

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน Developing care model for readmitted psychiatric patients with community participation

หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ, พ.บ.*
Hataigan Seangpro, M.D.*

*กลุ่มงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32150

*Department of Psychiatric, Sangkha Hospital, Surin Province, Thailand, 32150

Corresponding author. E-mail address: Joy.hataigan@gmail.com

Received: 24 Jun 2021 Revised: 21 Jul 2021 Accepted: 17 Aug 2021

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ การกินยาไม่สม่ำเสมอคือปัญหาหลักของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชจนเกิดอาการกำเริบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแลและบุคคลในสังคม ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและเพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลพระแก้ว

วิธีการศึกษา : วิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติกลับมานอนรักษาซ้ำใน โรงพยาบาลสังขะ จำนวน 17 คน จากการคัดเลือกแบบเจาะจง เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ใช้ The Objective, Reflective, Interpretive and Decisional (ORID) method ซึ่งเป็นวิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยชุดคำถามที่นำกลุ่มเดินทางไปทางเส้นทางการสนทนาผ่าน 4 ระดับ แบบสอบถามพฤติกรรมการกินยา โดยใช้ The Medication Adherence Report Scale (MARS) และ แบบประเมินความสามารถโดยรวม Global assessment of functioning scale (GAF) เปรียบเทียบผลด้วยสถิติ Chi-square วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : ผลภายหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่าทำให้ผู้ป่วยมีการกินยาสม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : ปัจจัยความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกมาตรการและใช้มาตรการนั้นภายในชุมชน นอกจากนั้นยังมีการสร้างและดำเนินงานเครือข่ายดูแลผู้ป่วยร่วมกันรวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดำเนินงานในชุมชน อย่างจริงจัง

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

- Background** : Mental health problems are major problems of the country. Poor compliance is the major cause of relapsed treatment for psychiatric patient. This severely affects the quality of life and social functions of patients, including relatives, caretaker, people in society and lacking of community involvement in patient care.
- Objective** : To develop a care model for psychiatric patients and to study the effect of a care model for relapsed psychiatric patients with the participation of network partners, Phra Kaew Subdistrict.
- Methods** : Mixed method during June 2020 to November 2020. The populations in this research were psychiatric patients who had readmitted in Sangkha Hospital, 17 peoples from a specific selection. To participate in community participation planning activities by group discussion (Focus group), used the Objective, Reflective, Interpretive and Decisional (ORID) method. It consisted of a questionnaire that guided the group on a conversational path through 4 levels, the Medication Behavior Questionnaire using The Medication Adherence Report Scale (MARS), and the global assessment of functioning scale (GAF). Outcomes were compared with Chi-square statistics, analyzed data using frequency, percentage, mean, standard deviation, pre-development mean, paired sample t-test at 0.05, and content analysis.
- Results** : The results after the development of the psychiatric care model showed the patients had a statistically significant improvement in medication adherence and overall functions.
- Conclusions** : The key success factors in this research were the participation of the community in developing and implementing that measure within the community. In addition, joint patient care networks has been created and implemented, including ongoing home visits, and clear account ability in community operations.
- Keywords** : Model development, Care, Psychiatric patients, Participation

หลักการและเหตุผล

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ⁽¹⁾ โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 มีปัญหาสุขภาพจิตก่อให้เกิดความพิการและสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศในปี ค.ศ. 2004 จากการศึกษาเรื่องภาวะโรคได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วย (disability) โรคจิตเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (quadriplegia) ปัญหาสุขภาพจิตจึงมีใช้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังไม่

ถึงญาติ ผู้ดูแล และบุคคลในสังคม ทั้งอาจก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในภาพรวม

จากการศึกษาในอดีตที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาหลักของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตคือการกินยาไม่สม่ำเสมอพบว่ามีประมาณ ร้อยละ 37.9 พฤติกรรมการกินยาไม่สม่ำเสมอสัมพันธ์กับผลการรักษาการป่วยซ้ำ⁽²⁻⁴⁾ การนอนโรงพยาบาลซ้ำ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่

สูงขึ้นในระบบดูแลสุขภาพ^(5,6) เชื่อว่าการกินยาไม่สม่ำเสมอทำให้เกิดการป่วยซ้ำมีมากกว่า ร้อยละ 50^(7,8) และการกินยาไม่สม่ำเสมอทำให้เกิดการนอนโรงพยาบาลซ้ำมากกว่าร้อยละ 50 เช่นกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ดังนั้นการกินยาจิตเวชอย่างสม่ำเสมอจึงมีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตทั้งควบคุมอาการ ลดการป่วยซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อีกด้วย⁽⁹⁾

สถานการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสังขะ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.2561-2563) พบผู้ป่วยจิตเวชมาด้วยอาการทางจิตและเข้ารับการนอนโรงพยาบาล จำนวน 158,118,111 คน ตามลำดับ ซึ่งตำบลพระแก้ว เป็นพื้นที่พบจำนวนผู้ป่วยโรคจิตสูงเป็นอันดับหนึ่งคือ 92 ราย และเข้ารับการนอนโรงพยาบาลซ้ำสูงที่สุด (ปีพ.ศ. 2561-2563) พบการนอนโรงพยาบาลซ้ำคิดเป็น 19 (ร้อยละ 20) 15 (ร้อยละ 16.3) และ 18 (ร้อยละ 19.5) ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ที่ผ่านมานี้ในเขตอำเภอสังขะ มีผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวนมาก จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและอาการกำเริบบ่อยจะถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ ซึ่งการเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ ต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น เพราะผู้ป่วยจิตเวชมักช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและต้องมีความช่วยเหลือดูแล การไม่ได้รับการดูแลหรือผู้ดูแลขาดความรู้ไม่สามารถดูแลได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ โรงพยาบาลสังขะ จึงได้ปรับปรุงการให้บริการผู้ป่วยโรคจิต โดยให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก ด้านเชิงรับได้จัดตั้งคลินิกจิตตศิษฐ์ขึ้นโดยให้บริการทุกวันจันทร์ ด้านเชิงรุกมีการจัดอบรมผู้นำชุมชนอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นรายเคส แต่ยังไม่เคยมีการจัดโครงการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการกำเริบซ้ำ และอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อ เพื่อเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ดูแลให้เข้าใจและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลพระแก้ว
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลพระแก้ว

วิธีการศึกษา

วิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ที่มีทั้ง Qualitative study (Action Research) and Quantitative study ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.2563 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563 ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสังขะ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวชตาม ICD-10 code F20-F29 กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ภายใน 6 เดือน ในช่วง 1 มกราคม พ.ศ.2562 ถึง 1 มกราคม พ.ศ.2563 อายุ 18-65 ปี สัญชาติไทย เกณฑ์คัดออกการศึกษา (Exclusion criteria) คือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้วยภาวะทางกายรุนแรง

ผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิต (ICD-10=F20-F29) หลังจากจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยจิตเวช แล้วกลับเข้ามานอนโรงพยาบาลซ้ำที่หอผู้ป่วยจิตเวชภายในระยะเวลา 6 เดือน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่เข้าเกณฑ์ทุกคนในตำบลพระแก้ว สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย กระบวนการวิจัยใช้แนวการดำเนินเชิงปฏิบัติการ Action Research เป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมก่อนการวิจัย

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและศึกษาปัญหาชุมชน เพื่อให้ผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลพื้นฐานและเป็นการยืนยันว่าชุมชนที่คัดเลือกศึกษามีปัญหาเรื่องผู้ป่วยจิตเวชจริง

1) ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำของโรงพยาบาลสังขะ จากกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อเป็นข้อมูลในการเลือกพื้นที่ในการดำเนินการวิจัยและศึกษาความรุนแรงของปัญหาโรคจิตเวชในพื้นที่เป้าหมาย

2) ผู้วิจัยได้ปรึกษาหารือกับเจ้าหน้าที่กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลสังขะ (งานสุขภาพจิต) เพื่อร่วมพิจารณาคัดเลือกพื้นที่ในการศึกษาที่มีปัญหามากที่สุด โดยมีเกณฑ์การพิจารณาคือ ตำบลที่มีอัตราการป่วยของโรคจิตเวชสูงที่สุดและมีอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำสูงที่สุด เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ สนใจเข้าร่วมโครงการ ผลการพิจารณาคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระแก้ว อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

2. การบูรณาการนักวิจัยเข้ากับชุมชนโดยการเข้าไปทำความเข้าใจเรียนรู้ขนบธรรมเนียมประเพณีของชาวบ้าน สภาพเศรษฐกิจ ผู้นำและประวัติศาสตร์ของชุมชน เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน

3. การสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของตำบล เจาะจงจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาอยู่ในขณะนี้ ผสมกับข้อมูลผู้ป่วยของโรคจิตเวชที่มีอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ รวมได้ 17 คน ตัวแทนแกนนำญาติผู้ดูแล 2 คน ผู้นำชุมชน 2 คน และผู้นำตามธรรมชาติที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 2 คน แพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ได้แบ่งขั้นตอนในการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research เป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) เดือนมิถุนายน พ.ศ.2563 ระยะเวลา 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำในชุมชน เป็นการใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) พัฒนาการมีส่วนร่วมโดยใช้วิธีการสนทนาแบบ

มีส่วนร่วม (Discussion Method : โดยใช้ The Objective, Reflective, Interpretive and Decisional (ORID) method) :

1. Objective Level (ระดับวัตถุประสงค์) ให้ข้อเท็จจริงและข้อมูล ตั้งคำถามที่ปลูกเร้าประสาทการรับรู้-มองเห็น ได้ยิน รู้สึก ลิ้มรส สัมผัส “ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใครควรเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องบ้าง?” **2. Reflective Level (ระดับสะท้อนความรู้สึก)** สสำรวจปฏิกริยาต่อข้อมูลในเบื้องต้น ตั้งคำถามที่ปลูกเร้าหัวใจ : อารมณ์ ความจำ การเกี้ยวโยง “ท่านมีความรู้สึกอย่างไร เมื่อพบผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้รับการรักษา?”

3. Interpretative Level (ระดับการตีความหรือแปลความหมาย) “ท่านคิดว่าเราจะมีแนวทาง วิธีการหรือรูปแบบอย่างไรที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเกิดผลดีและต่อเนื่อง” **4. Decisional Level (ระดับตัดสินใจ)** “ท่านคิดว่าจะทำอย่างไรเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ผลดี?” “แต่ละวิธีนั้นเราจะทำกันอย่างไร?”

โดยใช้เก็บข้อมูลจากตัวแทนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ประกอบด้วย ตัวแทนผู้ป่วย 2 คน ตัวแทนแกนนำญาติผู้ดูแล 2 คน ผู้นำชุมชน 2 คน และผู้นำตามธรรมชาติที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 2 คน ผู้วิจัย 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน ซึ่งนำประเด็นคำถามจากงานวิจัยของ สุกัญญา ละอองศรี (2559)⁽¹⁰⁾

นอกจากนั้นมีการจัดรูปแบบทำแผนโครงการโดยชุมชน โดยใช้กิจกรรมการให้การรักษาและกิจกรรมการติดตามต่อเนื่อง โปรแกรมการพัฒนาการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิต กรมสุขภาพจิต⁽¹⁾ และกล้องถ่ายรูปลูกัดภาพกิจกรรมเพื่อใช้ประกอบแบบบันทึกสังเกตการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอนใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2563 ระยะเวลา 4 สัปดาห์

เป็นการจัดกิจกรรมปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการกิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ อบรมให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ในชุมชน การสร้างและดำเนินงานของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อบรมแกนนำเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือระดับหมู่บ้านให้ความรู้

ผู้ป่วยและญาติปรับทัศนคติในชุมชนเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ ระบบการจัดเก็บข้อมูลระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด และการเยี่ยมบ้าน ซึ่งแต่ละกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ชุมชนต้องการพัฒนาให้ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน นำรูปแบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำที่ได้เป็น โครงการนำร่องไปใช้ในผู้ป่วยจำนวน 17 คน เป็นระยะเวลา 1 เดือนโดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง 17 คน ชี้แจงผู้เข้าร่วมการศึกษาเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย ซึ่งครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์งานวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่ออาสาสมัคร และให้ลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจให้อาสาสมัครกรอกข้อมูลพื้นฐาน และตอบแบบสอบถาม มี 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ประเมินข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการกินยา และส่วนที่ 3 ความสามารถโดยรวม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน ส่วนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observing)
เดือน กันยายน พ.ศ.2563 ระยะเวลา 2 สัปดาห์

เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์ สนับสนุนให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เดือน กันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ.2564 ระยะเวลา 8 สัปดาห์ สะท้อนผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการสนทนากลุ่มทั้งหมด 10 คน ตัวแทนผู้ป่วย 2 คน ตัวแทนแกนนำญาติผู้ดูแล 2 คน ผู้นำชุมชน 2 คน และผู้นำตามธรรมชาติที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 2 คน ผู้วิจัย 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน แลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคเพื่อปรับปรุงรูปแบบดูแลให้มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ นำรูปแบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้มีการปรับปรุง ไปปฏิบัติตามแผน สังเกตประเมินผล อีกครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์โดยใช้กลุ่มอาสาสมัครกลุ่มเดิม นอกจากนั้นยังเพื่อนำข้อมูลและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วมกันและเป็นแนวทางในการปรับแผนใหม่ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ Action การสังเกต observation และการสะท้อนผล Reflection ในวงรอบถัดไปเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลใน

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนต่อไป

ระยะที่ 3 การสรุปและประเมินผลทำการประเมินพฤติกรรมการกินยาและความสามารถโดยรวมจากผู้วิจัยอีกครั้ง และสรุปผล รวมระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย 6 เดือนงานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลปราสาท เลขที่ 002/2563 วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2563

เครื่องมือที่ใช้ทำการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

นำแบบบันทึกการสนทนากลุ่มตามที่ได้มีวิจัยได้ตั้งขึ้นจำนวน 4 ประเด็นหลักจากการ สนทนากลุ่ม (Focus Group) พัฒนาการมีส่วนร่วมโดยใช้ วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม (Discussion Method : ORID) : ซึ่งนำประเด็นคำถามจากงานวิจัยของ สุภัทญา ละอองศรี (2559)⁽¹⁰⁾ ที่ได้จาก**ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)** นอกจากนั้นมีการจัดรูปแบบทำแผนโครงการโดยชุมชน โดยใช้กิจกรรมการให้การรักษาและ กิจกรรมการติดตามต่อเนื่อง โปรแกรมการพัฒนาการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิต กรมสุขภาพจิต⁽¹⁾ และกล้องถ่ายรูปแบบภาพกิจกรรมเพื่อใช้ประกอบแบบบันทึกสังเกตการณ์ปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอนใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ใช้เก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ 17 คน โดยส่วนที่ 1-2 เป็นแบบตอบด้วยตนเอง และส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินความสามารถโดยรวม Global assessment of functioning scale (GAF) ประเมินโดยผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยทั่วไป/สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยข้อมูล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์ในครอบครัว และผู้ดูแลหลักจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการกินยา
โดยใช้ The Medication Adherence Report Scale (MARS) พัฒนาขึ้นโดย Thompson, Kulkami, & Sergejew⁽¹¹⁾ แปลไทยโดย ธนียา วงศ์จรุงเรือง⁽¹²⁾ นำมาประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้มีการสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.83 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบด้วยตนเองแบบตอบ ใช่/ไม่ใช่ 10 คำถาม โดยแบ่งเป็นคำถามลักษณะ 3 ปัจจัย คือ ข้อ 1-4 พฤติกรรมการกินยา ข้อ 5-8 ทศนคติด้านบวกต่อการกินยา ข้อ 9-10 ทศนคติด้านลบและผลข้างเคียงของยาซึ่งเป็นการประเมินในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ก่อนมานอนโรงพยาบาลโดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 0 และ 1 คะแนน ซึ่งให้ 1 คะแนน สำหรับข้อ 1-6, 9-10 ที่ตอบว่า “ไม่ใช่” และข้อ 7-8 ที่ตอบว่า “ใช่” สำหรับคะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 0 ถึง 10 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งได้ดังนี้คะแนนรวม >6 คะแนน แปลว่า กินยาสม่ำเสมอ (Adherence) คะแนนรวม ≤ 6 คะแนน แปลว่ากินยาไม่สม่ำเสมอ (Nonadherence) ผู้ทำการวิจัยเลือก The Medication Adherence Report Scale (MARS) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการกินยา ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลการกินยาทางอ้อมโดยใช้เครื่องมือวัดทางจิตวิทยา ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีนี้เนื่องจากการเก็บข้อมูลการกินยาทางตรงมีข้อจำกัดที่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่มีผู้ดูแลคอยสังเกตการณ์การกินยา และการตรวจหาระดับยาในเลือดมีข้อจำกัดด้านงบประมาณรวมถึงเครื่องมือที่ใช้สำหรับการตรวจวัด ส่วนการเก็บข้อมูลการกินยาทางอ้อมด้วยการนับเม็ดยาจะมีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่ไม่ได้นำยามาด้วยซึ่งพบในผู้ป่วยส่วนใหญ่ การถามผู้ป่วยและญาติอาจเกิดความคาดเคลื่อนของข้อมูลได้มาก และการประเมินจากอาการเจ็บป่วยพบว่าอาจจะมีปัจจัยอื่นร่วมที่ทำให้อาการของผู้ป่วยกำเริบได้ (เช่น การใช้สารเสพติด ภาวะเครียด การดื่มน้ำปริมาณมาก เป็นต้น)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถโดยรวม
ด้วยแบบประเมินความสามารถโดยรวม Global assessment of functioning scale(GAF) ใช้ในการประเมินเพื่อให้พิจารณาถึงความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคม และอาชีพ การพิจารณาไม่ให้ความสำคัญพร้อมทั้งการดำเนินการทำหน้าที่ยื่นเนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกาย (หรือสภาพแวดล้อม) แบ่งช่วงคะแนนเป็น 100-91, 90-81, 80-71, 70-61, 60-51, 50-41, 40-31, 30-21, 20-11, 10-1, 0 เช่น ช่วงคะแนน 100-91 การแปลผลสามารถทำกิจกรรมต่างๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม แก้ไขปัญหาชีวิตได้ เป็นที่พึ่งของคนอื่นได้เพราะเป็นคนที่มีคุณสมบัติทางบวกหลายอย่าง ไม่มีอาการช่วงคะแนน 10-1 การแปลผลมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา (เช่น มีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำๆ) หรือส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาอนามัยส่วนตัว แม้เพียงเล็กน้อยได้ หรือมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวเองอย่างจริงจังและคาดหวังชัดเจนว่าจะตายได้จริง 0 การแปลผล ข้อมูลไม่เพียงพอที่จะประเมินได้

เทคนิคที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. ผู้วิจัย ถือเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล^(13,14) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องสถิติเพื่อการวิจัยที่ใช้ได้จริง, การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสมาคมรัฐศาสตร์แห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์และเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมผ่านหลักสูตรหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำหรับนักศึกษา/นักวิจัย สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ผ่านการอบรมระยะสั้น เวชศาสตร์ครอบครัวในหลักสูตรของการเรียนการสอนจะมีวิชาที่เกี่ยวกับภาคปฏิบัติที่ต้องลงพื้นที่หน่วยงานเพื่อการปฏิบัติงานจริงนอกจากนี้ยังมีความรู้ความชำนาญด้านเวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชนที่ผ่านกระบวนการทดสอบที่มีมาตรฐานของวิชาชีพเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

2. การสังเกต (Observation) ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตการณ์ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การร่วมแสดงความคิดเห็น การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบและการช่วยเหลือของการทำงานภายในกลุ่มผู้วิจัยจะดำเนินการเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเองร่วมกับการสังเกตปรากฏการณ์อารมณ์ความรู้สึกและข้อมูลด้านอื่นที่เกิดขึ้น

3. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นการสนทนาที่แสดงความคิดเห็นของกลุ่มและในประเด็นที่ผู้วิจัยเห็นว่าควรได้ข้อมูลในลักษณะเฉพาะเจาะจง เตรียมแนวคำถามที่จะใช้ในการสัมภาษณ์บนพื้นฐานความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อเป็นแนวทางเตือนความจำของผู้วิจัย ในการเก็บข้อมูลในระหว่างการสัมภาษณ์ คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์จะมีความยืดหยุ่นและเอื้อให้ผู้ร่วมวิจัยตอบได้อย่างอิสระ

4. อุปกรณ์ที่ช่วยในการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ซึ่งในที่นี้ได้แก่เทปบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการจดบันทึกทบทวนข้อมูลกลับคืนสู่ผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์โดยวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสรุปประเด็นการสนทนากลุ่ม

2. การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency), ค่าร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean), ค่าต่ำสุด (Min), ค่าสูงสุด (Max) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

3. การวิเคราะห์ (Chi-Square) ข้อมูลการกินยา และความสามารถโดยรวมโดยใช้ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean), และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณด้วยสถิติ Pair t-test โดยใช้ค่าก่อนการพัฒนาและหลังพัฒนา

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการวิจัยตามคุณสมบัติเป็นผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 16 คนส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 มีอายุระหว่าง 32 ถึง 62 ปี อายุเฉลี่ย 42.5 ปี SD=6.9 อายุสูงสุด 62 ปี และอายุน้อยสุด 32 ปี ข้อมูลส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 50 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 68.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 56.2 รายได้ต่อเดือน 0 ถึง 2,000 บาท ร้อยละ 50 ประวัติการดื่มสุราในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ร้อยละ 56.2 ไม่พบประวัติการใช้สารเสพติดร้อยละ 93.7 ความสัมพันธ์ในครอบครัว ต้องปรับปรุงร้อยละ 62.5 ผู้ดูแลหลักคือคนในครอบครัว ร้อยละ 87.5 (มารดา) ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อให้ทราบปัญหาของพื้นที่ เกิดการเรียนรู้การแก้ปัญหา ร่วมกันและหาแนวทางแก้ไขปัญหาแต่ละราย ได้นำมาวางแผนปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม จัดทำรูปแบบพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ตารางที่ 1)

1. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. เจ้าหน้าที่ทำงานตามนโยบายมุ่งเน้นเชิงรับ เมื่อเกิดปัญหากับผู้ป่วยแล้วจึงดำเนินการหาวิธีแก้ไข	1. เน้นให้เจ้าหน้าที่ทำงานเชิงรุกในการเฝ้าระวัง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้แบบประเมิน ต่างๆ เช่น แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช แบบติดตามการเยี่ยมบ้าน แบบการกินยา แบบประเมินความสามารถโดยรวม
2. ไม่ได้จัดทำแผนงานโครงการในการเฝ้าระวังอาการและพฤติกรรมผู้ป่วยโดยชุมชน ขาดการมีส่วนร่วมจากญาติและแกนนำชุมชนที่ชัดเจน	2. จัดทำแผนงานโครงการในการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพโดยญาติผู้ป่วย อสม. ผู้นำชุมชน และตัวแทน ประชาชนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์หา แนวทาง และร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหา โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ทำให้เกิดกิจกรรม ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช แก่ประชาชนและกลุ่มแกนนำโดยพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลสังขะ - กิจกรรมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่และกลุ่มแกนนำที่ได้รับการอบรมมาโดยติดตามเยี่ยมบ้านทุก 1 สัปดาห์และทุกๆ 1 เดือน - กิจกรรมสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมี ดังนี้ อสม. ผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) งานสุขภาพจิตและโรงพยาบาลสังขะ - กิจกรรมการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยโดยให้ญาติเป็นผู้ประเมินเดือนละ 1 ครั้ง
3. ให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> - คลินิกสุขภาพจิตที่โรงพยาบาลชุมชน (รพ.ช) - ให้ความรู้ขณะติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 	3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติโดย <ul style="list-style-type: none"> - อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตกลุ่มแกนนำ ญาติ จำนวน 1 วัน ตามหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต - ให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา และอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษขณะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านพร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย และญาติ
4. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 1-4 เดือนต่อครั้ง	4. ติดตามเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ 4 สัปดาห์ครั้ง
5. ขาดผู้รับผิดชอบในชุมชนที่ชัดเจน	5. มีจิตอาสาที่ผ่านการอบรมมารับผิดชอบดูแลผู้ป่วย 1 ต่อ 1 อย่างชัดเจน ร่วมกับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
6. ไม่มีการใช้แบบประเมินต่างๆ ในผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อทราบสภาวะทางจิต และช่วยกระตุ้นเตือนในการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย และแบบกำกับดูแลติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยแก่ญาติและแกนนำ	6. มีการใช้แบบประเมินการกินยาความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโดยญาติหรือเจ้าหน้าที่ เพื่อทราบและกระตุ้นเตือน ประเมินอาการของผู้ป่วยจิตเวชเป็นระยะๆ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช
7. ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา	7. ประสาน รพช. ให้จัดทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการ และให้การรักษาโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับยา
8. ขาดระบบการติดตามผู้ป่วยผิคนัด	8. ประสานกับ รพช. ในการขอรับข้อมูลทางระบบไลน์เพื่อให้ทราบข้อมูลที่รวดเร็วสามารถแจ้งต่อทาง โทรศัพท์ แก่เครือข่าย
9. เครือข่ายไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กร หรือ เครือข่ายอื่น	9. อบต. เข้าร่วมเป็นเครือข่าย และ รพช. ให้การ สนับสนุน เครือข่ายระดับตำบลมากขึ้น มีการให้ความรู้ แก่เครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ขยายไปสู่ระดับอำเภอ
10. ในระดับชุมชนขาดระบบการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเวช	10. มีการจัดเก็บระบบข้อมูลผู้ป่วย เป็นรายบุคคล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการคืนข้อมูลที่จำเป็นต่อการแก้ไขปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยต่อชุมชนอย่างน้อยทุกๆ 2 เดือน
11. ขาดการประเมินผลการดำเนินงาน	11. มีการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมทุกกิจกรรม
12. ไม่มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือ ถอดบทเรียน การดำเนินงานที่ผ่านมา	12. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลและถอดบทเรียนในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อหาจุดบกพร่องนำไปสู่การแก้ไข
13. ไม่มีพยาบาลจิตเวชชุมชนในระดับ รพช. หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	13. มีการจัดฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้แก่บุคลากรด้านสาธารณสุข อสม. โดยโรงพยาบาลสังขะ ปีละ 1 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับ การกินยา และความสามารถโดยรวม ก่อนการพัฒนาในระดับที่ต้องปรับปรุง เนื่องจากขาดยาล้าง ร้อยละ 87.5 กินยาสม่ำเสมอเพียง ร้อยละ 12.5 และความสามารถโดยรวม GAF เฉลี่ย 35.63 คะแนน SD 19.65 การแปลผล 40-31 มีการสูญเสียความสามารถในการรับรู้ความเป็นจริงหรือการสื่อสาร (เช่น บางครั้งการพูดไม่เป็นเหตุผลหรือเหตุผลฟังเข้าใจยาก หรือไม่อยู่กับร่องกับรอย) หรือ มีการสูญเสียความสามารถในด้านต่างๆ หลายด้าน เช่นที่ทำงาน โรงเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัวการใช้วิจารณญาณ

การคิด อารมณ์ (เช่น ถ้าเป็นผู้ใหญ่เมื่อมีอาการเศร้าจะหลีกเลี่ยงการพบปะเพื่อนฝูง ครอบครัวและไม่สามารถทำงานได้ ถ้าเป็นเด็กอาจรังแกเด็กที่เล็กกว่า ติ้อเวลาอยู่ที่บ้าน และการเรียนล้มเหลว)

ภายหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่าการกินยาสม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2 และกลุ่มตัวอย่างไม่มีการกลับเข้ามาอนโรงพยาบาลซ้ำที่หอผู้ป่วยจิตเวชในระหว่างการวิจัยถึง ร้อยละ 100

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานตามรูปแบบพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (n=16)

ผลการดำเนินงาน	ก่อน	หลัง	p-value
การกินยาสม่ำเสมอ ราย (ร้อยละ)	2(12.5%)	11(68.75%)	0.001
คะแนนความสามารถโดย	35.63±19.65	48.13±14.24	<0.001
รวม mean ±SD			

วิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้น เป็นการพัฒนาและร่วมกันเรียนรู้โดยใช้กระบวนการเชิงปฏิบัติการร่วมกับกระบวนการสนทนากลุ่ม ในการร่วมคิดร่วมวิเคราะห์ร่วมวางแผน จนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่กลับมารักษาซ้ำ ตำบลพระแก้ว อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ผลลัพธ์พบว่ากรกินยาและความสามารถโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับไพจิตร พุทธรอด (2561)⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรังเพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการรับยาใกล้บ้านที่ว่าการปรับรูปแบบการดูแลใกล้บ้านและดูแลต่อเนื่องในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอเข้ากิจกรรมในชุมชน ระบบคะแนนความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น ก่อนและหลังพัฒนาต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต(2556)⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชรพบว่าผลการพัฒนารูปแบบ เพิ่มการรับประทานยาต่อเนื่องความสามารถโดยรวม ลดการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง

จากการสร้างการมีส่วนร่วมของตัวแทนแกนนำในชุมชนในด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วม ส่งผลให้การป้องกันปัญหาจิตเวชในชุมชนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับผลการศึกษาของ นัยนา ดวงศรี (2551)⁽¹⁷⁾ ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน กรณีศึกษาเทศบาลตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ที่ว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต

เรื้อรังในชุมชนและแกนนำชุมชนมีความสามารถในการระบุปัญหาของการดูแล รายการค้นหาวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนโดยการจัดตั้งเครือข่าย มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลภายหลังการดำเนินงาน 3 เดือน ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนได้รับการดูแลดีขึ้น ครอบครัวและชุมชนให้การยอมรับและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับรูปแบบที่เกิดจากกระบวนการการศึกษาในครั้งนี้คือกระบวนการหาปัญหา ร่วมกันการหาแนวทางแก้ไข ร่วมกันและการดำเนินกิจกรรมที่จะแก้ไขปัญหา ร่วมกันในชุมชนซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประไพระ บัวคอม (2552)⁽¹⁸⁾ ที่ได้ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช:กรณีศึกษาโรงพยาบาลสร้างคอม อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี พบว่าการมีส่วนร่วมในชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดการกลับเป็นซ้ำ มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมากขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมในชุมชนโดยที่ผู้ป่วยจิตเวชร่วมด้วยทุกครั้งการติดตามเยี่ยมจากเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่องการจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและมีผู้รับผิดชอบชัดเจน มากันตั้งกฎเกณฑ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุกัญญา ละอองศรี (2559)⁽¹⁰⁾, นัยนา ดวงศรี (2551)⁽¹⁷⁾, ประไพระ บัวคอม(2552)⁽¹⁸⁾ พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดื้อนั้นจะต้องประกอบไปด้วยการมีส่วนร่วมการจัดตั้งเครือข่าย และการมีผู้รับผิดชอบรวมถึงการมีกิจกรรมร่วมกันในชุมชนเป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของการศึกษานี้ จึงมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพจิตร พุทธรอด(2561)⁽¹⁵⁾, อรสา วัฒนศิริ และ เสาวภา ศรีภูสิตโต(2556)⁽¹⁶⁾,

นัยนา ดวงศรี (2551)⁽¹⁷⁾, ประไพร บัวคอม (2552)⁽¹⁸⁾, สุกัญญา ละอองศรี (2559)⁽¹⁰⁾, ทศนีย์ เชื่อมทอง (2555)⁽¹⁹⁾ ทั้งกระบวนการศึกษาที่เป็นเชิงปฏิบัติการ (Action research) แนวทางการสัมภาษณ์ ผลการกินยาสม่ำเสมอ การเข้ากิจกรรมและความสามารถโดยรวมในผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังเหมือนกัน เช่น ผู้ป่วยจิตเภท โรคจิตเวช เป็นต้น รวมทั้งผู้ดูแลที่มีส่วนเกี่ยวข้องเช่นตัวแทนแกนนำ อสม. และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ยังสอดคล้องกันกับการศึกษาของ ทศนีย์ เชื่อมทอง (2555)⁽¹⁹⁾ อีกด้วยส่วนความต่างของการศึกษานี้คือ ไพจิตร พุทธรอด (2561)⁽¹⁵⁾ อรสา วัฒนศิริ และ เสาวภา ศรีภูสิตโต (2556)⁽¹⁶⁾ ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภททั้งตำบลหรืออำเภอในการศึกษา, สุกัญญาละอองศรี (2559)⁽¹⁰⁾ ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Caregiver) ต่างจากการวิจัยนี้ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยจิตเวช ภายในระยะเวลา 6 เดือน

ผลการศึกษาก่อนการวิจัยคะแนนความสามารถโดยรวม (GAF) เฉลี่ย 35.6 คะแนน SD 19.65 การแปลผล 40-31 มีการสูญเสียความสามารถในการรับรู้ความเป็นจริงหรือการสื่อสาร (เช่น บางครั้งการพูดไม่เป็นเหตุผลหรือเหตุผลฟังเข้าใจยาก หรือไม่อยู่กับร่องกับรอย) หรือ มีการสูญเสียความสามารถในด้านต่างๆ หลายด้าน เช่นที่ทำงานโรงเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัว การใช้วิจารณญาณ การคิด อารมณ์ (เช่น ถ้าเป็นผู้ใหญ่เมื่อมีอาการเศร้าจะหลีกเลี่ยงการพบปะเพื่อนฝูง ครอบครัวและไม่สามารถทำงานได้ ถ้าเป็นเด็กอาจรังแกเด็กที่เล็กกว่า คือ เวลาอยู่ที่บ้าน และการเรียนล้มเหลว) เทียบกับผลหลังการวิจัยคะแนนความสามารถโดยรวม (GAF) เฉลี่ย 48 คะแนน SD 14.24 การแปลผล 50-41 อาการรุนแรง (เช่น มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มีอาการย้ำคิดอย่างรุนแรง ขโมยของในร้านค้าบ่อยๆ) หรือมีความบกพร่องที่รุนแรงทางสังคม อาชีพ หรือการเรียนอย่างมาก เช่น ไม่มีเพื่อนเลย หรือต้องตงงานอยู่เรื่อยๆ แสดงว่าผู้ป่วยในการศึกษามีอาการที่ดีขึ้นแต่ยังรุนแรงอยู่จึงควรมีการปรับรูปแบบการศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วย

มีความสามารถโดยรวมที่ดีขึ้นค้นหาปัจจัยความสำเร็จและปัจจัยป้องกันเพิ่มเติม เช่นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาและให้บริการการรักษามีโอกาสได้แสดงความเห็นต่อการรักษาแล้วมีการแก้ไขปัญหาร่วมกันสร้างการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ดี รวมถึงเสริมพลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลหลัก เป็นต้น ค้นหาปัจจัยเสี่ยง เช่นผลข้างเคียงของยา ความวิตกกังวลจากโรคระบาด ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลและภาระงานของเจ้าหน้าที่ จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ เป็นต้น ทางทีมควรตระหนักถึงปัจจัยดังกล่าวเพิ่มขึ้น เพื่อจะได้หาทางแก้ไขและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ที่สามารถลดการเกิดพฤติกรรมกินยาไม่สม่ำเสมอ การป่วยซ้ำ การนอนโรงพยาบาลซ้ำ และเพิ่มความสามารถโดยรวมได้

สรุป

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่าการกินยาและความสามารถโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการศึกษาจนแล้วเสร็จ พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการทางจิตจึงเป็นไปได้ว่ามีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกมาตรการและใช้มาตรการนั้นภายในชุมชน นอกจากนั้นยังมีการสร้างและดำเนินงานเครือข่ายดูแล สอดส่องผู้ป่วยร่วมกันรวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านจัดกลุ่มผู้ป่วยและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดำเนินงานในชุมชนอย่างจริงจัง การให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนและตลอดจนประชาชนในชุมชนมีความตระหนักมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้นในชุมชน

จะเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนครั้งนี้ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมในกระบวนการสนทนากลุ่มเริ่มตั้งแต่การร่วมคิดร่วมตัดสินใจร่วมรับผลประโยชน์ร่วมกันประเมินผลซึ่งส่งผลทำให้การดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่ดีขึ้นทำให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างประชาชนองค์กรเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอก

ชุมชนในการจัดทำแผนและการนำแผนไปปฏิบัติในชุมชน ทำให้เกิดการผสมผสานแนวคิดและบทบาทของทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดการส่งเสริมพลังการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบที่เกิดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้กระบวนการ เชิงปฏิบัติการ ร่วมกับกระบวนการสนทนากลุ่ม การติดตามประเมินผลและการถอดบทเรียนเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ควรพิจารณาสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1) ให้ชุมชนเป็นผู้คิด ผู้ทำ ผู้ประเมินผลเอง จะยั่งยืนมากกว่าการตั้งรับในโรงพยาบาล เป็นแก้ไขปัญหที่ตรงจุด ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์สภาพการณ์และอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ชุมชนมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องมาร่วมวิเคราะห์และคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนทราบส่งผลให้กระบวนการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ผลดีขึ้น

2) การมีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอื่นนอกชุมชนมาร่วมเป็นเครือข่ายให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนา ร่วมกันทั้งในและนอกชุมชน ส่งผลต่อการติดต่อประสานงานด้านต่างๆ และสะดวกขึ้นเช่นการขอความช่วยเหลือขอข้อมูล เป็นต้น

3) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้เยี่ยมกับผู้ป่วย รวมถึงญาติด้วยนั้น ผู้ที่มีหน้าที่เยี่ยมผู้ป่วยในแต่ละราย เป็นบุคคลที่มีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย รวมถึงครอบครัวนั้นอยู่แล้วเพื่อเกิดความไว้วางใจและมีความรู้สึกที่เป็นมิตร ซึ่งส่งผลถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้ดี

4) การใช้แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชมีส่วนสำคัญในการติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยเบื้องต้นได้เป็นอย่างดี เช่นการวางแผนให้การช่วยเหลือกรณีเริ่มมีอาการกำเริบการกินยา เป็นต้น

5) การประเมินความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อคัดแยก ระดับของผู้ป่วยทำให้ง่ายต่อการเลือกจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแต่ละระดับได้ดีขึ้น

6) การตั้งกฎเกณฑ์ของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นเรื่องห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับผู้ป่วยจิตเวช ช่วยลดโอกาสเสี่ยงจากการกำเริบของอาการของโรคได้ดี อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียด ความกังวลใจของญาติส่งเสริมค่านิยมที่ดีในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษานี้ไม่ได้มีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการกินยาที่ไม่สม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย ได้แก่โรคร่วมทางจิตเวช ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ เป็นต้น ในอนาคตควรมีการคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวด้วย และควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและส่งผลกระทบต่อปัจจัยต่างๆต่อการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

2) ควรศึกษาในผู้ป่วยเฉพาะรายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการดำรงชีวิต ที่มีปัญหาซับซ้อนเพื่อให้ทราบถึงปัญหาของการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลและนำข้อมูลจากผู้ป่วยแต่ละบุคคลมาวิเคราะห์ร่วมกันในชุมชนหรือเครือข่ายเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันนั้น ต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง และใช้ความเข้าใจของทุกฝ่าย เนื่องจากผู้ป่วยและญาติอาจได้รับผลกระทบจากสังคมได้

3) ควรศึกษาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทุกรายร่วมกับมีการคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างทันที่ และครอบคลุม

4) เพื่อการดูแลที่ยั่งยืนควรมีการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

5) ผู้ป่วยแต่ละรายบ้านอยู่ไกลกันทำให้ยากต่อการติดตามเยี่ยม ควรขยายกลุ่มเป้าหมายของเราให้กว้างขึ้นและอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี; สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต; 2527.
2. Alene M, Wiese MD, Angamo MT, Bajorek BV, Yesuf EA, Wabe NT. Adherence to medication for the treatment of psychosis: rates and risk factors in an Ethiopian population. *BMC Clin Pharma col* 2012;12:10.
3. 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.
4. Eticha T, Teklu A, Ali D, Solomon G, Alemayehu A. Factors associated with medication adherence among patients with schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia. *PLoS One* 2015;10(3):e0120560.
5. Kisling W. The current unsatisfactory state of relapse prevention in schizophrenic psychoses--suggestions for improvement. *Clin Neuro pharmacol* 1991;14(Suppl 2):S33-44.
6. 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.
7. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 1997;23(4):637-51.
8. Kamali M, Kelly L, Gervin M, Browne S, Larkin C, O'Callaghan E. Psychopharmacology: insight and comorbid substance misuse and medication compliance among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2001; 52(2):161-3,166.
9. Kamali M, Kelly BD, Clarke M, Browne S, Gervin M, Kinsella A, et al. A prospective evaluation of adherence to medication in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2006;21(1):29-33.
10. สุกัญญา ละอองศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสวรรค์ ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี นครราชสีมา 2559;23(2):68-79.
11. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res* 2000;42(3):241-7
12. Rungrojwatanasiri P, Soonthornchaiya R, Upasen R. The effect of group social support program on medication adherence of elderly patients with major depressive disorder. *JPNMH* 2017;31(1):119-32.
13. สุภางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 18. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์; 2553.
14. อรุณี อ่อนสวัสดิ์. ระเบียบวิธีวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2551.
15. ไพจิตร พุทธรอด. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561;27(3):479-860.

16. อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล 2556; 40(1):67-83.
17. นัยนา ดวงศรี. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลคำเขื่อนแก้วอำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร. [การศึกษานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
18. ประไพร บัวคอม. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช:กรณีศึกษาโรงพยาบาลสร้างคอมจังหวัดอุดรธานี. [การศึกษานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
19. ทศนีย์ เชื่อมทอง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดยาของผู้ป่วยจิตเภท ที่กลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลชลบุรี. เอกสารนำเสนอประกอบการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย ครั้งที่ 5 “วิถี R2R: เรียบง่าย คุณภาพ ครบวงจร” วันที่ 10-12 กรกฎาคม 2555 ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี. กรุงเทพฯ 2555.