วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2565
Research and Development Health System Journal
Vol.15 No.2 May - Aug 2022

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดเลย

THE MODEL DEVELOPMENT OF PSYCHIATRIC PATIENTS' SURVEILLANCE, SCREENING AND CARING IN THE COMMUNITY LOEI PROVINCE

Received: May 09 27, 2022
Revised: August 15, 2022
Accepted: August 21, 2022

กายสิทธิ์ แก้วยาศรี[1*]
Kayasit Kaewyasri[1*]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่มีอยู่เดิมภายใต้บริบทพื้นที่ ดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 แห่ง ของจังหวัดเลย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึง ธันวาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ได้รับการพัฒนา ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตร้อยละ 49.68 ในพื้นที่ขนาดเล็ก ระยะเวลา 3 เดือน และร้อยละ 59.62 ในพื้นที่จังหวัดเลย ระยะเวลา 6 เดือน ประเมินสุขภาพจิตซ้ำโดยเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 0.29 ได้รับการส่งต่อพบแพทย์ ร้อยละ 17.50 ของผู้ที่ได้รับการประเมินซ้ำ ได้รับการวินิจฉัยและส่งกลับ ร้อยละ 33.33 ของผู้ที่ส่งต่อ ประชาชนที่อยู่ในกลุ่มต้องเฝ้าระวัง 113 คน

รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการจิตเวชได้มากขึ้น การเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีความเชื่อมโยงการทำงานระหว่าง 3 หมอ รวมทั้งการเตรียมชุมชนในการรับผู้ป่วยกลับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามบริบท อุปสรรคที่พบมักเกิดจากการระบาดของยาเสพติดและระบบสื่อสาร

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การเฝ้าระวัง คัดกรอง, การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
Loei provincial Health Office
*Corresponding author E-mail: isntisnt@gmail.com

Abstract

These research and development (R&D) aim to study the model development of surveillance screening and caring for psychiatric patients in the community. The model development by reviewed and developed the existing operating model under the context of the area. The model was operated in 20 tumbol health promoting hospital in Loei province. The data collected from April 2021 to December 2021. The data analysis used descriptive statistics and content analysis.

The results showed that the model development of psychiatric patient surveillance, screening and caring in the community can helped people access to mental health services for 49.68 % in a small area for 3 months and 59.62% in Loei province for 6 months. The model can re-evaluate mental health by health staff 0.29 %. The model can refer patient to physician in hospital 17.5%. The patients who were re-evaluated were diagnosed and refer back 33.33%. There were 113 people must be surveillance.

The model developed was beneficial in terms of helping people to have access to mental health services. The surveillance of new cases and community psychiatric care was more effective from the participation of network partners. There was a working link between the 3 doctors, including preparing the community to accept patients back home and contextual care of psychiatric patients. The obstacles encountered were often caused by the drugs epidemic and the communication system.

Keyword: Model Development, Surveillance and Screening, The psychiatric patients care.

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประชากรทั่วโลก โดยพบว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด จำนวน 26 ล้านคน และโรคจิตเภท ก็เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในประเทศไทย แต่มีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ในประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั่วโลก 1 ใน 3 มีประวัติการกลับเข้ารักษาซ้ำและมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต ที่เหลือ 2 ใน 3 จะมีอาการเรื้อรังตลอดชีวิต ผลกระทบของโรคจิตเภทเกิดขึ้นต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วย ก่อให้เกิดภาวะโรคเรื้อรังและความพิการ มีความพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน บกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะการเข้าสังคม ส่งผลต่อครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน เป็นตราบาป (Stigma) ครอบครัวถูกตีตรา ญาติรู้สึกอับอายที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้รับผลกระทบหรือความเสียหาย เดือดร้อนรำคาญ ชุมชนรู้สึกรังเกียจและกลัว รู้สึกไม่ปลอดภัย อีกทั้งยังมีทัศนคติไม่ถูกต้องต่อผู้ป่วย กลายเป็นความรังเกียจ ปิดกั้นโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งทัศนคติสังคมต่อผู้ป่วยทางจิตได้แบ่งประเภทของบุคคลออกจากกลุ่มคนปกติโดยชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลายเป็นคนส่วนน้อยของสังคม ถูกละเมิดสิทธิและสถานภาพของพวกเขาไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม กลายเป็นส่วนเกินของสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปรับตัวเข้ากับสังคม[1,2,3]

กรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย โดยประยุกต์โครงการลดช่องว่างทางสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก มาปรับใช้กับบริบทของสังคมไทย ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จากร้อยละ 48.80 เพิ่มเป็นร้อยละ 57.20 หากแต่การดูแลรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนยังต่ำ โดยเฉพาะโรคจิตเภท (Schizophrenia) หากไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจะทำให้เกิดอัตราการกำเริบซ้ำ เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล รวมทั้งก่ออาชญากรรม ความรุนแรงในสังคม[4] ปัญหาอีกประการคือ ปัญหาโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและอนาคต พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ สำหรับประเทศไทยพบว่า โรคซึมเศร้าส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) เป็นอันดับที่ 4 ในหญิงไทย และอันดับที่ 10 ในชายไทย แต่ถ้าพิจารณาปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability: YLD) พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นอันดับที่ 1 ในหญิงไทยและเป็นอันดับที่ 2 ในชายไทย แต่มีผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 3.70 เท่านั้น ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่นๆ[5] หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะมีอาการเกิดขึ้นซ้ำและเรื้อรัง นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเองในท้ายที่สุด ความเข้มแข็งทางใจลดลง ซึ่งอาจมีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้อง เช่น

1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) ผู้ป่วยโรคจิต 3) ผู้มีภาวะติดสุรา/สารเสพติด 4) ผู้มีปัญหาด้านครอบครัวและการดำเนินชีวิตเป็นเหตุการณ์ที่กดดันจิตใจทางหนึ่ง 5) ผู้มีปัญหาการปรับตัวด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม 6) ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ 7) ผู้ที่เคยมีประวัติฆ่าตัวตาย [6]

เขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย อุดรธานี เลย หนองบัวลำภู หนองคาย บึงกาฬ สกลนคร และนครพนม มีประชากรรวม 5,356,549 คน จังหวัดเลย ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ปลูกข้าว ข้าวโพด ถั่ว มันสำปะหลัง ช่วงสิบปีหลังมียางพาราเข้ามาเป็นพืชเศรษฐกิจ ประชาชนมีวัฒนธรรมคล้ายคนอีสานทั่วไป อาจแตกต่างบ้างในบางประเด็นและมีวัฒนธรรมคล้ายคนเหนือเช่นกัน เพราะพื้นที่บางส่วนติดภาคเหนือ มีภาษาพูดเฉพาะของคนเมืองเลย ซึ่งเป็นเอกลักษณ์คล้ายประชาชนในแขวงไซยบุรีและแขวงหลวงพระบางของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ประชากรกลางปี พ.ศ.2562 ของจังหวัดเลยทั้งหมด 638,800 คน แบ่งเป็นชาย 368,861 คน และหญิง 369,139 คน พบอุบัติการณ์ การฆ่าตัวตาย ในปี พ.ศ.2561 และ 2562 จำนวน 58 ราย และ 56 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตรา 9.09 และ 8.71 ต่อประชากรแสนคน[7.8]

การเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ภาพรวมของจังหวัดเลย ส่วนใหญ่เป็นการตั้งรับในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ซึ่งผู้ป่วยต้องเดินทางไปเข้ารับการบริการด้วยตนเองหรือญาติผู้ป่วยนำส่งเพื่อเข้ารับการรักษา การค้นหาผู้ป่วยในชุมชนเป็นไปอย่างไม่เป็นรูปธรรม ผู้ป่วยจะได้รับบริการ เมื่อบุคลากรไปเยี่ยมบ้าน/พบเหตุการณ์ จึงจะได้รับคำแนะนำในการเข้ารับบริการ ดังนั้น การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จึงไม่มีรูปแบบและมาตรฐานในการดำเนินงาน ส่งผลให้ในภาพรวมการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ[7] และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยาจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเลย และโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ซึ่งดำเนินการโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ ก็ยังประสบปัญหาผู้ป่วยขาดยา จากหลายสาเหตุ เช่น ไม่ไปรับยาอย่างต่อเนื่อง บางรายกินยาไม่ต่อเนื่อง ขาดคนกำกับในการกินยา ผู้ป่วยปฏิเสธการกินยา ผู้ป่วยเอายาไปทิ้ง เป็นต้น[7.8] ดังนั้น รูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่เหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิตของประชาชนจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจ โดยมีเป้าหมายในการเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ รวมถึงผู้ที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมได้ และผู้ป่วยในชุมชนได้รับการดูแลที่เหมาะสม ไม่ขาดยา มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความปลอดภัยต่อชุมชนในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดเลย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดเลย
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2565
Research and Development Health System Journal
Vol.15 No.2 May - Aug 2022

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) นี้ มุ่งเน้นการสร้างนวัตกรรม (Innovation) ที่เป็นรูปแบบในการจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ ประกอบด้วยขั้นตอนการวิจัย R1-D1-R2-D2 พอสังเขป ดังนี้ [9]

1) การประเมินสภาพปัจจุบันและปัญหา (Literature Review/ Survey and research: R1)

1.1 การเข้าถึงบริการทางจิตเวชอยู่ในระดับต่ำ ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง

1.2 วิเคราะห์สภาพปัญหาที่มีในปัจจุบัน รูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา สรุปและนำเสนอผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของหน่วยบริการร่วมปรึกษาหารือ ร่วมนำเสนอข้อเด่นข้อด้อย สภาพปัญหาในทางปฏิบัติระดับพื้นที่ เพื่อปรับปรุงข้อด้อย รวมทั้งดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในบริบทของจังหวัดเลย โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ขนาดเล็ก ที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีหนองหิน (สอน.หนองหิน)

1.3 แต่งตั้งคณะทำงานติดตาม นิเทศ และสนับสนุนการดำเนินงาน โดยดำเนินการ 3 เดือน/ครั้ง รวม 2 ครั้ง ทุกสถานบริการ โดยติดตามในระดับสถานบริการและเยี่ยมผู้ป่วยในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน

2) ยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (Innovation Development: D1)

2.1 นำรูปแบบบริการที่ได้จากการดำเนินการพัฒนา สู่การปฏิบัติในวงบริการขนาดเล็กเพื่อทดลองใช้โดยไปดำเนินการใน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ รับผิดชอบ 6 หมู่บ้าน ประชากรจำนวน 6,327 คน อสม.ทั้งสิ้น 109 คน ทดลอง 3 เดือน และประเมินผลการดำเนินการ

2.2 พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชน ของ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ หนองหิน จัดประชุม อสม. และอธิบายการใช้โปรแกรม Mental Health Check In โดยให้ อสม.สแกน QR CODE เข้าสู่ระบบและสาธิตการใช้โปรแกรม พร้อมทั้งให้ อสม. ฝึกปฏิบัติโดยการประเมินสุขภาพจิตตนเอง และฝึกการประเมินสุขภาพจิตให้ประชาชนทั่วไป

2.3 อสม. นำ QR CODE ของ Mental Health Check In ดำเนินการในครัวเรือนที่รับผิดชอบโดยประเมินให้ ให้ประชาชนในครัวเรือนประเมินตนเอง หรือประเมินคนในครอบครัวก็ได้

2.4 กรณีหมู่บ้านชุมชน หรือ อสม.ไม่มีเครือข่ายโทรศัพท์ให้ประเมินและบันทึกในแบบฟอร์มการประเมิน (Manual) นำส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล

2.5 อสม.ประเมินสุขภาพจิตครัวเรือนที่รับผิดชอบ โดยการประเมินให้หรือสอนให้คนในครัวเรือนประเมินตนเอง ผ่านโทรศัพท์ โดย อสม.มี QR CODE คนละแผ่น เพื่อการเข้าโปรแกรม

2.6 สสจ.เลย สรุป และคืนข้อมูลการคัดกรอง โดยส่งข้อมูลผ่าน LINE GROUP คืนข้อมูลทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตาม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินซ้ำเพื่อส่งต่อ/เฝ้าระวังกรณี

ไม่เสี่ยง พร้อมประสานโรงพยาบาลในการส่งต่อพบแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยหรือส่งกลับเพื่อเฝ้าระวังโดยส่งตัวกลับมาในชุมชน

2.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประสาน อสม. ผู้รับผิดชอบหลังคาเรือน/ผู้นำชุมชน เพื่อติดตามการกินยากรณีได้รับยา หรือเฝ้าระวังกรณียังไม่ได้รับการวินิจฉัย ทั้งนี้ เป้าหมายคือกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการได้ทุกคน

3) สนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบงานจิตเวช เพื่อการปรับปรุง พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (Research2: R2) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อขัดข้อง ปัญหา อุปสรรค

3.1 เติมเต็มรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อจัดการข้อขัดข้อง แก้ไขปัญหา ที่เกิดขึ้นจากการทดลองปฏิบัติในพื้นที่ขนาดเล็กของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ

4) นำรูปแบบที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงพัฒนาแล้ว (Development2: D2) ไปดำเนินการในทุกอำเภอ รวม 14 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 20 สถานบริการ โดยเป็นสถานบริการที่สมัครเข้าร่วมโครงการเพิ่มเติมจำนวน 6 แห่ง

4.1 ทดลองใช้รูปแบบที่ได้รับการพัฒนา (Development2: D2) ในพื้นที่ภาพรวมทั้งจังหวัดเลย

4.2 รายงานผลการดำเนินงานรายเดือนจากพื้นที่ การนิเทศ ติดตาม สนับสนุนและแก้ไขปัญหา/อุปสรรค ที่ประสบในพื้นที่ เมื่อดำเนินการครบ 6 เดือน จึงประเมินผลการดำเนินงานภาพรวม ทั้งนี้ ใช้การประสานงาน และรายงานผลการดำเนินงานผ่าน LINE GROUP

5) การประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้รับการพัฒนา (Model Evaluating)

5.1 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในภาพรวมทั้งจังหวัด พร้อมยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การดำเนินการวิจัยนี้ ผสมผสานด้วยวิธีการเชิงคุณภาพแทรกไปในหลายขั้นตอน ตามบริบทที่ขับเคลื่อนงานวิจัย และการได้มาซึ่งข้อมูลในหลายกรณีเป็นวิธีการผสมผสานทั้งการสังเกต การสัมภาษณ์ การเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการเชิงกระบวนการ นำมาอธิบายและเสนอมุมมองร่วมกัน นักวิจัยเก็บข้อมูลภาคสนามเพิ่มเติม โดยมุ่งเน้นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ปรากฏต่อหน้านักวิจัย ปราศจากแนวคิดทฤษฎีภายนอก คล้ายทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) หากแต่ไม่นำเสนอหรือไม่มีความพยายามในการสร้างทฤษฎีใหม่จากปรากฏการณ์ [9,10]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ใช้หน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป 14 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 127 แห่ง รวม 141 แห่ง ในจังหวัดเลย

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สุ่มได้อำเภอละ 1 แห่ง รวม 14 แห่ง และที่ยื่นแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการเพื่อพัฒนางาน จำนวน 6 แห่ง รวมทั้งสิ้น 20 แห่ง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2565
Research and Development Health System Journal
Vol.15 No.2 May - Aug 2022

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหาครอบคลุมการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจังหวัดเลย ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองทางชีวะการแพทย์ (Biomedical Model) โดยนัย การใช้ยารักษาอาการทางจิตช่วยลดการเจ็บป่วยซึ่งเกิดจากความผิดปกติของร่างกาย รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชรวมถึงโรคจิตเภทก็เกิดจากภาวะที่ไม่สมดุลของสารสื่อกระแสประสาท เช่น การมีระดับของสารโดปามีนมากเกินไปมีความสัมพันธ์กับการ เจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท การใช้เหตุผลการรู้จักตนเอง ระดับสารซีโรโตนิน มีความสัมพันธ์กับอารมณ์แปรปรวนการเกิดโรคจิตเภท จากแนวคิดดังกล่าวจึงได้พัฒนาตัวยาเพื่อใช้รักษาอาการทางจิต การได้รับยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากยารักษาอาการทางจิตช่วยปรับสมดุลของสารสื่อกระแสประสาท ควบคุมอาการ คงภาวะความผาสุกและป้องกันอาการกำเริบซ้ำ และทำให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้[11]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้เครื่องมือการวิจัยที่หลากหลาย โดยการประยุกต์ใช้เครื่องมือ ประกอบด้วย

(1) แนวคำถามสืบค้นเพื่อพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 2 ข้อ

(2) รูปแบบการดำเนินงานคัดกรอง เฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต [5]

(3) แนวทางการดำเนินงานคัดกรอง เฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเขตสุขภาพที่ 8[14]

(4) แบบประเมินสุขภาพจิต 2Q 8Q และ 9Q ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[5]

(5) Mental Health Check In (Application) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข [5]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

(1) ดำเนินการทดลองใช้ในพื้นที่ขนาดเล็กที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ จำนวน 1 แห่ง (R1/D1)

(2) ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่จริงในการทดลองใช้นวัตกรรม 20 สถานบริการ (R2/D2)

การวิเคราะห์ข้อมูล

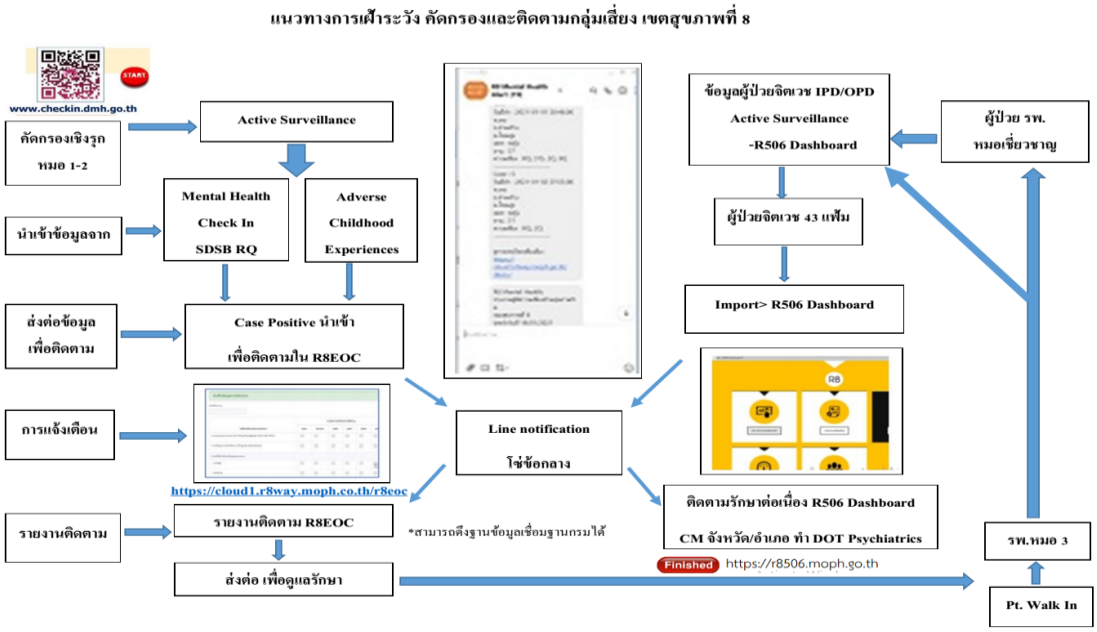
ใช้สถิติพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ และใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 0020/2564 วันที่ได้รับจริยธรรมการวิจัย 9 ตุลาคม 2564

ผลการวิจัย

1) การประเมินสภาพปัจจุบันและปัญหา (Literature Review/ Survey and research: R1) ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินสภาพการณ์ในปัจจุบันและปัญหา ได้รูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนภายใต้กรอบการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 8 และจังหวัดเลย ดังนี้



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชน สอน.หนองหิน

2) ผลการยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน(Innovation Development: D1) นำรูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา สรุปและนำเสนอผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของหน่วยบริการ ร่วมนำเสนอข้อเด่นข้อด้อยในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ เพื่อปรับปรุงข้อด้อย รวมทั้งดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้การสนทนากลุ่ม นำเสนอรูปแบบที่ดำเนินการอยู่และร่วมพัฒนารูปแบบการดำเนินใหม่

3) การทดลองในพื้นที่ขนาดเล็กคือ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ หนองหิน (Development1: D1) เพื่อการพัฒนานวัตกรรม (Innovation) ที่เหมาะสมในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ผล ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินการทดลองในพื้นที่ขนาดเล็ก สอน. หนองหิน ปี พ.ศ. 2564

ลำดับ	เดือน	ประชากร	คัดกรอง	ประเมินซ้ำ โดย จนท.	ส่งต่อพบ แพทย์	ได้รับการ วินิจฉัย	เฝ้าระวัง ติดตาม
1	เมษายน	7,516	1,202	8	5	2	6
2	พฤษภาคม	7,516	1,268	4	2	1	3
3	มิถุนายน	7,516	1,164	3	2	1	2
	รวม	**7,516**	**3,734**	**15 (0.40)**	**9 (60)**	**4 (44.44)**	**11 (73.33)**

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2565
Research and Development Health System Journal
Vol.15 No.2 May - Aug 2022

ผลการดำเนินการ สามารถคัดกรองประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้ร้อยละ 49.68 พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตรวม 15 คน ประเมินซ้ำโดยบุคลากร พบว่า มีความจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อพบแพทย์จำนวน 9 คน โดยแพทย์ได้ให้การตรวจวินิจฉัย ให้การรักษาพยาบาล/ส่งกลับ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 ของผู้ที่ส่งต่อ เฝ้าระวังจำนวน 11 คน จากทั้งสิ้น 15 คนที่มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 73.33

ปัญหาที่พบจากการสรุปผลการดำเนินงาน

1. ประชาชนไม่สนใจ ไม่ให้ความสำคัญและไม่ยอมประเมิน โดยบอกว่าไม่ได้เป็นอะไร
2. อสม.สูงวัย ที่ไม่สามารถใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนได้
3. เกิดความล้มเหลวระหว่างการประเมิน บันทึกข้อมูลไม่สำเร็จ จากคลื่นโทรศัพท์ไม่มี
4. อสม. ไม่มีเงินซื้อโปรโมชั่นอินเทอร์เน็ต (ปัญหาสำคัญในมุมมอง อสม. เป็นภาระค่าใช้จ่าย)
5. ความถี่ในการดำเนินงานมากเกินไป ควรดำเนินการปีละ 1-2 ครั้ง เท่านั้น

ผลการพัฒนารูปแบบฯ (Research2: R2) โดยสนทนากลุ่ม

1. เจ้าหน้าที่ สอน.หนองหินนำเสนอรูปแบบการดำเนินงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน
2. ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชร่วมพิจารณาและเสนอความคิดเห็นในการดำเนินงานร่วมกัน
3. นำรูปแบบที่ได้สู่การปฏิบัติโดย อสม. ดำเนินการประเมินสุขภาพจิตแก่ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในครอบครัวที่ตนเองรับผิดชอบ หรืออธิบายการใช้โปรแกรม Mental Health Check In โดย อสม.มีแผ่น QR CODE คนละ 1 แผ่น และให้ประชาชนในหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ สแกน QR CODE และประเมินตนเอง และดำเนินการประเมินให้คนในครอบครัวด้วย
4. หมู่บ้าน/ อสม.ไม่มีเครือข่ายโทรศัพท์มือถือ หรือ อสม.ที่ไม่มีสมาร์ทโฟน หรือ อสม.สูงวัย ให้ดำเนินการบันทึกในแบบฟอร์ม การประเมิน (Manual) ส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึก ซึ่งจากการติดตามนิเทศพบว่ามีไม่มากนัก ส่วนใหญ่ อสม.สูงวัยจะให้ อสม.ข้างเคียงดำเนินการให้แทน
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย สรุปและคืนข้อมูลการคัดกรองทุกเดือน ผ่าน LINE GROUP ผลการดำเนินงาน ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรอง และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชน จังหวัดเลย ปี พ.ศ.2564

ลำดับ	เดือน	ประชากร	คัดกรอง	ประเมินซ้ำ โดย จนท.	ส่งต่อพบ แพทย์	ได้รับการ วินิจฉัย	เฝ้าระวัง ติดตาม
1	กรกฎาคม	69,741	7,307	28	3	1	27
2	สิงหาคม	69,741	7,268	24	1	1	23
3	กันยายน	69,741	6,164	8	1	0	8
4	ตุลาคม	69,741	6,802	20	5	2	18
5	พฤศจิกายน	69,741	7,045	17	4	0	17

ลำดับ	เดือน	ประชากร	คัดกรอง	ประเมินซ้ำ โดย จนท.	ส่งต่อพบ แพทย์	ได้รับการ วินิจฉัย	เฝ้าระวัง ติดตาม
6	ธันวาคม	69,741	6,994	23	7	3	20
	รวม	**69,741**	**41,580**	**120 (0.29)**	**21 (17.50)**	**7 (33.33)**	**113 (97.17)**

ผลการวิจัย พบว่า ประชาชนได้รับการคัดกรองร้อยละ 59.62 ประเมินสุขภาพจิตซ้ำโดยเจ้าหน้าที่ 120 คน คิดเป็นร้อยละ 0.29 และในจำนวนนี้ได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 17.50 ของผู้ที่ได้รับการประเมินซ้ำ และได้รับการรักษาจากแพทย์และส่งกลับ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ของผู้ที่ส่งต่อ และในภาพรวมของการดำเนินงาน 6 เดือน มีประชาชนที่อยู่ในกลุ่มต้องเฝ้าระวัง 113 คน ซึ่งต้องติดตามดูแลโดย อสม. และชุมชน เมื่อพบความผิดปกติก็จะได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสมต่อไป

ผลลัพธ์จากการสนทนากลุ่ม

(ก) ปัญหาอุปสรรคและข้อขัดข้องในการดำเนินงานจิตเวชที่ผ่านมา เป็นอย่างไร

1. ไม่สามารถปฏิบัติให้เป็นงานปกติได้เนื่องจากภาระงานที่มาก (ขาดความต่อเนื่อง)

2. บุคลากรสาธารณสุขระดับ รพ.สต./อสม. ขาดความรู้ ทักษะในการดำเนินงานจิตเวชชุมชน พยาบาลจิตเวชมีเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน

3. ผู้ป่วยจิตเวชขาดยา จากสาเหตุต่างๆ เช่น ไม่ไปรับยา ไม่มีคนดูแลในการกินยาในแต่ละวัน

4. ไม่สามารถค้นหากลุ่มเสี่ยงจิตเวชได้ ไม่มีเครื่องมือที่ง่าย/มีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

5. ครอบครัว ชุมชน ไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวช จากหลายสาเหตุ เช่นความอับอาย พยายามปกปิด

6. ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชน ส่งผลให้พบผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มมากขึ้น

7. การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(ข) รูปแบบการดำเนินงานฯ ที่เหมาะสมเป็นอย่างไร

1. ประชุมชี้แจง อสม.ในการใช้โปรแกรม Mental Health Check In ของกรมสุขภาพจิต

2. หมู่บ้าน/พื้นที่ ที่ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์เคลื่อนที่ หรือ อสม.ที่ไม่มีสมาร์ทโฟน ให้ดำเนินการประเมิน โดยใช้เอกสารส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แทนการประเมินผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่

3. ประชานประเมินตนเอง/ อสม.ช่วยดำเนินการประเมินสุขภาพจิต ผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่

4. เมื่อครบ 1 เดือน สสจ.เลย คืนข้อมูลการคัดกรอง ผ่าน LINE GROUP แก่สถานบริการ

5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน ติดตามประเมินซ้ำหากมีกลุ่มเสี่ยง

6. เมื่อบุคลากรประเมินซ้ำและได้ผลเป็นบวก ส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อตรวจประเมิน/วินิจฉัย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2565
Research and Development Health System Journal
Vol.15 No.2 May - Aug 2022

7. แพทย์ส่งตัวกลับพื้นที่เพื่อติดตามให้การรักษา ในพื้นที่ /เฝ้าระวังกรณีไม่ได้รับการวินิจฉัย
8. อสม.ติดตามการกินยาของผู้ป่วยจิตเวช โดยผู้ป่วยจิตเวชต้องได้รับยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ปรับประยุกต์ตามแนวทางการดำเนินงานมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ให้สอดคล้องสอดรับกับบริบทพื้นที่ ช่วยให้การเฝ้าระวัง คัดกรองภาวะสุขภาพจิตประชาชน มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการทางจิตเวชได้อย่างเป็นรูปธรรม ค้นพบกลุ่มเสี่ยง สามารถส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสม ส่วนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนก็มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยไม่ขาดยา ได้รับการดูแลที่เหมาะสมเป็นรายกรณี และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นคำตอบสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยพบสภาพปัญหาการดำเนินงานจิตเวชชุมชนที่สำคัญคืออัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชยังอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่รูปแบบการดำเนินงานยังคงดำเนินการในลักษณะตั้งรับในสถานบริการ และการแก้ไขปัญหารายกรณี การดำเนินงานตามผังการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต (Algorithm)[4] ไม่ได้นำสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างจริงจัง เครื่องมือที่มีอยู่ไม่สามารถนำสู่การตรวจจับความผิดปกติในระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชนได้ ยังปรากฏสภาพปัญหาหลายประการ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชขาดยา ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้น อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในระดับสูง ขาดความต่อเนื่องในภาพรวม สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และขนิษฐา นันทบุตร เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนต้องครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพและมิติทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนและภาคประชาสังคม รวมถึงภาครัฐที่เกี่ยวข้องภายใต้บริบทและวิถีของพื้นที่ [12] ปัญหาอีกประการหนึ่ง พบว่า บุคลากรและผู้มีส่วนได้เสียยังขาดองค์ความรู้ทางจิตเวชซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทนงศักดิ์ราชเจริญ และพรรษ โนนจุ้ย ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในระดับต่ำ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ[13] เช่นเดียวกับการศึกษาของ พัฒนี ศรีโอษฐ์ และ ภาสินี โทอินทร์ เรื่องผลของกิจกรรมการสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งพบว่า การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมมองเห็นคุณค่าในตนเองคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี [14]

การนำนวัตกรรมสุขภาพจิตที่มีอยู่มาพัฒนา ปรับแก้ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่เป็นเรื่องสำคัญ เพราะบริบทของแต่ละพื้นที่มีบริบทรวมถึงทรัพยากรสาธารณสุขที่แตกต่างกัน ดังนั้น การนำนวัตกรรมที่มีอยู่ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงข้อดี ข้อด้อย สิ่งที่ต้องปรับปรุง เพื่อความเหมาะสมกับบริบทเป็นสิ่งจำเป็น อีกทั้งเมื่อปรับแก้และเสริมด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ (Mental Health Check In) และนำไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ขนาดเล็ก สอน.หนองหิน สามารถคัดกรองประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

ได้เพียงร้อยละ 49.68 ในระยะเวลา 3 เดือน พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิต 15 คน และดำเนินการประเมินซ้ำโดยบุคลากรทุกคน ผลการประเมินเป็นบวกและส่งต่อเพื่อพบแพทย์จำนวน 9 คน โดยแพทย์ให้วินิจฉัยและส่งกลับ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 ของผู้ที่ส่งต่อ และเฝ้าระวังจำนวน 8 คน จากทั้งสิ้น 15 คน ที่มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 53.33 เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่เป็นเรื่องละเอียดอ่อน โดยเฉพาะครอบครัวที่มีปัญหายาเสพติด แนวทางการดำเนินงานจึงต้องประยุกต์ใช้ตามสถานการณ์ ในบริบทครอบครัว ชุมชน ถึงแม้ว่าจะดำเนินงานตามรูปแบบที่ปรับแก้แล้ว ก็ยังคงประสบปัญหาในการดำเนินงานจริง สอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 และ 15 กรมสุขภาพจิต เรื่องรูปแบบการนำแนวทางการดำเนินงานและพัฒนาสุขภาพจิตในชุมชนสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปใช้ในชุมชน ที่พบว่าในบริบทการดำเนินงานสุขภาพจิตในระดับหมู่บ้านชุมชนที่แตกต่างกันจะประสบปัญหาการดำเนินงานที่แตกต่างกัน จะต้องปรับประยุกต์ทรัพยากรและกลวิธีในการดำเนินงานให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทพื้นที่[15] ปัญหาที่พบในการทดลองใช้นวัตกรรมในพื้นที่ขนาดเล็กนี้ประกอบด้วย ปัญหาขาดอินเทอร์เน็ต ปัญหาทัศนคติของประชาชน ปัญหาขาดการมีส่วนร่วมและทักษะ การดำเนินงานของ อสม. โดยเฉพาะ อสม.สูงวัย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกระบวนการในขั้นตอนแรกของการดำเนินการคือ ขั้นตอนการประเมินสุขภาพจิตประชาชน ขั้นตอนต่อจากนั้นเป็นการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุข คือการประเมินซ้ำ การส่งต่อ การตรวจรักษาโดยแพทย์ การส่งกลับ ส่วนใหญ่ไม่ประสบปัญหาในทางปฏิบัติ โดยจะประสบปัญหาอีกครั้งในขั้นตอนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งการดำเนินงาน 3 เดือน พบผู้ป่วยกินยาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 4 รายจากทั้งหมด 28 ราย คือลืมกินยาในบางวัน ขาดคนกำกับดูแลในการกินยา จะเกิดซ้ำในผู้ป่วยคนเดิม ได้แนะนำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อจำเป็น ทั้งนี้ หากนำแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตของเขตสุขภาพที่ 8[16] มาใช้ จะประสบปัญหาการดำเนินงานในระดับหมู่บ้านชุมชน เป็นการดำเนินการระดับปฏิบัติการ ในพื้นที่ซึ่งดำเนินการโดย รพ.สต. อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชน ภายหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รวมถึงนำเสนอข้อควรระวัง ข้อสังเกตในการทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่ขนาดเล็ก (R1/D1) และนำสู่การพูดคุยสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มบุคลากรผู้รับผิดชอบงานจิตเวชของสถานบริการ 20 แห่ง เพื่อปรับปรุงพัฒนารูปแบบให้ความเห็นถึงข้อดีข้อด้อยของการดำเนินงานในบริบทของพื้นที่และนำสู่การดำเนินงานทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่ทั้งจังหวัดเลย

การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า สามารถคัดกรองสุขภาพจิตประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้ถึงร้อยละ 59.62 ในระยะเวลา 6 เดือน ประเมินสุขภาพจิตซ้ำโดยเจ้าหน้าที่ 120 คน คิดเป็นร้อยละ 0.29 ส่งต่อเพื่อพบแพทย์ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 17.50 ของผู้ที่ได้รับการประเมินซ้ำ และได้รับการรักษาจากแพทย์และส่งกลับ 7 คน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2565
Research and Development Health System Journal
Vol.15 No.2 May - Aug 2022

คิดเป็นร้อยละ 33.33 ของผู้ที่ส่งต่อ อีกทั้งมีประชาชนที่อยู่ในกลุ่มต้องเฝ้าระวัง 113 คน ซึ่งต้องติดตามดูแลโดย อสม. และชุมชน รายละเอียดการดูแล การเฝ้าระวัง อาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล หรือแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ชุมชน เช่น ผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ที่ต้องเฝ้าระวังทางจิตเวชที่เกี่ยวเนื่องกับยาเสพติด ผู้ที่จะต้องเฝ้าระวังติดตามมักเป็นผู้นำชุมชน หรือผู้ปกครองในกรณีที่เป็นเยาวชน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม โดยปกติจะเป็น อสม.ผู้รับผิดชอบคุ้ม/ละแวกบ้านนั้น หรือ อสม. ขอความร่วมมือบ้านข้างเคียงของผู้ป่วยช่วยเหลือในการดูแลติดตาม รวมถึงการส่งข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยหากเกิดความผิดปกติขึ้น ทั้งนี้ อสม. และบุคลากรสาธารณสุขจะเป็นผู้รับผิดชอบหลัก สนับสนุนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ บางกรณีได้รับการสนับสนุนโดยผู้นำด้านจิตวิญญาณ พระสงฆ์ ทั้งนี้ กรณีปัญหาที่เกิดขึ้นอาจต้องพิจารณาแก้ไขปัญหาเป็นรายกรณี เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดยาและก่อเหตุทำร้ายมารดาจนเสียชีวิต เมื่อส่งเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ เมื่ออยู่รักษาจนอาการสงบ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์จะประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อสม. ผู้นำชุมชนและญาติ เพื่อร่วมประเมินความเป็นไปได้ในการส่งผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ซึ่งจะต้องมีการเตรียมชุมชนอย่างเหมาะสม ทั้งสถานที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติ ความปลอดภัยของชุมชน โดยจะต้องมีผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินการและสนับสนุนด้านต่างๆ อย่างเหมาะสม ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีความต่อเนื่องและยาวนาน บริบทพื้นที่ การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนต่างๆ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, ลักขณา ยอดกลกิจ และมาลินี ชมชื่น เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี และกรองจิต วิไลศรี เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนต่างๆ มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อความยั่งยืนของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ให้มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม และเกิดความยั่งยืน ชุมชนและสังคมโดยรวมปลอดภัย [17,18,19] และสอดคล้องกับการศึกษาของ อติญา โพธิ์ศรี เรื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง มีการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ควบคุมอารมณ์ได้ดี ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่เป็นภาระต่อครอบครัวสามารถไปเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้[20]

การดำเนินงานที่ผ่านมายังประสบปัญหาหลายประการที่ควรได้รับการแก้ไขในเชิงนโยบาย เช่นกรณีการจัดหา “อินเทอร์เน็ต อสม.” ซึ่งเป็นขวัญและกำลังใจแก่ อสม.และขจัดปัญหาการติดต่อสื่อสารกับสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งงานจิตเวชชุมชนด้วย ซึ่งหาก อสม.ทุกคนมีระบบอินเทอร์เน็ตใช้ ก็จะสามารถติดต่อสื่อสารกันได้ในหลายช่องทาง หลายโปรแกรมสำเร็จรูป เช่น LINE GROUP /Facebook/ TIKTOK /Instagram/ YOUTUBE เป็นต้น เกิดความสะดวก รวดเร็ว ทันต่อ

เหตุการณ์ สำหรับ อสม.สูงวัย อาจต้องปรับแก้โดยการใช้ระบบเอกสารต่อไป ซึ่งก็จะมีไม่มากนัก หรือบางสถานบริการก็ใช้ระบบ อสม.บัดดี้ โดยการจับคู่ระหว่าง อสม. อายุน้อยคู่กับ อสม.อายุมาก เพื่อช่วยเหลือ สนับสนุน หรือดำเนินการแทนในบางกรณี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การใช้ Mental Health Check In ควรให้บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการเข้าถึงข้อมูล โดยอาจเชื่อมต่อการแจ้งเตือนผ่าน Hos-XP PCU เมื่อผลการคัดกรองพบความเสี่ยง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ติดตามคัดกรองซ้ำ โดยไม่ต้องรอการคืนข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งล่าช้า ไม่ทันการ

2. การสนับสนุนระบบบริการอินเทอร์เน็ต ระบบอินเทอร์เน็ตประชารัฐและระบบอินเทอร์เน็ต อสม. จะส่งผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินงาน อีกทั้งยังเป็นขวัญกำลังใจแก่ อสม.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือ สนับสนุนการจากหลายฝ่าย ทั้งร่วมดำเนินการ ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูล เสนอแนะทางวิชาการ นักวิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. 2014. [Internet]. [Cited 2020 Mar 1]. Available from: https://dmh.go.th/report/suicide/
2. Bungkrachang T, Thanee T and Sithikun P. Care of schizophrenia by community. Journal of nurse and health care. 2018. Volume 16, No 2, April – June 2018, 68-76.
3. Nuntaboot. Information utilization for care of elders by community. Journal of nursing science &health. 2010. Volume 39, No 3, August- Sep 2016.
4. ขจีรัตน์ ปรักเอโก และคณะ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสำหรับบุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์. 2559.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์ ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรประเทศไทย จำกัด. 2557.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2562. [อินเตอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2563] เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/report/suicide/
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. ฐานข้อมูล Health Data Centre: HDC. 2562. [อินเตอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2563] เข้าถึงได้จาก: https://www.lo.moph.go.th/main/

8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562. มปส. 2562.
9. กิตติยา วงษ์ขันธ์. รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR). [อินเตอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2564] เข้าถึงได้จาก: https://www.ubu.ac.th/
10. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้งติ้ง. 2552.
11. Albert Farre and Tim Rapley. The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. US National Library of Medicine, National Institutes of Health. 2017.
12. ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และขนิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561. ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2561.
13. ทนงศักดิ์ราชเจริญ และพรรษ โนนจุ้ย. ความรู้และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตคลินิกหมอครอบครัวแก้วโนนคานาสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564. 247-255.
14. พัฒนี ศรีโอษฐ์ และภาสินี โทอินทร์. ผลของกิจกรรมการสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564. 310-319.
15. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 และ 15, กรมสุขภาพจิต. รูปแบบการนำแนวทางการดำเนินงานและพัฒนาสุขภาพจิตในชุมชนสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปใช้ในชุมชน. มปป.
16. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8, กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2564.
17. ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, ลักขณา ยอดกลกิจ และมาลินี ชมชื่น. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี. วารสารบทคัดย่อกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6. 2562. หน้า 212-223.
18. กรองจิต วิไลศรี. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2551.
19. จิรภา วิลาวรรณ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565. 181-195.
20. อติญา โพธิ์ศรี. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาที่ชุมชนบ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร.2562. ปีที่ 34 ฉบับที่ 1. 83-89.