

ประสิทธิผลโครงการติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำในชุมชน อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์: วิจัยกึ่งทดลอง

หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ พ.บ.

กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลสังขะ ตำบลสังขะ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ 32150

Effectiveness of Follow-up Care Programs for Readmission among Psychiatric Patients in the Community, Sangkha District, Surin Province: A Quasi-experimental Research

Hataigan Seangpro, M.D.

Medical Department, Sangkha Hospital, Sangkha, Sangkha, Surin, 32150, Thailand

Corresponding Author: Hataigan Seangpro (E-mail: Joy394949@gmail.com)

(Received: 12 December, 2024; Revised: 12 February, 2025; Accepted: 10 July, 2025)

Abstract

Background: Psychiatric patients at Sangkha Hospital have shown an increasing trend of readmission, leading to service improvement through community-based follow-up care which is a proactive service approach. **Objective:** To study the effectiveness of follow-up care programs for readmission among psychiatric patients in the community, Sangkha district, Surin province. **Method:** A quasi-experimental study was conducted with 30 psychiatric patients with a history of readmissions, divided into experimental and control groups of 15 patients each. The control group received routine outpatient care at the psychiatric clinic. The experimental group received an 8-week follow-up program consisting of patient classification using The 3-Good 4-Color patient classification system, follow-up of missed appointments via LINE OFFICIAL ACCOUNT, home visits for symptom assessment, and medication adherence monitoring by relatives or volunteers. Outcomes were evaluated using the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) by psychiatric-trained nurses at baseline and after program completion. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation for general information, and paired t-test for within-group comparison and independent t-test for between-group comparison, with statistical significance at .05. **Result:** After follow-up care, the experimental group showed lower readmission rates (13.33%) compared to the control group (26.67%). The experimental group demonstrated significantly reduced psychiatric symptoms ($p < .001$) and significantly improved medication adherence ($p < .001$). **Conclusion:** The follow-up care programs effectively controlling psychotic symptoms, improved medication adherence and tended to reduce readmission.

Keywords: Psychiatric patients, Readmission, Follow-up care, Community

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสงฆ์พบว่ามีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องปรับปรุงการให้บริการผู้ป่วยด้วยการติดตามดูแลในชุมชนซึ่งเป็นการบริการเชิงรุก **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาประสิทธิผลโครงการติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ ในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ **วิธีการ:** การวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ณ คลินิกจิตเวช ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมติดตาม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย การคัดแยกประเภทผู้ป่วยตาม 3 ดี 4 สี การติดตามผู้ป่วยขาดนัดด้วย Line Official Account การเยี่ยมบ้านประเมินอาการ และการประเมินการรับประทุกันยา โดยญาติ หรือจิตอาสา ทั้งสองกลุ่มถูกประเมินอาการทางจิต (BPRS) และความสม่ำเสมอในการรับประทุกันยา (MMAS-8) โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช 2 ครั้ง คือ ก่อนเริ่มโปรแกรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไป และใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบผลภายในกลุ่ม และ independent t-test เปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่ม กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 **ผล:** หลังจากติดตามดูแลผู้ป่วย พบว่า กลุ่มทดลองกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในร้อยละ 13.33 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีร้อยละ 26.67 กลุ่มทดลองมีอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) มีความสม่ำเสมอในการรับประทุกันยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) **สรุป:** โปรแกรมติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีประสิทธิผลในการควบคุมอาการทางจิต เพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทุกันยา และมีแนวโน้มลดการกลับมารักษาซ้ำ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช, การรักษาซ้ำ, การติดตามดูแล, ชุมชน

บทนำ

โรคจิตเวชเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม ที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลตลอดชีวิต เนื่องจากเป็นภาวะป่วยเรื้อรังให้หายขาดได้ เพราะความเสื่อมของบุคลิกภาพของผู้ป่วยเสื่อมถอยลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเป็นจริงเสียไป จนเกิดอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ก้าวร้าว อารมณ์

ซึมเศร้า ไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่สนใจประกอบอาชีพ และผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มักจะไม่ยอมรับความเจ็บป่วย ส่งผลให้ไม่ยอมเข้ารับการรักษารักษา และรับประทุกันยาไม่ต่อเนื่องซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลให้มีอาการทางจิตรุนแรงมากขึ้น¹ การรักษาผู้ป่วยจิตเวชมีเป้าหมายหลัก คือลดหรือจำกัดการแสดงอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตและฟื้นฟูการทำงานของร่างกายของผู้ป่วยให้มากที่สุด ส่งเสริมหรือดูแลรักษาไม่ให้ร่างกายอ่อนแอเนื่องจากสภาวะของโรค และลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มความสามารถในด้านต่าง ๆ และเตรียมเข้าสู่การหายเป็นปกติ แต่หากผู้ป่วยไม่ร่วมมือใช้ยา หรือใช้ยาไม่ต่อเนื่องก็มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ² คาดว่าผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 ที่เข้ารับการรักษาระหว่างจิตเวชจะต้องเข้ารับการรักษารักษาซ้ำภายใน 1 ปี³ ซึ่งการกลับเข้ารับการรักษาระหว่างจิตเวชในสถานพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา จนกลายเป็นความท้าทายที่สำคัญ⁴ สำหรับประเทศไทยปัจจุบันพบว่า มีผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่ต้องกลับมารักษาซ้ำถึงร้อยละ 70 ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ¹ จากการศึกษาในอดีตพบว่า การกลับเข้ารับการรักษาระหว่างจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวชอีกครั้งมีหลายปัจจัย ตัวอย่างเช่น การรับประทุกันยาไม่สม่ำเสมอ⁵ ขาดความร่วมมือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย⁶ การใช้สารเสพติดแอลกอฮอล์⁷ ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลที่สั้นลงเพราะไม่มีเตียงว่าง ยังมีโอกาสที่ผู้ป่วยจิตเวชจะกลับเข้ารับการรักษาระหว่างจิตเวชในโรงพยาบาลอีกครั้งมากขึ้น สิ่งนี้อาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแล และเพิ่มต้นทุนบริการให้กับผู้ให้บริการ⁸ ซึ่งอัตราการกลับเข้ารับการรักษายังใช้เป็นตัวกำหนดคุณภาพการดูแลในด้านการติดตามดูแลต่อเนื่อง⁹⁻¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช มีความสำคัญและจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช ซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ¹¹ ซึ่งการจำแนกประเภทผู้ป่วย ผนวกบริการผู้ป่วยนอกใช้หลักการจำแนกตามมิติสภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลำดับการดูแล และจำแนกตามมิติความสามารถในการดำรงชีวิตอิสระ¹¹ เพื่อนำข้อมูลวางแผนดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (care plan)¹² โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีประวัติกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน ภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ซึ่งมักจะพบปัญหาการรับประทุกันยา และการควบคุมอาการทางจิต เพื่อหวังให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้ที่มีอาการสงบ โดยเน้นติดตามในชุมชน

ตั้งแต่การคัดแยกประเภทผู้ป่วย เพื่อติดตามกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่อง ติดตามผู้ป่วยขาดนัด เยี่ยมบ้านประเมินอาการ และให้ญาติหรือจิตอาสาส่วนในการประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วย

โรงพยาบาลสังขะเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 130 เตียง ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2564-2566) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นแบบเชิงรับ โดยผู้ป่วยต้องเดินทางมารับบริการที่คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลทุก 1-2 เดือน ขาดการติดตามผู้ป่วยขาดนัด และการติดตามดูแลในชุมชนไม่มีความต่อเนื่อง ซึ่งยังคงพบผู้ป่วยจิตเวชมาด้วยอาการทางจิตกำเริบ และเข้ารับการนอนโรงพยาบาลสูงมากขึ้น จำนวน 118, 111 และ 128 คน ตามลำดับ และมีแนวโน้มการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือนหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตราการติดตามการรักษาต่อเนื่องกลับลดลงจากร้อยละ 90.71 เหลือเพียงร้อยละ 86.25 และผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกจิตเวชอย่างน้อย 2 ครั้งใน 6 เดือนหลังจำหน่ายลดลงจากร้อยละ 76.50 เหลือเพียงร้อยละ 51.49 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกว่าครึ่งขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากสถานการณ์ดังกล่าวโรงพยาบาลสังขะ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแบบเชิงรุก โดยเน้นการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เพื่อจัดระดับการดูแลตามความเสี่ยง การใช้เทคโนโลยีในการติดตามผู้ป่วยขาดนัด การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านระบบจิตอาสา เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ เพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

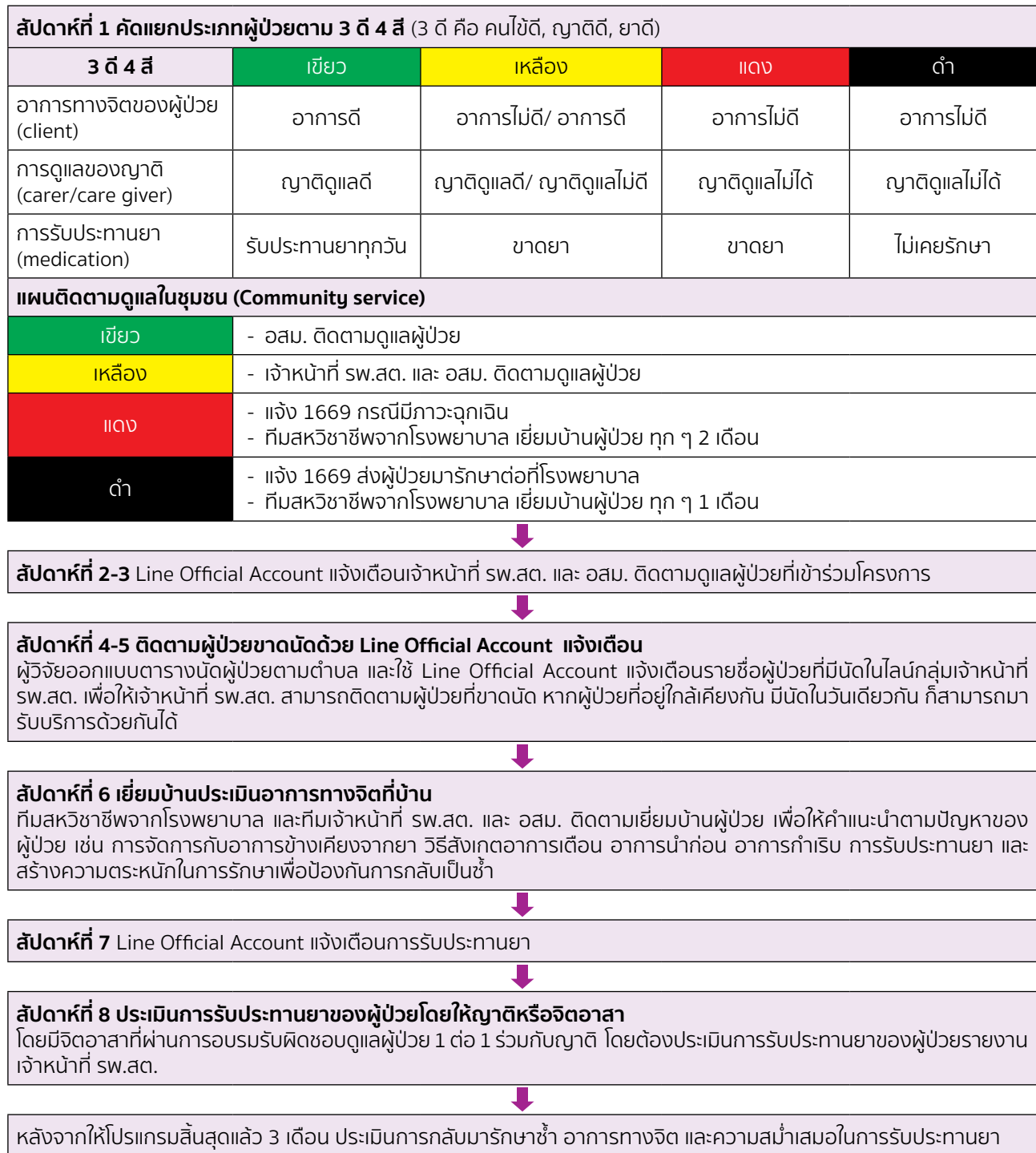
วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental) โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสังขะ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวชตาม ICD-10 code F20-F29 และกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน 2 ครั้งขึ้นไปภายใน 3 เดือน ในช่วง 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 มิถุนายน 2567 เกณฑ์คัดเข้า 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยช่วง 1-5 ปี 3) มีที่อยู่อาศัยถาวรในเขตอำเภอสังขะ 4) มีผู้ดูแลหลักที่สามารถให้ข้อมูลได้ เกณฑ์คัดออก 1) มีโรคร่วมทางกายที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคไต ที่ต้องได้รับการรักษาเป็นประจำ เกณฑ์การถอนตัว 1) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลถอนตัวจากการวิจัย 2) ผู้ป่วย

ย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่ศึกษา 3) ผู้ป่วยขาดการติดตามเกิน 2 ครั้งติดต่อกัน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1¹³ สำหรับการวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบเท่ากับร้อยละ 80 ที่ระดับนัยสำคัญ α เท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง เท่ากับ 0.65¹⁴ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก โดยเลือกวันที่ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา (วันคู่ วันคี่) เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกและสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale; BPRS) พัฒนาโดย Overall and Gorham มีค่าความเที่ยง 0.87 ความไว 0.85 ความจำเพาะ 0.89¹⁵ ประกอบด้วย 18 ข้อ มีระดับคะแนน ตั้งแต่ 1-7 ตามระดับความรุนแรง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการทางจิตระดับน้อย คะแนนมากกว่า 36 คะแนน มีอาการทางจิตระดับมาก แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Morisky Medication Adherence Scale; MMAS-8) มีค่าความเที่ยง 0.83 ความไว 0.93 ความจำเพาะ 0.87¹⁶ ประกอบด้วย 8 ข้อคำถามรวม 8 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง (8 คะแนน) ปานกลาง (6-7.8 คะแนน) และต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ เกษัชกร และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index; CVI) เท่ากับ 0.89-1.00 กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช ประกอบด้วย การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วย เช่น การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา วิธีสังเกตอาการเตือน อาการนำก่อน อาการกำเริบ วิธีการใช้ยาจิตเวช กลุ่มทดลอง จะได้รับการดูแลตามปกติแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช และดำเนินการตามโปรแกรมติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำในชุมชน ซึ่งเป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยในระยะที่อาการของโรคสงบลง (stabilization phase) ในระยะ 8 สัปดาห์ติดต่อกัน ครั้งละ 45-60 นาที (ภาพที่ 1) การวิจัยนี้มีตัวแปรต้น คือโปรแกรมติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และตัวแปรตามหลัก (primary outcomes) ได้แก่ จำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน อาการทางจิตวัดด้วย BPRS (คะแนน) และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

วัดด้วย MMAS-8 (คะแนน) ส่วนตัวแปรตามรอง (secondary outcome) คือ จำนวนครั้งการผิวนัดการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ paired t-test เปรียบเทียบผลภายในกลุ่ม independent t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และ chi-square test เปรียบเทียบสัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำ และการผิวนัดควบคุมตัวแปรกวน (confounding factors) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะการเจ็บป่วย และปัจจัยทางสังคม

โดยใช้เกณฑ์คัดเข้า-คัดออกที่ชัดเจนและเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรพื้นฐานระหว่างกลุ่ม ติดตามผลลัพธ์หลังสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 3 เดือน การควบคุมคุณภาพข้อมูลทำโดยจัดอบรมพยาบาลผู้เก็บข้อมูล 2 คน และได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่โครงการวิจัย 45/256



ภาพที่ 1 โปรแกรมติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ (กลุ่มทดลอง)

ผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

จากตารางที่ 1 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทุกตัวแปรไม่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 73.33)

มีอายุเฉลี่ย 31.9 ปี (SD = 8.10) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-40 ปี (ร้อยละ 86.67) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 63.33) ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 70.00) มีโรคซึมเศร้าร่วม (ร้อยละ 73.33) และอาศัยอยู่กับครอบครัวขนาด 4-6 คน (ร้อยละ 60.00)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูล	รวม n (%)	กลุ่มทดลอง n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
เพศ				.682
ชาย	22 (73.33)	10 (66.67)	12 (80.00)	
หญิง	8 (26.67)	5 (33.33)	3 (20.00)	
อายุ (mean±SD), ปี	31.9±8.10	30.33±8.15	33.46±8.02	.952
20-40	26 (86.67)	13 (86.67)	13 (86.67)	
41-60	4 (13.33)	2 (13.33)	2 (13.33)	
สถานภาพ				1.000
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	20 (66.67)	10 (66.67)	10 (66.67)	
คู่	10 (33.33)	5 (33.33)	5 (33.33)	
การศึกษา				.705
ต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษา	19 (63.33)	9 (60.00)	10 (66.67)	
สูงกว่าระดับมัธยมศึกษา	11 (36.67)	6 (40.00)	5 (33.33)	
อาชีพ				.109
ไม่ประกอบอาชีพ	9 (30.00)	7 (46.67)	2 (13.33)	
ประกอบอาชีพ	21 (70.00)	8 (53.33)	13 (86.67)	
โรคร่วมทางจิตอื่น ๆ				1.000
โรคซึมเศร้า	22 (73.33)	11 (73.33)	11 (73.33)	
ไม่มี	8 (26.67)	4 (26.67)	4 (26.67)	
จำนวนสมาชิกอาศัยอยู่ร่วมกัน				.136
2-3	12 (40.00)	4 (26.67)	8 (53.33)	
4-6	18 (60.00)	11 (73.33)	7 (46.67)	

ผลของการติดตามดูแลผู้ป่วย

จากตารางที่ 2 หลังจากติดตามดูแลผู้ป่วย พบว่า กลุ่มทดลองมีการนัดการรักษาร้อยละ 26.67 ต่ำกว่า กลุ่มควบคุมที่มีร้อยละ 46.67 และกลุ่มทดลองมีการกลับมา

รักษาร้อยละ 13.33 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มี ร้อยละ 26.67 อย่างไรก็ตามพบว่า ทั้งการนัดการรักษาร้อยละ 26.67 และการกลับมารักษาร้อยละ 13.33 ไม่มีความแตกต่างกัน (p = .256) และการกลับมารักษาร้อยละ 13.33 ไม่มีความแตกต่างกัน (p = .361)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการนัดการรักษา และการกลับมารักษาร้อยละของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value ^a
การนัดการรักษา			.256
ไม่มี	11 (73.33)	8 (53.33)	
มี	4 (26.67)	7 (46.67)	
การกลับมารักษาร้อยละ			.361
ไม่มี	13 (86.67)	11 (73.33)	
มี	2 (13.33)	4 (26.67)	

^a chi-square test

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ที่มีอาการทางจิตระดับน้อยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 20.00 เป็นร้อยละ 86.67 หลังการทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.67 เป็นร้อยละ 60.00

รวมถึงพบว่ามีสัดส่วนของผู้ที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาระดับปานกลางถึงสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.33 เป็นร้อยละ 80.00 ส่วนกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.00 เป็นร้อยละ 73.33

ตารางที่ 3 ระดับอาการทางจิต และระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนทดลอง n (%)	หลังทดลอง n (%)	ก่อนทดลอง n (%)	หลังทดลอง n (%)
อาการทางจิต (BPRS)				
ระดับน้อย (≤ 36 คะแนน)	3 (20.00)	13 (86.67)	1 (6.67)	9 (60.00)
ระดับมาก (> 36 คะแนน)	12 (80.00)	2 (13.33)	14 (93.33)	6 (40.00)
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (MMAS-8)				
ระดับต่ำ (< 6 คะแนน)	10 (66.67)	3 (20.00)	12 (80.00)	4 (26.67)
ระดับปานกลาง-สูง (≥ 6 คะแนน)	5 (33.33)	12 (80.00)	3 (20.00)	11 (73.33)

BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale, MMAS-8 = 8-item Morisky Medication Adherence Scale

จากตารางที่ 4 พบว่า เมื่อประเมินอาการทางจิต ด้วยแบบประเมิน BPRS พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จาก 53.33 (SD = 14.39) เป็น 41.06 (SD = 9.98) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงจาก 49.13 (SD = 9.86) เป็น 46.4 (SD = 9.19) แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ส่วนการประเมิน

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้วยแบบประเมิน MMAS-8 พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จาก 3.76 (SD = 1.87) เป็น 6.48 (SD = 1.12) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยจาก 4.96 (SD = 1.00) เป็น 4.85 (SD = 1.18) แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง Mean±SD	กลุ่มควบคุม Mean±SD	p-value ^b
อาการทางจิต (BPRS)			
ก่อนทดลอง (95%CI)	53.33±14.39 (45.36, 61.30)	49.13±9.86 (43.66, 54.59)	.170
หลังทดลอง (95%CI)	41.06±9.98 (35.53, 46.59)	46.40±9.19 (41.30, 51.49)	.762
mean difference (95%CI)	12.27 (7.02, 17.50)	2.73 (0.00, 5.46)	
p-value ^a	< .001*	.050	
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (MMAS-8)			
ก่อนทดลอง (95%CI)	3.76±1.87 (2.72, 4.80)	4.96±1.00 (4.41, 5.52)	.025*
หลังทดลอง (95%CI)	6.48±1.12 (5.85-7.10)	4.85±1.18 (4.19-5.50)	.851
mean difference (95%CI)	-2.72 (-3.67, -1.76)	0.11 (-0.45, 0.68)	
p-value ^a	< .001*	.667	

^a paired t-test, ^b independent t-test, *significant < .05

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีประสิทธิผลในการควบคุมอาการทางจิต ส่งผลให้การกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tomita และคณะ ที่พบว่า การแทรกแซงในช่วงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ช่วยลดอัตราการรับเข้ารักษาซ้ำทางจิตเวชได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ เนื่องจากสามารถตรวจพบ

ความผิดปกติและจัดการได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น¹⁷ Eboreime และคณะ ที่พบว่า การเยี่ยมพบปะแบบตัวต่อตัว การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ การส่งข้อความให้กำลังใจประจำวัน และการเชื่อมโยงผู้ป่วยเข้ากับทรัพยากรในชุมชน ล้วนมีส่วนช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช¹⁸ จุดเด่นสำคัญของโปรแกรมคือ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะการให้ญาติและจิตอาสาสมัครมาช่วยในการติดตามดูแล ซึ่งนอกจากจะช่วยเพิ่มความครอบคลุม

ในการดูแลแล้ว ยังเป็นการสร้างความตระหนัก และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของจักรพงษ์ พระสุรัตน์ และคณะ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยป้องกันการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁹ การศึกษาของ Owusu และคณะ ได้ระบุปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาจนโรงพยาบาลที่สั้นเกินไป การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด การขาดความร่วมมือในการรับประทายยา การขาดการติดตามการรักษาหลังจำหน่าย และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่ไม่เพียงพอ⁴ ด้วยเหตุนี้ การป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชจึงควรมีการจัดการอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม โดยจัดให้มีการรักษาในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับความรุนแรงของโรค วางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนให้เข้มแข็ง จัดทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง จัดระบบให้คำปรึกษาทางไกล ให้ความรู้และเสริมพลังครอบครัว ส่งเสริมการรับประทายยาสม่ำเสมอ จัดการปัญหาการใช้สารเสพติด พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการประเมินและจัดการความเสี่ยง รวมถึงประสานงานระหว่างทีมรักษาในโรงพยาบาลและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษายังพบว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทายยาเพิ่มขึ้น และการผิณัดการรักษาลดลง ซึ่งเป็นผลจากการมีระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัดผ่าน Line Official Account การเยี่ยมบ้าน และการมีญาติหรือจิตอาสาช่วยกำกับการรับประทายยา สอดคล้องกับการศึกษาของชบาไพร สังเกต และคณะ ที่พบว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่ประกอบด้วย การสร้างความตระหนัก การให้ความรู้ การเสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ดูแล การติดตามต่อเนื่อง และการแจ้งเตือนก่อนถึงวันนัด ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทายยา และลดการผิณัดได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม²⁰ การศึกษานี้มีการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ 3 ดี 4 สี ซึ่งช่วยในการจัดลำดับความสำคัญ และวางแผนการดูแลให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน²¹ ที่เน้นการประเมินความเสี่ยงและจัดการตามระดับความรุนแรง ส่งผลให้การใช้ทรัพยากรในการติดตามดูแลมีประสิทธิภาพสูงขึ้น นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้ Line Official Account ในการติดตามยังเป็นการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทปัจจุบัน ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Owusu และคณะ ที่ระบุว่าการเข้าถึงบริการที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญของการกลับมารักษาซ้ำ การใช้ Line Official Account จึงเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ⁴

กลไกสำคัญที่ทำให้โปรแกรมนี้ประสบความสำเร็จในการลดการกลับมารักษาซ้ำและเพิ่มความร่วมมือในการรับประทายยา ประกอบด้วย 3 กลไกหลัก ได้แก่ 1) การคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยระบบ 3 ดี 4 สี ทำให้สามารถจัดการดูแลได้เหมาะสมตามระดับความเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มสีแดงและดำที่มีความเสี่ยงสูงจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างใกล้ชิด 2) การใช้เทคโนโลยี Line Official Account ในการแจ้งเตือน และติดตามการรักษา ช่วยให้การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัวมีความต่อเนื่อง และ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านระบบจิตอาสาดูแลผู้ป่วยแบบ 1:1 ทำให้ผู้ป่วยได้รับการกำกับการรับประทายยาอย่างใกล้ชิด ความสำเร็จของความสำเร็จคือ การผสมผสานระหว่างระบบการจัดการที่เป็นระบบ เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ ขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็กอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติในบางตัวแปร ระยะเวลาติดตามเพียง 3 เดือน อาจไม่เพียงพอในการประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ และไม่ได้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญ จากผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้คือ ควรประเมินความพร้อมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และเครือข่ายจิตอาสาในชุมชน ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อการติดตามที่มีประสิทธิภาพ และควรขยายระยะเวลาติดตามเป็น 6-12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรม

สรุป

การศึกษานี้พบว่า โปรแกรมติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผ่านกิจกรรมหลัก 4 ด้าน ได้แก่ การคัดแยกประเภทผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยขาดนัด การเยี่ยมบ้านประเมินอาการ และการประเมินการรับประทายยาโดยญาติหรือจิตอาสา มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางจิต และเพิ่มความร่วมมือในการรับประทายยา การผิณัดการรักษา และการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1) ควรพัฒนาระบบการคัดกรอง และติดตามผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้เพิ่มเติม เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับการติดตามอาการ และการรับประทานยา การสร้างระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ และการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อให้การติดตามดูแลมีความต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชนในการเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงปัจจัยที่ส่งเสริม

และเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของโปรแกรม การศึกษาเชิงคุณภาพจะช่วยให้เข้าใจบริบท และความต้องการที่แท้จริงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมให้มีความเหมาะสม และมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

3) ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ยั่งยืน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบ ดำเนินการ และประเมินผลโปรแกรม การวิจัยในลักษณะนี้จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Lohacheewa S. Recurrence of psychiatric patient hospitalization: the nursing role in continuing care. Thai Red Cross Nursing Journal 2021;14(1):1-9.
2. Rakpong P. Effects of pharmaceutical care in schizophrenic patients with home-based education for caregivers [Master's Thesis in Pharmacy]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2019.
3. Rosca P, Bauer A, Grinshpoon A, Khawaled R, Mester R, Ponizovsky AM. Rehospitalizations among psychiatric patients whose first admission was involuntary: a 10-year follow-up. Isr J Psychiatry Relat Sci 2006;43(1):57-64.
4. Owusu E, Oluwasina F, Nkire N, Lawal MA, Agyapong VIO. Readmission of patients to acute psychiatric hospitals: influential factors and interventions to reduce psychiatric readmission rates. Healthcare (Basel) 2022;10(9):1808.
5. Xiao J, Mi W, Li L, Shi Y, Zhang H. High relapse rate and poor medication adherence in the Chinese population with schizophrenia: results from an observational survey in the People's Republic of China. Neuropsychiatr Dis Treat 2015;11:1161-7.
6. Ådnanes M, Cresswell-Smith J, Melby L, Westerlund H, Šprah L, Sfetcu R, et al. Discharge planning, self-management, and community support: Strategies to avoid psychiatric rehospitalisation from a service user perspective. Patient Educ Couns 2020;103(5):1033-40.
7. Arnold EM, Goldston DB, Ruggiero A, Reboussin BA, Daniel SS, Hickman EA. Rates and predictors of rehospitalization among formerly hospitalized adolescents. Psychiatr Serv 2003;54(7):994-8.
8. Romansky JB, Lyons JS, Lehner RK, West CM. Factors related to psychiatric hospital readmission among children and adolescents in state custody. Psychiatr Serv 2003;54(3):356-62.
9. Lee SY, Kim KH, Kim T, Kim SM, Kim JW, Han C, et al. Outpatient follow-up visit after hospital discharge lowers risk of rehospitalization in patients with schizophrenia: a nationwide population-based study. Psychiatry Investig 2015;12(4):425-33.
10. Weiden P, Rapkin B, Mott T, Zygmunt A, Goldman D, Horvitz-Lennon M, et al. Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. Schizophr Bull 1994;20(2):297-310.

เอกสารอ้างอิง (References)

11. Lumprasong S, Klabwong M, Hirannut S, Srarat A. Manual for psychiatric patient classification criteria. Nakhon Ratchasima: Psychiatric Nursing Network Club, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2016.
12. Department of Mental Health, Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Manual for primary care providers in caring for high-risk chronic psychiatric patients in the community. Bangkok: Saengchan Printing Limited Partnership; 2017.
13. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior research methods 2009;41(4):1149-60.
14. Leppink J, O'Sullivan P, Winston K. Effect size—large, medium, and small. Perspectives on medical education 2016;5:347-9.
15. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. Psychopharmacology bulletin 1988;24(1):97-9.
16. Huaisai J, Suriyakrai S. Factors associated with medication adherence in schizophrenic patients at Dong Luang Hospital. SRIMEDJ 2019;34(2):150-4.
17. Tomita A, Herman DB. The impact of critical time intervention in reducing psychiatric rehospitalization after hospital discharge. Psychiatr Serv 2012;63(9):935-7.
18. Eboreime E, Shalaby R, Mao W, Owusu E, Vuong W, Surood S, et al. Reducing readmission rates for individuals discharged from acute psychiatric care in Alberta using peer and text message support: Protocol for an innovative supportive program. BMC Health Serv Res 2022;22(1):332
19. Prasurat J, Pansila W, Promasatayaprot V. Community participation model for preventing recurrent symptoms of schizophrenic patients in Nongkhu community Senangkhanikhom district, Amnat Charoen province. Journal of Community Public Health 2020;6(4):184-98.
20. Sungkate C, Lapha R, Machara S. Effects of discharge planning program with caregiver participation among patients with psychosis of in-patient department, Udonthani hospital. RHPC9J 2023;17(1):105-20.
21. Department of Mental Health. Manual of schizophrenia patient care for hospitals in health regions. Nonthaburi: Victoria Image Company Limited; 2017.