ำเสียง ท่าทางที่ไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ไม่มีการสบสายตา หน้าตาเฉยเมย ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบมากจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่บกพร่องมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ที่น้อยมาก เช่น พุดน้อย ไม่สนใจกับสิ่งต่างๆ ทั้งตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ แยกตัว มีความบกพร่องในบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ ซึ่งการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท จะเป็นตัวบ่งบอกถึงระดับความสามารถในการใช้ชีวิตที่ดีของผู้ป่วยทั้งด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการดูแลตนเอง จากการที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพียงแค่อารมณ์ทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการผิดปกติหลายด้านหลงเหลืออยู่ (จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, 2562) เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีความเชื่อมโยงในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำอาชีพ ความสัมพันธ์กับสังคม ชีวิตความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าพฤติกรรมเหล่านี้ของผู้ป่วยเป็นความยุ่งยาก



ในด้านผลกระทบต่อผู้ดูแล พบว่า ครอบครัวต้องประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (นวนันท์ปิยะวัฒน์กุล, 2562) การสูญเสียเวลาในการพาผู้ป่วยไปรับการรักษาเป็นหน่วยในการดูแลซึ่งจะมีผลในการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับประธานยาต่อเนื่องเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงของโรคได้ดีที่สุดนอกจากการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภทแล้ว การดูแลต่อเนื่องในชุมชน การจัดการให้ผู้ป่วยจิตเภทได้อาศัยอยู่กับครอบครัวและชุมชน การรักษาทางจิตสังคมแบบต่างๆ สามารถลดอาการทางจิต เพิ่มการรับรู้ความเจ็บป่วย (insight) ของผู้ป่วย ทำให้มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลรักษาที่ดีคือการมุ่งเน้นให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยการสร้างเครือข่ายการดูแลทั้งทีมสุขภาพ และเครือข่ายภาคชุมชน (ไพจิตร พุทธิรอด, 2561)

ตามมาตรา 55 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง และรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขจึงปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำหรับระดับบริการปฐมภูมิจัดให้มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster: PCC) ทั่วประเทศ ซึ่งจังหวัดแพร่ได้เข้าร่วมดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในปี พ.ศ. 2560 โดยให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ต้องมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการ และมีการทำงานเป็นทีมของบุคลากรด้านวิชาชีพ

ที่เชื่อมประสานกับองค์กรต่างๆ และชุมชนเพื่อพัฒนาชุมชนและสังคมให้เอื้อให้ประชาชนมีสุขภาพดี (เกษมธิดา หะชะณี และอิศรา ลพสมัย, 2562) การดำเนินตามนโยบายดังกล่าว คาดว่าส่งผลให้บุคลากรและทีมคลินิกหมอครอบครัวสามารถดูแลประชาชนทุกกลุ่ม ตั้งแต่กลุ่มที่มีสุขภาพดีผ่านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้คงสถานะสุขภาพที่แข็งแรง และการคัดกรองโรคเรื้อรัง เพื่อสามารถดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือเข้าสู่ระบบการรักษา ตั้งแต่ต้นซึ่งสามารถควบคุมสถานะทางคลินิกของโรคได้ (ธนสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์, 2564) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าความสามารถในการจัดบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ถึงรายครัวเรือนเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการพัฒนาสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อจะทำให้ทุกคนทุกครอบครัวเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความครอบคลุม สามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม โดยมีการจัดสรรและใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งจะทำให้เกิดระบบสุขภาพที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ภายใต้นโยบาย ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) เพื่อให้ไปดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พนิดา เทียงสันเทียะ, 2560)

จากข้อมูลการเฝ้าระวังสุขภาพจิตงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลวังชัน มีจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคจิตเวช ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลวังชัน จำนวนทั้งสิ้น 408 ราย ( 905.74 อัตรา/แสนประชากร) และมีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน





34 ราย (75.47 อัตรา/แสนประชากร) (โรงพยาบาลวังชัน, 2566) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อให้เกิดความรุนแรงได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และเพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ เพื่อลดอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องศึกษารูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างปกติสุข ซึ่งถ้าหากไม่มีการพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัวในครั้งนี้ อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงในการดูแลมีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น และมีสุขภาพไม่ดีเท่าที่ควร ขาดการดูแลที่ถูกต้องและอยู่ในสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมขาดการเอาใจใส่ของครอบครัว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาค้นหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงโดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การดูแลให้ได้รับยาต่อเนื่อง การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบ ส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้ญาติและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดำเนินงานภายใต้บริบทและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย โดยมีทีมสหวิชาชีพพร้อมกับเครือข่ายชุมชนในการดูแล เพื่อช่วยลดจำนวนอัตราอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ญาติและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วย ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแลและญาติ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้ ด้านสารเสพติด นอกจากนี้ยังมีประเด็นคำถาม ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ระยะที่ 3 ประเมินผล แล้วจึงนำมากำหนดเป็นรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย 1) ก่อนการเยี่ยมบ้าน มีการระบุข้อบ่งชี้หรือประเภทการเยี่ยม การประชุมทีมแบบเข้มข้นก่อนเยี่ยมบ้าน ทราบวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน การเตรียมตัวก่อนเยี่ยมบ้าน 2) เยี่ยมบ้าน การใช้แบบบันทึกเยี่ยมบ้าน INHOMESSS การแบ่งบทบาทหน้าที่ในการเยี่ยมบ้าน การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านลงในแฟ้มประวัติครอบครัว 3) หลังเยี่ยมบ้าน





การประชุมแบบเข้มข้นหลังเยี่ยมบ้าน  
การวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหาผู้ป่วย  
การวางแผนการเยี่ยมครั้งถัดไป การวิเคราะห์

สังเคราะห์ข้อมูลการเยี่ยมบ้านเพื่อใช้ประโยชน์  
ด้านต่างๆ ได้ตั้งภาพที่ 1

### รูปภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิด





## ระเบียบวิธีวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) กระบวนการวิจัยประกอบด้วย

1. การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
2. การศึกษา หลักการแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป็นแนวทางการแก้ปัญหา
3. การกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาและรูปแบบการดำเนินงาน
4. การจัดทำรูปแบบ ทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทตามกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา
5. การประเมินและสรุปรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

### ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวังชิ้น อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ในปี 2565-2566 จำนวน 30 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ประกอบด้วย 1) ก่อนการเยี่ยมบ้าน มีการระบุข้อบ่งชี้หรือประเภทการเยี่ยม การประชุมทีมแบบเข้มข้นก่อนเยี่ยมบ้าน ทราบวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน การเตรียมตัว

ก่อนเยี่ยมบ้าน 2) เยี่ยมบ้าน การใช้แบบบันทึกเยี่ยมบ้าน INHOMESSS การแบ่งบทบาทหน้าที่ในการเยี่ยมบ้าน การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านลงในแฟ้มประวัติครอบครัว 3) หลังเยี่ยมบ้าน การประชุมแบบเข้มข้นหลังเยี่ยมบ้าน การวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหาผู้ป่วย การวางแผนการเยี่ยมครั้งถัดไป การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลการเยี่ยมบ้านเพื่อใช้ประโยชน์ด้านต่างๆ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สิทธิบัตร ประวัติการเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จำนวน 28 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบจำแนกพฤติกรรม การดูแลตนเองออกเป็น 10 ด้าน คือ ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแลและญาติ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้ ด้านสารเสพติด ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ มีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

### การปฏิบัติที่ถูกต้อง

- ปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง = 4 คะแนน
- ปฏิบัติเป็นประจำ (มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์) = 3 คะแนน
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์) = 2 คะแนน
- ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1 ครั้ง/สัปดาห์) = 1 คะแนน



ไม่เคยปฏิบัติเลย = 0 คะแนน  
(0 ครั้ง/สัปดาห์)

### การปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง = 0 คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ = 1 คะแนน  
(มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์)

ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 2 คะแนน  
(2-3 ครั้ง สัปดาห์)

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง = 3 คะแนน  
(1 ครั้ง/สัปดาห์)

ไม่เคยปฏิบัติเลย = 4 คะแนน  
(0 ครั้ง/สัปดาห์)

กำหนดการแปลผลระดับพฤติกรรมกราด  
ดูแลตนเองมีคะแนน 0.00-112.00 คะแนนเป็น  
4 ระดับ ดังนี้

พฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดีอย่างยิ่ง  
หมายถึง มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22.00 คะแนน

พฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดี  
หมายถึง มีคะแนน 22.10-45.00 คะแนน

พฤติกรรมดูแลตนเองพอใช้  
หมายถึง มีคะแนน 45.10-68.00 คะแนน

พฤติกรรมดูแลตนเองดี  
หมายถึง มีคะแนน 68.10-91.00 คะแนน

พฤติกรรมดูแลตนเองดีมาก  
หมายถึง มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 91.10 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา  
(Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้  
เสนอต่อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ  
ด้านวิจัย 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญ  
ด้านสาธารณสุข 1 คน และอาจารย์ที่มีความ  
เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 คน

เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตาม เนื้อหา  
(Content Validity) ได้ค่าความสอดคล้องของข้อ  
คำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.60-1.00

### ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสาร  
จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎี  
ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง  
ในชุมชน และรูปแบบการดูแลโดยทีมหมอ  
ครอบครัว

2. จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group)  
จำนวน 1 ครั้ง โดยจัดสนทนาเป็นกลุ่มย่อย  
ผู้วิจัยนำผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งละ 3-5 คน และ  
ขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาประมาณ  
30 นาที เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญ  
แล้วให้ ผู้ให้ ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง  
หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ ผู้ให้ข้อมูล  
เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องที่ร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง  
ในชุมชน ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัย  
จากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง จำนวน  
12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผู้วิจัยสร้างขึ้น  
จากการทบทวนแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม  
(Orem, 2001) ได้แก่ ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา  
ด้านผู้ดูแลและญาติ ด้านกิจวัตรประจำวัน  
ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธ์ภาพ  
ในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร  
ด้านความสามารถในการเรียนรู้ ด้านสารเสพติด  
นอกจากนี้ยังมีประเด็นคำถามซึ่งเป็นคำถาม  
ปลายเปิดเกี่ยวกับข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ  
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนตำรา เอกสาร  
ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง  
ในชุมชน







2) ผู้ดูแลหลักที่ร่วมดูแลผู้ป่วย จำนวน 12 คน ประเด็นคำถามเป็นข้อมูลปลายเปิด เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านพฤติกรรมสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ในชุมชน

3) ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร และ กายภาพบำบัด

3. ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากการเก็บรวบรวมข้อมูล และข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ในขั้นตอนการดำเนินงาน มาสรุป วิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

4. นำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 คน มีข้อเสนอแนะในประเด็น ขั้นตอนก่อนการเยี่ยมบ้าน ต้องมีการประชุมทีมแบบเข้มข้นก่อนเยี่ยมบ้าน เพื่อทราบวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน และการเตรียมตัวก่อนเยี่ยมบ้าน ขั้นตอนเยี่ยมบ้าน ควรใช้แบบบันทึกเยี่ยมบ้าน INHOMESSS มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ในการเยี่ยมบ้าน เช่น ผู้จัดบันทึก ผู้ประเมินสภาพแวดล้อม ผู้ถ่ายภาพ เป็นต้น ขั้นตอนหลังเยี่ยมบ้าน ต้องมีการประชุมแบบเข้มข้นหลังเยี่ยมบ้าน เพื่อวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหาผู้ป่วยทุกระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับ

ชุมชน การวางแผนการเยี่ยมครั้งถัดไป และการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน เพื่อใช้ประโยชน์ด้านต่างๆ

5. นำรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ฉบับสมบูรณ์หาความเหมาะสมความเป็นไปได้และประโยชน์ต่อ ผู้รับบริการ ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญพบว่ารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่ยกร่างขึ้นมีความเหมาะสมความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ร้อยละ 100.00

6. นำรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลอง

### ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะรูปแบบการดูแล วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

4. ผู้วิจัยนำรูปแบบมาดำเนินกิจกรรม ดังนี้



**ตารางที่ 1** การปฏิบัติตามขั้นตอนตามแนวทางรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังซิ่น จังหวัดแพร่

ระยะติดตามเยี่ยม	รายละเอียดกิจกรรม
ก่อนการเยี่ยมบ้าน	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการระบุข้อบ่งชี้หรือประเภทการเยี่ยม</li> <li>การประชุมทีมแบบเข้มข้นก่อนเยี่ยมบ้าน</li> <li>ทราบวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน</li> <li>การเตรียมตัวก่อนเยี่ยมบ้าน</li> </ul>
เยี่ยมบ้าน	<ul style="list-style-type: none"> <li>การใช้แบบบันทึกเยี่ยมบ้าน INHOMESSS</li> <li>การแบ่งบทบาทหน้าที่ในการเยี่ยมบ้าน</li> <li>การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านลงในแฟ้มประวัติครอบครัว</li> </ul>
หลังเยี่ยมบ้าน	<ul style="list-style-type: none"> <li>การประชุมแบบเข้มข้นหลังเยี่ยมบ้าน</li> <li>การวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหาผู้ป่วยทุกระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน</li> <li>การวางแผนการเยี่ยมครั้งถัดไป</li> <li>การบันทึกข้อมูลลงในระบบอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงาน</li> <li>การส่งต่อข้อมูลที่สมบูรณ์ทางเอกสารระหว่างหน่วยบริการ</li> <li>การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลการเยี่ยมบ้านเพื่อใช้ประโยชน์ด้านต่างๆ</li> </ul>

### ขั้นหลังการทดลอง

หลังจากดำเนินการตามรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังซิ่น จังหวัดแพร่ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดโปรแกรมนี้ให้แก่กลุ่มที่สนใจ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหน้าที่สื่อถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังซิ่น เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย ชี้แจงขั้นตอนตามระเบียบวิธีวิจัย ตลอดจนการวางแผนการดำเนินงานเก็บข้อมูล ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแก่ผู้ช่วยวิจัย แล้วจึงเก็บข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำแบบสอบถามแล้วจึงเก็บกลับนำแบบสอบถาม

ที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่าได้รับแบบสอบถามคืนมาจำนวน 30 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100.00 ก่อนนำไปบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยใช้สถิติ Paired t-test

### วิธีการทางสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังซิ่น จังหวัดแพร่ ขั้นตอนนี้ เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi





Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง (One Groups Pre-test Post-test Design) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวังชิ้น อำเภอลำปาง จังหวัดแพร่ ในปี 2565-2566 จำนวน 34 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวังชิ้น อำเภอลำปาง จังหวัดแพร่ ระหว่างเดือน สิงหาคม-ตุลาคม 2566 จำนวน 10 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ เบริน และ กรูฟ (Burns and Groove, 2005 quoted in Thato, 2018) ที่ ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power) 0.80 และขนาดอิทธิพลที่ ต้องการศึกษา (effect size) 0.70 ซึ่งการวิจัยแบบทดลองควรมีขนาดตัวอย่างน้อยที่สุด 10 ราย

กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทไม่เกิน 5 ปี ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เช่น การได้ยิน การพูด และผู้ป่วยยินดียินดีร่วมมือในการทำวิจัย เกณฑ์การคัดออก

คือ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อความรุนแรงทั้งตัวเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน การสู่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า คัดออก

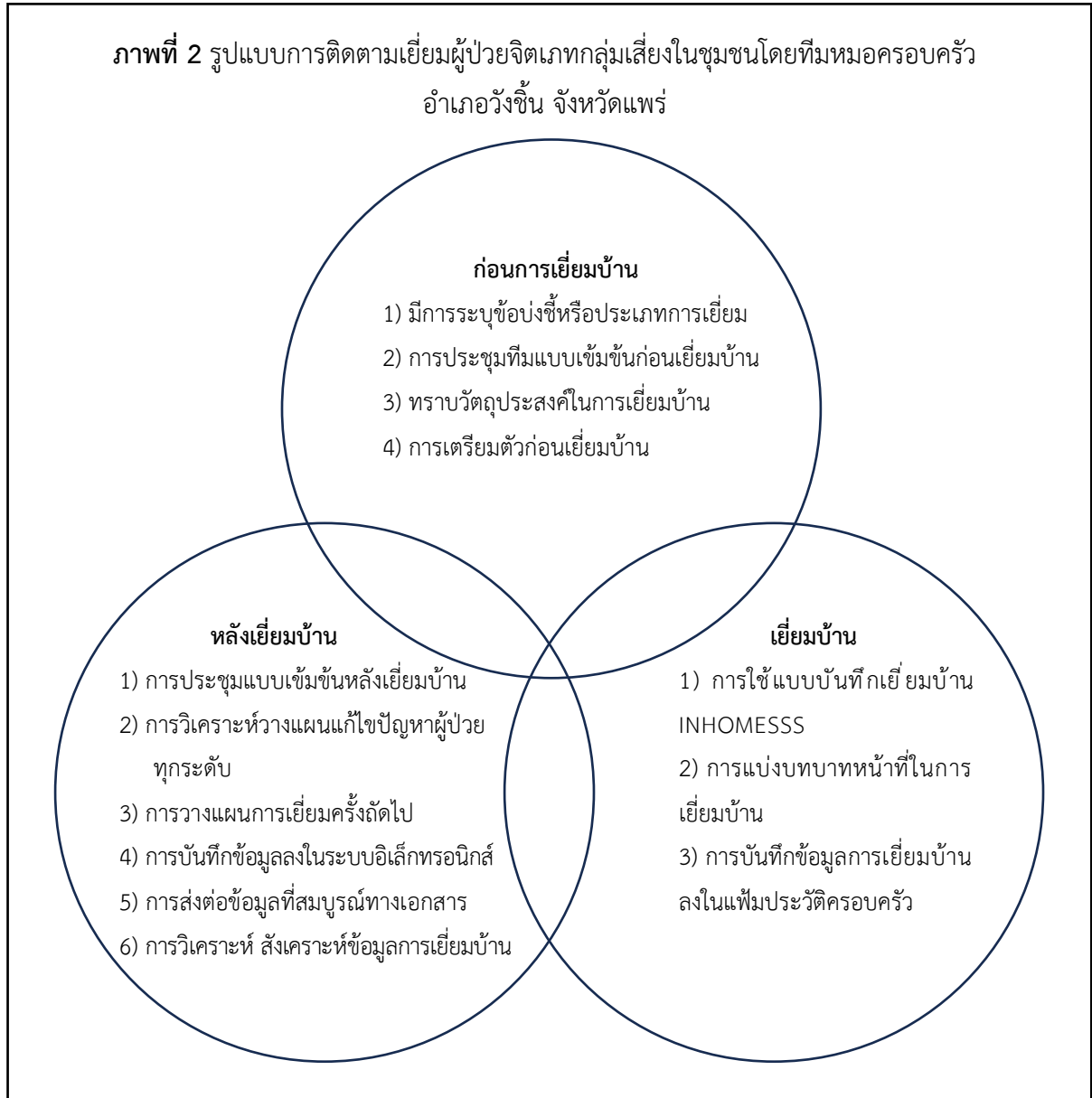
### ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลวังชิ้น อำเภอลำปาง จังหวัดแพร่ เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชน แล้วมีปัญหาการขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้สุรา/สารเสพติด จึงทำให้อาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนของโรงพยาบาลวังชิ้น ยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพให้ความรู้และคำแนะนำตามสาขาวิชาชีพของตนเอง ไม่ได้ดูแลรายการนิตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ได้มีการประสานข้อมูลร่วมกัน ผู้ป่วยและญาติไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการดูแลตนเอง

2. รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว



ภาพที่ 2 รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว  
อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่



3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการติดตาม  
เยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอ  
ครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

3.1 เปรียบเทียบข้อมูลการดูแลตนเองของ  
ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ระหว่างก่อนและ

หลังใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม  
เสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น  
จังหวัดแพร่





ตารางที่ 2 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

การทดสอบ	Mean	S.D.	t	df	P-Value (2-tailed)
ก่อนการทดลอง	58.40	17.10	-4.87	9	0.00*
หลังการทดลอง	83.10	3.14			

\* p < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง 58.40 และ 83.10 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยการดูแลตนเอง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

### การอภิปรายผล

1. สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลวังชิ้น อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนแล้วมีปัญหาการขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้สุรา/สารเสพติด จึงทำให้อาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนของโรงพยาบาลวังชิ้น ยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพให้ความรู้และคำแนะนำตามสาขาวิชาชีพของตนเอง ไม่ได้ดูแลรายกรณีตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ได้มีการประสานข้อมูลร่วมกัน ผู้ป่วยและญาติไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการดูแลตนเอง สอดคล้อง

กับการศึกษาของ ขจีรัตน์ ปรักเอโก (2559) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชมักมีการดำเนินโรคเรื้อรัง และกลับมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย เนื่องจาก ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับประทานยา ผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชญะ วัฒนการุณ (2559) ได้ศึกษา การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ที่ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงหลักการสำคัญ คือ การให้การรักษาและดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อไม่ให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยได้มีโอกาสใช้ชีวิตได้เหมือนปกติเหมือนคนอื่นๆ

2. รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ก่อนเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรม การระบุข้อบ่งชี้หรือประเภทการเยี่ยม การประชุมทีมแบบเข้มข้น ก่อนเยี่ยมบ้าน ทราบวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน การเตรียมตัวก่อนเยี่ยมบ้าน ระยะที่ 2 ขณะเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรม การใช้แบบบันทึกเยี่ยมบ้าน INHOMESSS การแบ่งบทบาทหน้าที่ในการเยี่ยมบ้าน การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านลงในแฟ้มประวัติ



ครอบครัว และระยะที่ 3 หลังเยี่ยมบ้านประกอบด้วย กิจกรรมการประชุมแบบเข้มข้นหลังเยี่ยมบ้าน การวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหาผู้ป่วยทุกระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน การวางแผนการเยี่ยมครั้งถัดไป การบันทึกข้อมูลลงในระบบอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงาน การส่งต่อข้อมูลที่สมบูรณ์ทางเอกสารระหว่างหน่วยบริการ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลการเยี่ยมบ้านเพื่อใช้ประโยชน์ด้านต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปองพล ชูชนะโชติ (2561) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลจิตใจของนักจิตวิทยาคลินิกในทีมหมอครอบครัว ที่ผลการศึกษาพบว่า คุณลักษณะของทีมหมอครอบครัวมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ ดูแลรักษายามเจ็บป่วย ให้คำปรึกษาแนะนำ ส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน รูปแบบการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวที่ดีคือ การวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหาผู้ป่วย และการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ หนึ่งฤทัย ไชโยธราช และกฤษณี สระมุณี (2564) ได้ศึกษากระบวนการเยี่ยมบ้านของคลินิกหมอครอบครัว ที่ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการเยี่ยมบ้านควรเน้นให้มีการประชุมแบบเข้มข้น การบันทึกและการส่งต่อข้อมูลกันให้มากขึ้น เพื่อให้กระบวนการสอดคล้องกับแนวทางการเยี่ยมบ้านมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล บุญโสภิต (2561) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ที่ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัว คือ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและการทำความเข้าใจในธรรมชาติของผู้ป่วย

3. ประสิทธิภาพผลของรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอ

ครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ พบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง 58.40 และ 83.10 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีค่าเฉลี่ยการดูแลตนเอง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  สามารถอภิปรายได้ว่า รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ เป็นการดำเนินงานภายใต้กรอบเป้าหมายกระบวนการ และผลลัพธ์ของนโยบาย ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team : FCT) โดยการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานทุกระดับ และจัดโครงสร้าง ทีมหมอครอบครัวให้มีความเหมาะสมตามบริบทพื้นที่และบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด มีการสนับสนุนทรัพยากรเพิ่มเติมจากหน่วยงานภายนอกและพัฒนาทีมหมอครอบครัวให้มีคุณภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ มีกระบวนการจัดการตามระบบการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ และตำบลจัดการสุขภาพ โดยการนำกระบวนการเรียนรู้ตามบริบทพื้นที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ ในการเสริมศักยภาพของทีมหมอครอบครัว มีการใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการและเสริมพลังสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติ ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ครอบครัวและชุมชนได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ ทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิและที่บ้านอย่างใกล้ชิด ดุจญาติมิตร มีระบบการรับ-ส่งต่อประสานงานในทุกระดับอย่างใกล้ชิด และผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลครอบคลุมครบถ้วน





ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว ชุมชน มีสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น มีความเป็นธรรม ในการเข้าถึงบริการ ครอบครัว ชุมชน มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการปกป้องด้านสังคม และการเงินจากความเสียหายทางด้านสุขภาพ มีระบบดูแลสุขภาพมีความสามารถในการตอบสนอง ปัญหาสุขภาพและกลุ่มเสี่ยงที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชญ์ วัฒนการุณ (2559) ได้ศึกษา การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ที่ผลการศึกษาพบว่า การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน การติดตามดูแลต่อเนื่องรวมถึงการบำบัดรักษา การประสานเชื่อมโยงข้อมูล จะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดี ลดอัตราการกำเริบ และลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติมา ชมชื่น (2559) ได้ศึกษา การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ที่ผลการศึกษาพบว่า การใช้หลักการทีมหมอครอบครัว ดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ แบบผสมผสานและเป็นองค์รวม จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ช่วยลดอาการกำเริบ การกลับเป็นซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และสามารถดำเนินชีวิตได้ปกติสุข

### เอกสารอ้างอิง

เกษมธิดา หะชะนี และอิศรา ลพสมัย. (2562). การพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ในเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 28(4) : 667-678.

จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์. (2562). *จิตเวช ม.อ.= Practical handbook of PSU psychiatry*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นฤมล บุญโสภิน. (2561). *การพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของตำบลวังสวาบ อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย.

นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล (บรรณาธิการ). (2562). *จิตเวชศาสตร์ = Psychiatry*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปองพล ชุชนะโชติ. (2561). *การพัฒนารูปแบบการดูแลจิตใจของนักจิตวิทยาคลินิกในทีมหมอครอบครัว*. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. (2563). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท : บทบาทและกระบวนการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่ : ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย.

พนิดา เทียงสันเทียะ. (2560). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ไพจิตร พุทธรอด. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 27(3): 478-486.



- มุกข์ดา ผดุงยาม. (2561). การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชศาสตร์ = Mental health and psychiatric nursing. กรุงเทพฯ : นีโอดีจิตอล.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาล ศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลวังชิ้น. (2566). *เวชระเบียนผู้ป่วย ประจำปี 2566*. โรงพยาบาลวังชิ้น สำนัก ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวง สาธารณสุข.
- หนึ่งฤทัย ไชยโยราช และกฤษฎี สระมณี. (2564). กระบวนการเยี่ยมบ้านของคลินิกหมอ ครอบครัวยุคใหม่-ดอนหัน จังหวัด ขอนแก่น. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 14(2): 329-342.
- ชุติมา ชมชื่น. (2559). *การพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน*. โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งเจริญ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา.
- ชนะเลิศ รุ่งศิริรัฐพงษ์. (2564). *รูปแบบการ จัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดย กลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็น คลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนน สว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
- อติญา โพธิ์ศรี. (2562). การมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิต เภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาที่ชุมชนบ้าน ท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด. *ศรีนครินทร์เวช สาร*. 34(1): 83-89.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6 thed.). St Louis: Mosby, Inc.
- Morrison - Valfre, Michelle. (2 0 1 7 ) . *Foundations of mental health care*. (6 th ed.). St.Louis, Mo: Elsevier.
- Videbeck, Sheila L. (2017). *Psychiatric - mental health nursing*. (7th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

