

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

รัศมี ชุตินิมา^a

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีกิจกรรมดังนี้ 1) อบรมความรู้และทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ดูแล ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญด้านดูแลใจ” 2) สร้างระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เสี่ยงก่อความรุนแรง ด้วย 2ย. 1ส. (ยาดี/ญาติดี/หลักเสี่ยงสุรา สารเสพติด) และเฝ้าระวัง 5 อาการสำคัญ (5 Red Flags) 3) สร้างเครือข่าย 7 สหาย คลายทุกข์ 4) แลกเปลี่ยนนวัตกรรมจากตำบลต้นแบบ นำไปปรับใช้ทุกตำบล และ 5) เพิ่มระบบพี่เลี้ยง และกำกับติดตามประเมินผล การสร้างความร่วมมือ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และกำหนดบทบาทหน้าที่ทุกภาคส่วนให้ชัดเจน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีค่าความเที่ยง 0.94 แบบวัดดัชนีความสุข มีค่าความเชื่อมั่น 0.70 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมมีค่าความเชื่อมั่น 0.77 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง จำนวน 88 คน ญาติผู้ป่วย จำนวน 88 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 98 คน

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.01$ ($t=6.983$, $p<0.001$) 2) คะแนนดัชนีชี้วัดความสุขของญาติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.01$ ($t=12.837$, $p<0.001$) 3) คะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.01$ ($t=11.606$, $p<0.001$) และ 4) มีประยุกต์ใช้นวัตกรรมจากตำบลต้นแบบ

งานวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรพัฒนาต่อยอดหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญด้านดูแลใจ” ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน วัดผลการใช้นวัตกรรม และขยายผลต่อ เพื่อประโยชน์อย่างกว้างขวาง และสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วยโดยส่งเสริมการสร้างอาชีพให้กับผู้ป่วยที่มีความพร้อม

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง; ชุมชน; การพัฒนารูปแบบ; การมีส่วนร่วม

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

^a Corresponding author : รัศมี ชุตินิมา Email : rchudpimail@gmail.com

รับบทความ: 24 ก.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 17 ส.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 17 ส.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 7 ก.ย. 65

Development of a Care Model for Chronic Psychiatric Patients At-Risk Groups in the Community through the Participation Process of Network Partners, Lamplaimat District, Buriram Province

Ratsamee Chudpimai^{*a}

Abstract

The objective of this study was to evaluate the care-giving model for chronic psychiatric patient at-risk groups through the participation process of the network partners using a model that included activities as follows: 1) training of caregivers and relatives with a course titled “CG specialized in caring for the mind,” 2) building a surveillance system for the patients at-risk of violence with “2-Yor, 1-Sor” (in Thai) (good drugs/good relatives/avoiding alcohol and addictive substances) and 5 important symptoms (5 Red Flags), 3) building a care network with “7 supportive friends” networks, 4) sharing innovations from one sub-district to be applied to all other sub-districts, and 5) applying a mentor system for the monitoring and evaluation process while building collaborations with partners through workshops to clearly define roles and responsibilities of all sectors. Tools used in this study included “the life skills assessment form for psychiatric rehabilitation” with a reliability score of 0.94, “the happiness index measuring form” with a confidence value of 0.70, and “a participation questionnaire” with the confidence value of 0.77. The samples were comprised of 88 chronic psychiatric patient at-risk group, 88 relatives of the patients, and 98 network members.

Results showed that, at the end of the program, 1) scores on the psychiatric rehabilitation skills significantly improved ($t=6.983$, $p<0.001$), 2) scores on relatives’ happiness index significantly increased ($t=12.837$, $p<0.001$), 3) scores on participations of the network significantly increased ($t=11.606$, $p<0.001$), and 4) there were successful adoptions of innovations to other sub-districts.

* Public Health Technical Officer, Professional Level, Lamplaimat District Public Health Office, Buriram

^a Corresponding author : Ratsamee Chudpimai Email : rchudpimai@gmail.com

Received: Jul. 24, 22; Revised: Aug. 17, 22; Accepted: Aug. 17, 22; Published Online: Sep. 7, 22

It is recommended that “CG specialized in caring for the mind” should be conducted in all areas. The innovations should also be distributed to all areas. Promoting and building career for those who are ready is recommended.

Keywords: Psychiatric patient at-risk group; Community; Model development; Participation

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนลดลง มีการระบาดของยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศ มีปัญหาสุขภาพจิต⁽¹⁾ ก่อให้เกิดความพิการและสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศในปี พ.ศ. 2547 ปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงญาติ ผู้ดูแล และบุคคลในสังคม⁽²⁾ จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรง ร้อยละ 14.3 โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 โรคซึมเศร้า ประมาณร้อยละ 2.8 โรคจิตเภท (Schizophrenia) นับเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงถึงร้อยละ 20⁽³⁾ ปัจจุบันมีเหตุการณ์ก่อความรุนแรงสะเทือนขวัญ ซึ่งพบได้ตามสื่อต่างๆ ความรุนแรงที่เกิดขึ้น ส่วนหนึ่งของผู้ก่อเหตุพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ในประชากรอายุ 18 ปี ขึ้นไป พบปัญหาการก่อความรุนแรงร้อยละ 4.1 โดยมีปัจจัยที่ทำให้อัตราการก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดยา การไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ปัญหาการใช้สารเสพติด ขาดผู้ดูแล รวมถึงขาดการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ⁽²⁾

อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ พบผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี 2562 จนถึงปี 2564 ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ปัญหาการขาดยา จากปี 2562 ถึงปี 2564 คิดเป็นร้อยละ 5.89 ร้อยละ 6.90 และ ร้อยละ 13.64 ตามลำดับ ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง เสี่ยงต่อการก่อปัญหาความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นได้⁽⁴⁾ การขาดยาของผู้ป่วยจิตเวชเพียง 1 ราย ทำให้เกิดปัญหารุนแรงตามมาได้เนื่องจากปัญหาหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงขึ้นกว่าเดิม อันดับ 1 คือการขาดยา จากสาเหตุ 4 ประการ ได้แก่ 1) ไม่ยอมกินยาเพราะคิดว่าไม่ได้ป่วย 2) กลัวเกิดผลข้างเคียงของยา 3) กลัวจะติดยา และ 4) คิดว่าตนเองหายแล้ว⁽²⁾ ผู้ป่วยจิตเวชจะถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ เป็นภาระของสังคม แต่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ป่วยจิตเวชต้องการให้ทุกคนเห็นคุณค่า ต้องการอยู่ร่วมกับครอบครัว กับคนที่เขารัก หากเพียงคนใกล้ชิดหรือคนในชุมชนให้โอกาส ให้กำลังใจ การทำให้ครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจ มีส่วนร่วมในการดูแล จะทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชได้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของญาติหรือคนในครอบครัว ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย และการแก้ไขปัญหาเดิมนั้นบทบาทหน้าที่หลักเป็นของ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขาดการบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างจริงจัง ขาดการประสานงานระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ครอบครัวและชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง มีความรู้สึกกังวล หวาดกลัว รวมทั้งยังไม่มีระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงอย่างชัดเจน การป้องกันและแก้ไขปัญหา จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ให้มีทักษะ มีความรู้ความเข้าใจ มีส่วนร่วมในการสร้างระบบเฝ้าระวัง และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลต่อเนื่อง เกิดระบบเฝ้าระวัง เกิดรูปแบบการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และเกิดเครือข่ายในการดูแล ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อเป็นรูปแบบแนวทางในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง โดยศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดัชนีความสุขของญาติผู้ป่วย และทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีกิจกรรมดังนี้ 1) การอบรมเพิ่มความรู้และทักษะที่จำเป็นให้กับญาติผู้ป่วยและผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง 2) สร้างระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ด้วย 2 ย. 1ส. (ยาดี/ญาติดี/หลีกเลี่ยงสุรา สารเสพติด) และ 5 อาการหลักสำคัญที่ผู้ดูแลต้องเฝ้าระวัง 3) สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงด้วยเครือข่าย 7 สหายคลายทุกข์ 4) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้วัฒนธรรมจากตำบลต้นแบบ นำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกตำบล และ 5) เพิ่มระบบการสนับสนุนจากพี่เลี้ยงและกำกับติดตามประเมินผล ในการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย การกำหนดบทบาทหน้าที่ และระบบกำกับติดตามประเมินผล ใช้วิธีประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁽⁵⁾ ในผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกรกฎาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ทุกตำบลในอำเภอลำปลายมาศ จำนวน 112 คน
- 2)ญาติผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ทุกตำบลในอำเภอลำปลายมาศ จำนวน 112 คน
- 3) ผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ทุกตำบลในอำเภอลำปลายมาศ จำนวน 112 คน
- 4) ภาาติเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ในเขตอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จาก 16 ตำบล 20 หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 721 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณ เมื่อทราบจำนวนประชากรโดยใช้สูตรทาโร่ ยามาเน่⁽⁶⁾ เมื่อแทนค่าในสูตร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเขตอำเภอลำปลายมาศ จำนวน 88 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง
- 2) ญาติผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเขตอำเภอลำปลายมาศ จำนวน 88 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง
- 3) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเขตอำเภอลำปลายมาศ จำนวน 88 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง
- 4) ภาาติเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเขตอำเภอลำปลายมาศ จำนวน 98 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง จากเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ 2 คน และภาาติเครือข่ายจากทุกตำบล ละ 6 คน แต่ละตำบลประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต กำนัน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และภาาติเครือข่ายผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต⁽⁷⁾ ถามถึงประสบการณ์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ให้สำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึกว่าอยู่ในระดับใดแล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริง มากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว การให้คะแนนพิจารณาข้อความหมายทั้งทางบวกและทางลบ โดยเกณฑ์ให้คะแนนข้อความทางบวกตั้งแต่ “ไม่เลย” เท่ากับ 0 คะแนน จนถึง “มากที่สุด” เท่ากับ 3 คะแนน ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนกลับกัน มีคะแนนเต็ม 45 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป เท่ากับ 35-45 คะแนน มีสุขภาพจิตเท่ากับคน

ทั่วไป เท่ากับ 28-34 คะแนน และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป เท่ากับ 27 คะแนนหรือน้อยกว่า เครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70

2. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล การตอบแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยระดับต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน ระดับสูงสุด เท่ากับ 5 คะแนน นำคะแนนเฉลี่ยมาเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้ 1) คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 ระดับการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด 2) คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 ระดับการมีส่วนร่วมน้อย 3) คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง 4) คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 ระดับการมีส่วนร่วมมาก และ 5) คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) มากกว่า 0.50 คะแนน และมีการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.772

3. แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช⁽⁸⁾ ประเมินความสามารถของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ เพื่อประเมิน ทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน ทักษะด้านการผ่อนคลาย และ ทักษะด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ ข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) และสามารถแปลผล ดังนี้ ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 0-0.5 คะแนน หมายถึง ขาดความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 0.51-1.5 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่เต็มใจ ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 1.51-2.5 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 2.51-3.5 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 3.51-4.0 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เอง เครื่องมือประยุกต์ใช้จากการพัฒนา ของพิทักษ์พลบุญมาลิก และคณะ⁽⁸⁾ มีค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ 0.94

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ภายหลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ระยะก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

มีการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัย ซึ่งแจ้งผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ ซึ่งแจ้งให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์ และการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

2. กระบวนการที่จัดทำในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

2.1 คัดเลือกข้อมูลให้ภาคีเครือข่าย รับรู้สถานการณ์ เห็นความสำคัญในการร่วมกันแก้ไขปัญหา

2.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการ ผ่าน 4 คำถาม (ORID Method) ให้ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการ พชอ. ผู้นำชุมชน อปท. รพ.สต. มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น กำหนดกิจกรรม

2.3 วางแผนดำเนินกิจกรรมดูแล ตามรูปแบบ ที่ภาคีเครือข่ายร่วมกันกำหนด ได้แก่

2.3.1 พัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น ได้แก่

1) ทักษะในการดูแล พันฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ให้กับญาติและผู้ดูแล ได้แก่ ทักษะด้านสุขอนามัยส่วนตัว ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน ทักษะด้านการผ่อนคลาย และ ทักษะด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ

2) ทักษะการเยี่ยมบ้าน และการติดตามประเมิน

3) ทักษะการจัดการกรณีฉุกเฉิน

4) อบรมหลักสูตร CG เชี่ยวชาญด้านดูแลใจ สำหรับผู้ช่วยดูแล (CG)

2.3.2 สร้างระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง (ตาข่ายดักจับกลุ่มเสี่ยง ด้วย 2 ย. 1ส (ยาดี/ญาติดี/หลักเลี้ยงสุรา สารเสพติด) และ 5 อาการหลักสำคัญ ที่ผู้ดูแลต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง

2.3.3 สร้างเครือข่าย 7 สหายคลายทุกข์ เฝ้าระวัง ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

2.4 จัดเวทีแลกเปลี่ยนนวัตกรรมจากตำบลต้นแบบ เพื่อนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย

2.5 สร้างระบบสนับสนุน ติดตามการดำเนินงาน เพื่อนำข้อเสนอแนะไปสู่การแก้ไขปัญหา

2.6 สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และให้ข้อเสนอแนะ แนวทางพัฒนาต่อเนื่อง

3. ระยะหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

3.1 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

3.2 ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อมูลไม่มีความสมบูรณ์ ต้องติดตามเป็นการเฉพาะรายอย่างเร่งด่วน ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้จะนำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับและคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดัชนีความสุขของญาติผู้ป่วย ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อน-หลังดำเนินการ ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2021R-021 รับรองวันที่ 24 กันยายน 2564 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ โดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ข้อมูลก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป และภาวะสุขภาพกาย ของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงเป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.7) อายุเฉลี่ย 47.68 ปี (SD=12.51) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 34.1) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 43.2) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 43.2) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.4) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 5,332.95 บาทต่อเดือน (SD=3,759.69) ส่วนใหญ่รายได้ครอบครัว ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 48.3) ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาโรคจิตเวชเรื้อรังต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 54.5) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 52.3) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชเรื้อรัง เฉลี่ย 8.31 ปี (SD=4.612) ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 6-10 ปี (ร้อยละ 45.5) ส่วนใหญ่วินิจฉัย รหัส F20-F29 Psychotic disorder (Schizophrenia) (ร้อยละ 71.59) เมื่อเจ็บป่วยมีผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 95.5)

2. ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

ผลประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทักษะด้านสุขอนามัยส่วนตัว มีคะแนนเฉลี่ย 3.64 คะแนน (SD=0.55) อยู่ในระดับ 5 (สามารถทำได้เอง) ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน มีคะแนนเฉลี่ย 3.34 คะแนน (SD=0.69) อยู่ในระดับ 4 (สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง) ทักษะด้านการสื่อสาร มีคะแนนเฉลี่ย 3.46 คะแนน (SD=0.59) อยู่ในระดับ 4 (สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง) ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ย 3.27 คะแนน (SD=0.89) อยู่ในระดับ 4 (สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง) ทักษะด้านการผ่อนคลาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.32 คะแนน (SD=0.766) อยู่ในระดับ 4 (สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง) ทักษะด้านการหางานเพื่อหาเลี้ยงชีพ มีคะแนนเฉลี่ย 2.69 คะแนน (SD=1.119) อยู่ในระดับ 4 (สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง)

เมื่อพิจารณาภาพรวมทุกด้าน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 (SD=0.686) อยู่ในระดับ 4 (สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง) รายละเอียดดังตารางที่ 1 ทั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 5 สามารถทำได้เอง (ร้อยละ 43.2) รองลงมาอยู่ในระดับ 4 สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง (ร้อยละ 40.9) และอยู่ในระดับ 3 สามารถทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง (ร้อยละ 14.8) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง ที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและระดับทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของผู้ป่วย (n=88)

ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	Mean	SD	แปลผล
1. ทักษะด้านสุขอนามัยส่วนตัว	3.64	0.548	ระดับ 5
2. ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน	3.34	0.698	ระดับ 4
3. ทักษะด้านการสื่อสาร	3.46	0.593	ระดับ 4
4. ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน	3.27	0.896	ระดับ 4
5. ทักษะด้านการผ่อนคลาย	3.32	0.766	ระดับ 4
6. ทักษะด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ	2.69	1.119	ระดับ 4
ภาพรวมทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ	3.23	0.686	ระดับ 4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของผู้ป่วย (n=88)

ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	ระดับความสามารถ (n=88)				
	(1) ขาดความสามารถ n (%)	(2) ทำได้แต่ไม่ทำ n (%)	(3) ทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง n (%)	(4) ทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง n (%)	(5) ทำได้เอง n (%)
ภาพรวมทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช					
ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ	0 (0.0)	1 (1.1)	13 (14.8)	36 (40.9)	38 (43.2)

3. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

เมื่อพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง พบว่า ในภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.47 (SD=0.395) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.65 คะแนน (SD=0.483) รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.54 คะแนน (SD=0.538) และด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.44 คะแนน (SD=0.583) ตามลำดับ ส่วนระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ที่มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือการมีส่วนร่วม ในการประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.24 (SD=0.693) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (n=98)

ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง	Mean	SD	ระดับ
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.54	0.538	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	3.65	0.483	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	3.44	0.583	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.24	0.693	ปานกลาง
ภาพรวมการมีส่วนร่วม	3.47	0.395	มาก

4. ดัชนีความสุขของญาติ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

ผลการประเมินดัชนีความสุขของญาติผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีดัชนีความสุขอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 77.3 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 15.9 และมีดัชนีความสุข อยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 6.8 ภาพรวมคะแนนดัชนี ชีวิตความสุข มีคะแนนเฉลี่ย 32.13 คะแนน (SD=3.838) รายละเอียดดังแสดงในตาราง ที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลผลการประเมินดัชนีความสุขของญาติ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง (n=88)

ระดับดัชนีความสุข	จำนวน	ร้อยละ
มีสุขภาพจิตดี (Good) 35-45 คะแนน	14	15.9
มีสุขภาพจิตปกติ (Fair) 28-34 คะแนน	68	77.3
มีสุขภาพจิตเสี่ยง (Poor) 27 คะแนนหรือน้อยกว่า	6	6.8
รวม	88	100.0
(Mean=32.13, SD=3.838)		

5. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ได้แก่

5.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า ระดับคะแนน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนร่วมกิจกรรม อยู่ในระดับน้อย และหลังร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพิ่มขึ้นจากก่อนร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.01$ ($t=11.606$, $df=97$, $p<0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ($n=98$)

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{x}$	SD	ระดับ	t	df	p-value
การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย							
ก่อนร่วมกิจกรรม	98	2.58	0.763	น้อย	11.606	97	<0.001**
หลังร่วมกิจกรรม	98	3.47	0.395	มาก			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยง พบว่า คะแนนดัชนีชี้วัดความสุข มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 27.51 เป็น 32.13 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.01$ ($t=12.837$, $df=87$, $p<0.001$) และพบว่าญาติผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยง มีดัชนีความสุขในระดับเสี่ยงลดลง จากร้อยละ 55.7 เป็นร้อยละ 6.8 มีดัชนีความสุขในระดับปกติ เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 38.6 เป็นร้อยละ 77.3 และมีดัชนีความสุขในระดับดีเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 5.7 เป็นร้อยละ 15.9 รายละเอียดดังตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขญาติผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนา ($n=88$)

กลุ่มทดลอง	N	$\bar{X}$	SD	ระดับ	t	df	p-value
ระดับดัชนีความสุข							
ก่อนร่วมกิจกรรม	88	27.51	5.248	ต่ำ	12.837	87	<0.001**
หลังร่วมกิจกรรม	88	32.13	3.838	ปกติ			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 7 ดัชนีความสุขญาติผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการพัฒนาแบบการดูแล ($n=88$)

ดัชนีชี้วัดความสุข ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เรื้อรังกลุ่มเสี่ยง	ก่อนกิจกรรม		หลังกิจกรรม	
	n	%	n	%
ดัชนีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) 35-45 คะแนน	5	5.7	14	15.9
ดัชนีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair) 28-34 คะแนน	34	38.6	68	77.3
ดัชนีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) 27 คะแนนหรือน้อยกว่า	49	55.7	6	6.8
รวม	88	100.0	88	100.0

5.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่า ระดับคะแนนทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชก่อนได้รับการพัฒนา ภาพรวมอยู่ในระดับ 4 สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง หลังได้รับการพัฒนาอยู่ในระดับ 4 สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เพิ่มขึ้นจากก่อนร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.01$ ($t=6.983$, $df=87$, $p<0.001$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ($n=88$)

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	SD	ระดับ	t	df	p-value
ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช							
ก่อนร่วมกิจกรรม	88	3.02	0.823	4	6.983	87	<0.001**
หลังร่วมกิจกรรม	88	3.23	0.686	4			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

6. สรุปรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

6.1 พัฒนาคำถาม และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

กิจกรรมของหลักสูตรอบรม มาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ร่วมกันพิจารณาว่าเนื้อหาความรู้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ว่าควรประกอบด้วยอะไรบ้างที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้ และทักษะอะไรบ้างที่ต้องฝึกปฏิบัติ ควรมีการสนับสนุนอย่างไรเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มีศักยภาพที่จำเป็นในการดูแล จากนั้นจึงรวบรวมเนื้อหา กิจกรรมหลักสูตรอบรมจากการศึกษาเอกสาร คู่มือ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง มี 6 ทักษะตามคู่มือ 2) ทักษะการเยี่ยมบ้านและการติดตามประเมินผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง 3) ทักษะการจัดการกรณีฉุกเฉิน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt aggression scale: OAS)⁽²⁾ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มกรณีกึ่งเร่งด่วน Semi-urgency (คะแนน OAS=1) กลุ่มกรณีเร่งด่วน Urgency (คะแนน OAS=2) กลุ่มกรณีฉุกเฉิน Emergency (คะแนน OAS=3) ซึ่งแจ้งแนวทางการปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ทราบแนวทางปฏิบัติในแต่ละกลุ่ม 4) อบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญด้านดูแลใจ” เพิ่มเติมเนื้อหาอบรมจากหลักสูตร Caregiver 70 ชั่วโมง และจัดกิจกรรมการสร้างสุข 5 มิติ⁽⁹⁾ สำหรับผู้ป่วยและญาติ

6.2 ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

สร้างระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่จะก่อความรุนแรง (ตาข่ายดักจับกลุ่มเสี่ยง ด้วย 2.ย 1ส. (ยาดี/ญาติดี/หลักเสี่ยงสุรา สารเสพติด) และผู้ดูแลชุมชนรับรู้ 5 อาการหลักสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง (5 Red flags) ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปมา พุดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง ผิกใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย. 1ส.) รายละเอียดดังภาพที่ 1 และประเมินอาการเตือน รายละเอียดดังภาพที่ 2

ภาพที่ 1 แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)⁽²⁾

หัวข้อการประเมิน	แนวทางการประเมิน		
1. การกินยา	☐ ไม่กินยา	☐ กินยาไม่สม่ำเสมอ	☐ กินยา
2. ยาดี/ผู้ดูแล	☐ ขาดผู้ดูแล	☐ มีปัญหาในการดูแล	☐ ไม่มีปัญหาในการดูแล
3. การใช้สารเสพติด	☐ ใช้ประจำ	☐ ใช้บ้าง	☐ ไม่ใช้

การแปลผลแนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส) ประเมินจากการสอบถามผู้ป่วย หรือ ยาดี/ ผู้ดูแล/ ผู้ใกล้ชิด เพื่อแบ่งระดับความรุนแรง เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับความรุนแรงต่ำ (สีเขียว) ยาดี-ญาติดี-ไม่ใช้สารเสพติด อสม. ผู้ดูแล ติดตามเยี่ยมภายใน 1 เดือนเพื่อให้กำลังใจญาติและผู้ป่วย
2. ระดับความรุนแรงปานกลาง (สีเหลือง) มีอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ดี อสม.ผู้ดูแล พร้อมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ติดตามเยี่ยมภายใน 15 วัน เพื่อประเมินซ้ำ
3. ระดับความรุนแรงสูง (สีแดง) ผู้ป่วยจิตเวช ยาไม่ดี-ญาติไม่ดี-ใช้สารเสพติด อสม. ผู้ดูแล แจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงประเมินซ้ำ เพื่อแก้ไข ปัญหา

ภาพที่ 2 แบบประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)⁽²⁾

อาการเตือน	มี	ไม่มี
1. ไม่หลับไม่นอน :มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆตื่นๆ		
2. เดินไปเดินมา :ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ		
3. พุดจาคนเดียว :พุด ยืม หัวเราะคนเดียว		
4. หงุดหงิดฉุนเฉียว :อารมณ์แปรปรวน เดียวดีเดี๋ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว		
5. เทียวหวาดระแวง :มีอาการหวาดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดี นินทาว่าร้าย มีคนคอยติดตาม คอยทำร้าย และถูกกลั่นแกล้ง		

การแปลผล: กรณีพบข้อใดข้อหนึ่ง ให้อาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้ดูแล ภาศิเครือข่าย แจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาต่อไป

6.3 สร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วม และกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

เครือข่าย 7 สหาคลยทุกข” ในการเฝ้าระวัง ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ **สหายที่ 1** องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดูแลเรื่องงบประมาณในการดูแลช่วยเหลือ ประสานหน่วยงานอื่น เพื่อให้การช่วยเหลือ **สหายที่ 2** ผู้นำชุมชน ให้การดูแลเรื่องความปลอดภัยเป็นเหตุเป็นตาสอดส่องในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ให้ความร่วมมือช่วยเหลือในกรณีประสานขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพตามสโลแกน “เรีกง่าย ใช้คล่อง โทรวิต ไม้อัดอด” **สหายที่ 3** อาสาสมัครสาธารณสุข ในแต่ละหมู่บ้านสอดส่องมองหา เยี่ยมติดตามผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของตนเอง ในระดับหมู่บ้าน ร่วมคิดค้นนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง **สหายที่ 4** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่กำกับ ติดตาม วางแผนการดูแล ประสานภาศิเครือข่าย ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหา มีความเสี่ยงที่จะก่อความรุนแรง ให้ความรู้ คำแนะนำกับญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วย ประเมินอาการผู้ป่วย ประเมินความเครียดผู้ดูแล แนะนำกิจกรรมหาวิธีคลายเครียด ออกกำลังกาย ให้คำปรึกษา ร่วมคิดค้นนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง **สหายที่ 5** โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ช่วยประสานต่อ **สหายที่ 6** ตำรวจให้ความช่วยเหลือในกรณีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายของตนเองและผู้อื่น มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด เป็นต้น **สหายที่ 7** โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา รับประสานให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ และส่งต่อข้อมูล ในกรณีผู้ป่วยสีแดง เยี่ยมติดตามผู้ป่วย และให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นต้น

6.4 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในอำเภอ

แลกเปลี่ยนนวัตกรรมจากตำบลต้นแบบสู่ทุกตำบล เพื่อให้ผู้ดูแลนวัตกรรมการไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ นวัตกรรม “กินยาต่อหน้าอ้าปาก ไม่คายทิ้ง” ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ขาดยา อาการผู้ป่วยดีขึ้นทั้งสุขภาพทางร่างกาย และสุขภาพจิต เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจ เกิดความเชื่อถือ เห็นความตั้งใจและหวังดีในทุกๆ วัน เกิดความศรัทธาในผู้ดูแล ทำให้ง่ายในการแนะนำผู้ป่วยและญาติ

6.5 ระบบสนับสนุน และระบบกำกับติดตาม ประเมินผล

เพิ่มระบบสนับสนุนจากทีมพี่เลี้ยง โดยกำกับให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ให้บริการดูแลครอบคลุมทุกราย และดูแลตามความจำเป็นของผู้ป่วย แต่ละราย สร้างระบบปรึกษาทางกลุ่มไลน์ ให้คำปรึกษา ประสานการดูแล ประเมินผลการดูแล และปรับแผนการดูแลร่วมกับผู้ดูแล

ภาพที่ 3 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา

รูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง	รูปแบบใหม่ในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง
1. ญาติและผู้ดูแล ดูแลตามแนวทางที่ได้รับมอบหมาย แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ	✓ เน้นการฝึกทักษะ ฝึกปฏิบัติจริงและปรับตามสภาพปัญหา ที่พบในการดูแล ✓ เน้นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และการดูแลทางสังคม
2. การพัฒนาความรู้ และทักษะ ไม่ครอบคลุมตามประเด็นสำคัญที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย 3. ขาดการฝึกฝนทักษะความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย	✓ ผู้ดูแลได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น มีความรู้ และทักษะในการดูแล และสามารถบอกต่อแนะนำได้ 1. ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ครอบคลุมทักษะ 6 ด้าน 2. ทักษะการเยี่ยมบ้าน และการติดตามประเมินผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง 3. ทักษะการจัดการกรณีฉุกเฉิน 4. อบรมหลักสูตร CG เชี่ยวชาญด้านดูแลใจ สำหรับผู้ช่วยดูแล ✓ ผู้ดูแลได้รับการฟื้นฟูพัฒนาความรู้ และทักษะการดูแลที่สำคัญ สร้างความมั่นใจในการดูแลในการดูแลผู้ป่วย การดูแลสภาพจิตใจ ญาติผู้ป่วย
4.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงยังไม่ครอบคลุม	✓ ได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการดำเนินงาน โดยมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในอำเภอ แลกเปลี่ยนนวัตกรรมจากตำบลต้นแบบ สู่ทุกตำบล
5.ขาดการประเมินผลการดูแล	✓ ติดตามการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ✓ มีระบบดูแล กำกับ ติดตาม แบบระบบพี่เลี้ยง
6.การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจน	✓ เสริมพลังให้ เครือข่าย มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาร่วมดูแลสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งให้ภาคีเครือข่ายครอบครัว และชุมชน ✓ ปรับกระบวนการดำเนินงานโดยอาศัยแนวคิดการแก้ปัญหาโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐานในการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ
7.ยังไม่มีระบบเฝ้าระวังที่ชัดเจน	✓ มีระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่จะก่อความรุนแรง โดยฝึกให้ญาติ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย สามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำด้วย 2ย1ส (ยาดี/ญาติดี/หลีกเลี่ยงสุรา สารเสพติด) และแบบประเมินอาการเตือน 5 อาการหลักสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน สอดคล้องกับรายงานวิจัยของ พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ได้รายงานสถานการณ์ของผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง มีอาการทางจิตประสาท ที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้นตลอดระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปี 2555-2559 โดยสวนใหญ่เป็นเพศชายที่อยู่ในวัยทำงาน 23-59 ปี โดยครั้งนี้พบว่า

ผลการเปรียบเทียบระดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลอยู่ในระดับน้อย และหลังพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุเทพ พลอยพลายแก้ว และคณะ⁽¹¹⁾

จากผลการศึกษานี้ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะที่จำเป็น มีการทบทวนและกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลให้ครอบคลุมทักษะที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะด้านสุขอนามัยส่วนตัว ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน ทักษะด้านการผ่อนคลาย และทักษะด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขยายผลนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจากตำบลต้นแบบ สู่ตำบลอื่นๆ ทำให้นวัตกรรมถูกนำไปปรับใช้ส่งผลต่อความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีระบบดูแล กำกับ ติดตามแบบระบบพี่เลี้ยง มีการวัดผล และประเมินผล สู่การปรับปรุงพัฒนา ส่งผลให้เห็นความเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการพัฒนาอย่างชัดเจน โดยพบว่า คะแนนทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับและค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับน้อย และหลังพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนดัชนีชี้วัดความสุข มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ญาติผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงมีดัชนีความสุขในระดับเสี่ยงลดลง มีดัชนีความสุขในระดับปกติเพิ่มขึ้น และมีดัชนีความสุขในระดับดีเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาต่อยอดหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญด้านดูแลใจ” ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน
2. มีการวัดผล การใช้นวัตกรรม และขยายต่อ เพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างกว้างขวาง
3. ควรมีกิจกรรมในการสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย เช่น ส่งเสริมให้มีการสร้างอาชีพให้กับผู้ป่วย
4. ชุมชนชนบทในภาคอีสาน จะมีวัฒนธรรมการดื่มสุราตามประเพณีต่างๆ ของชุมชน ผู้ป่วยเพศชายนิยมดื่มสุรา ซึ่งทำให้เกิดอาการกำเริบ ควบคุมอาการได้ยาก จึงควรมีการนำมาตรการเฝ้าระวัง 2 ย 1 ส (ยาตี/ญาติตี/หลักเลี้ยงสุรา สารเสพติด) มาใช้อย่างจริงจังในชุมชน
5. ควรศึกษาการนำเทคโนโลยี มาใช้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บริษัท วิคทอรีอิมเมจ จำกัด; 2560.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2559.

3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด; 2561.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำปลายมาศ. สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวช. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำปลายมาศ; 2564.
5. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, พิมพิมล วงศ์ไชยา. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : ลักษณะสำคัญ และการประยุกต์ใช้ในชุมชน. วารสารมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2560;36(6):193-200.
6. Yamane T. Statistic: An introductory analysis. 3rd ed. Tokyo: Harper International; 1975.
7. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, ทวี ตั้งเสรี, วัชริน หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย, วรวรรณ จุฑา. รายงานการวิจัย การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2552.
8. พิทักษ์พล บุญยมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. รายงานการ วิจัยการพัฒนาแบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
9. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือวิทยาการจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2560.
10. พรทิพย์ วชิรติลล, ธีระ ศิริสมุด, อนุรัตน์ สมตน. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;32(2):69-83.
11. สุเทพ พลอยพลายแก้ว, นิษฐา หุ่นเกษม, อรุณ ภาชีน, ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนจังหวัดลพบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2556; 14(1):61-70.