

การจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม

Management of Psychiatric Medication System for Coverage of Healthcare Services among Community Hospitals in Nakhon Pathom

เสาวณีย์ จันทรฉาย พย.ม.,
ศศ.ม. จิตวิทยาชุมชน
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
โรงพยาบาลนครปฐม
จังหวัดนครปฐม

Saowanee Janchai M.N.S.,
M.A. Psychology
Division of Psychiatry and Drugs
Nakhonpathom Hospital
Nakhon Pathom

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : พัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (research and development) มีกระบวนการ ดังนี้

1. พัฒนาการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม แบ่งเป็น ระยะที่หนึ่ง ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครปฐม จากเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 300 ราย ที่มารับบริการในช่วง เมษายน - มิถุนายน 2557 ระยะที่สอง การพัฒนากิจการจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วยขั้นตอน ได้แก่ 1) การทบทวนนโยบายด้านสุขภาพจิต และระบบการให้บริการสุขภาพจิตในพื้นที่ โดยการศึกษายุทธศาสตร์ของการให้บริการสุขภาพจิตระดับประเทศและจังหวัด และใช้การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างต่อ ผู้บริหาร จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกรในจังหวัดนครปฐม รวม 16 คน 2) ออกแบบแนวทางและแนวปฏิบัติของโครงการการจัดระบบยาจิตเวชฯ โดยใช้การสัมมนากลุ่ม (focus group) ในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ จิตแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลจิตเวช และเภสัชกร ในจังหวัด จำนวน 14 คน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานและปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง การประสานงาน, การสื่อสาร, และระบบข้อมูล ที่มีประสิทธิภาพ 3) แต่งตั้งคณะทำงาน เพื่อ กำกับการดำเนินงาน พัฒนา และประเมินผล

2. ผลลัพธ์ของการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วย ความต่อเนื่องของการรักษา อัตราการกำเริบ และอัตราการเกิดผลแทรกซ้อนจากยา

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยเข้าโครงการตั้งแต่ กรกฎาคม 2557- กันยายน 2563 ทั้งสิ้น 421 ราย คิดเป็น ร้อยละ 5.3 (3.0-8.8) ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนครปฐม เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.3 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 42.3 โรคที่พบมากที่สุดเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 45.4 รองลงมาคือ โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล พบเท่ากัน

ร้อยละ 14.5 ยาที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ ยารักษาอาการโรคจิต ร้อยละ 45 และรองลงมาคือ ยารักษาอาการวิตกกังวล (เบนโซไดอะเซพีน) คิดเป็นร้อยละ 22 ในด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องออกจากโครงการ 17 ราย (ร้อยละ 4) แบ่งเป็น อาการโรคจิตกำเริบ 4 ราย (ร้อยละ 1) และผลแทรกซ้อนจากยา 8 ราย (ร้อยละ 1.9) และผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจรักษา 3 ราย (ร้อยละ 0.7) มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคทางกาย 2 ราย

สรุป : การพัฒนาการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับยาใกล้บ้านที่โรงพยาบาลชุมชน ภายใต้การประสานของเครือข่ายสุขภาพ สามารถให้การดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน โดยมีอาการกำเริบของโรคจิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาจิตเวชน้อยมาก

คำสำคัญ : ยาจิตเวช การจัดการ โรงพยาบาลชุมชน

วารสารแพทย์เขต 4-5 2564 ; 40(1) : 151-168.

ABSTRACT

Objective : The purpose is to develop the management of psychiatric medication system for coverage of the healthcare services among community hospitals in Nakhon Pathom, and also study the outcomes of the management.

Method : This is a research and development study and the processes were as follows:

1. Developing the management of psychiatric medication for coverage of healthcare services among community hospitals) consisted of two phases. **Phase I** was studying of the situation of patient-care in Nakhonpathom Hospital by reviewing the medical records of 300 patients visited the psychiatric OPD between April to June 2557. **Phase II** was developing the Project of management process consisted of i) reviewing the structure and system of mental healthcare of the area by semi-structural interviewing of the 16 healthcare workers; II) designing the practice guidelines of management of psychiatric medication for coverage of healthcare services among community hospitals, using the focus group amid 14 relevant healthcare workers; and iii) organizing the working group.

2. Assessment of outcomes of the Project of management of psychiatric medication among community hospitals was done by studying patients data, medication adherence, relapse rate, and rate of medication adverse.

Results : There were 421 patients who joined the project between July 2014 and September 2020 which were averaged to 5.3% (3-8.8%) of total psychiatric patients who came to Nakhonpathom Hospital over the same period. Of all, 51.3% were male. Most of the patients were 41-60 years of age (42.3%). Most diagnosis was schizophrenia (45.4%), followed by the depressive disorders and anxiety disorders (14.5% in equal). The medications mostly prescribed were the antipsychotics (45%), followed by benzodiazepines (22%). About the outcomes of the mental healthcare, 17 patients were omitted from the project (4%), i.e., there were 4 patients (1%) due to relapse or recurrence

of the diseases , and 8 patients (1.9%) due to medication adverse effect. Three patients denied to join the project (0.7%) and there were 2 patients who died from physical diseases.

Conclusion : Development of management of psychiatric medication for coverage of healthcare among the community hospitals in Nakhon Pathom can provide effective continuous mental healthcare at the community hospitals under a strong health network. The relapse, recurrence of the diseases, and medication adverse effect are extremely low.

Keywords : psychiatric medication, management, community hospital

Received : Jun 12, 2020 Revised : Jun 25, 2020 Accepted : Aug 22, 2020

Reg 4-5 Med J 2021 ; 40(1) : 151-168.

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวช (mental health and mental disorders) ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญระดับโลก (global health) เป็นปัจจัยที่มีทั้งความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพทางกาย, ศักยภาพของคน, สิ่งแวดล้อม, และสังคมและเศรษฐกิจ ในระดับตั้งแต่บุคคล, ครอบครัว, ชุมชน, โครงสร้าง, และประชากร ในด้านระบาดวิทยา ปัญหาสุขภาพจิตมีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าประชากรหนึ่งในสี่หรือจำนวน 450 ล้านคน เคยป่วยด้วยอาการทางจิตอย่างน้อยครั้งหนึ่งในช่วงชีวิต และการสูญเสียสุขภาวะจากปัญหาด้านสุขภาพจิตมีสูงมาก การเข้าถึงบริการเป็นอุปสรรคที่สำคัญมาตั้งแต่อดีต การศึกษาเมื่อ ค.ศ. 2004 พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจิตเวชเข้าไม่ถึงการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีรายได้ต่ำ¹ แม้ว่าช่วงเวลาที่ผ่านมาจะมีความก้าวหน้าด้านการรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้วยการใช้ยาและการบำบัดทางจิตอย่างได้ผลเชิงประจักษ์ แต่เนื่องจากโรคจิตเวช บางครั้งมีอาการไม่ชัดเจน การเสียการรับรู้ของผู้ป่วย ทศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย และความหวาดระแวงจากสังคม กรณีเหล่านี้นำไปสู่ การถูกละเลย (neglect), เลือกปฏิบัติ (discrimination), และตีตราบาป (stigma) เป็นสิ่งที่กีดกันผู้ป่วยทางจิตจากการเข้าถึงการรักษา อีกด้านหนึ่ง

ที่เป็นปัญหามาโดยตลอด คือการขาดแคลนและการกระจายกำลังคนและทรัพยากรสุขภาพด้านสุขภาพจิต ดังนั้นการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช จึงเป็นปัญหาในทุกส่วนของโลกและประเทศไทย ที่ถูกตระหนักและเร่งดำเนินการเพื่อแก้ไข องค์การอนามัยโลก โดยโครงการเชิงปฏิบัติการเพื่อลดปัญหาช่องว่างทางสุขภาพจิต (WHO's Mental Health Gap Action Program; mhGAP) ได้กำหนดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญและเร่งด่วน 8 โรค ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคลมชัก ความผิดปกติทางจิตจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด ความผิดปกติทางพัฒนาการ ปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ในเด็ก และการทำร้ายตนเองหรือการพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้เกิดข้อตกลงร่วมเชิงนโยบายของรัฐบาล องค์การระหว่างประเทศ และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ ในการจัดการและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและจัดสรรทรัพยากร เพื่อลดช่องว่างดังกล่าว² กระทรวงสาธารณสุขไทย ได้วางยุทธศาสตร์และจัดทำโครงการสนับสนุนและส่งเสริมบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งตามมาตรการเพื่อลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการระหว่างปริมาณผู้ป่วยที่มากและการดูแลรักษา³

ความชุกของปัญหาความผิดปกติทางสุขภาพจิต ใน พ.ศ. 2556 มีการสำรวจทางระบาดวิทยา โดยกรมสุขภาพจิต และ โครงการประเมินเทคโนโลยีและ

นโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) พบว่ามีความชุกเฉลี่ยร้อยละ 12.2 โดยกลุ่มอายุ 15-59 ปี มีความชุกเท่ากับร้อยละ 15.7 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความชุกเท่ากับร้อยละ 6.6 ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ พบร้อยละ 12.4, ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย พบร้อยละ 6.4, ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด พบร้อยละ 1.4 โรคจิตพบ ร้อยละ 0.5 ซึ่งไม่แตกต่างจากการสำรวจก่อนหน้านี้ (พ.ศ. 2541-54) พบว่า โรคซึมเศร้า มีความชุกอยู่ระหว่าง ร้อยละ 1.4-3.2, โรคจิตร้อยละ 0.6-1.2, ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 0.7-7.3, ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 10.2-18.4, ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด ร้อยละ 1.2-5.4, และ โรคสมองเสื่อมร้อยละ 3.4 และในการสำรวจครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพียง ร้อยละ 8⁴

สำหรับประเทศไทยใน พ.ศ. 2556 คนไทยสูญเสียสุขภาพ (disability Admit life-years; DALYs) 10.6 ล้านปี (6.1 ล้านปีในผู้ชายและ 4.5 ล้านปีในผู้หญิง) ในผู้ชายสูญเสียสุขภาพไปกับโรคที่เกี่ยวข้องสุขภาพจิตมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34 สาเหตุ 3 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะการติดสุรา โรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท ส่วนผู้หญิงสูญเสียสุขภาพไปกับโรคที่เกี่ยวข้องสุขภาพจิตมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 21 ของการสูญเสียสุขภาพทั้งหมด สาเหตุเกิดจากโรคซึมเศร้า โรคความจำเสื่อม และโรคจิตเภท⁵ โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายบูรณาการเฝ้าระวัง การป้องกันและการรักษาอย่างจริงจัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2552⁶ โดยอัตราการฆ่าตัวตายลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2543-2555 แต่อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ (age-standardised incidence) ของการฆ่าตัวตายยังอยู่ที่ 11.4 รายต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2555⁷ ใน พ.ศ. 2559 พบประชากรที่มีความเสี่ยงได้รับการคัดกรอง 14 ล้านคน และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่า 1.7 ล้านคน จำนวนนี้ 7 แสนคนได้รับยาต้านซึมเศร้าและอีก 8 แสนได้รับการติดตาม

เพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ (relapse) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการที่เป็นมาตรฐานเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 5.1 ในปีพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 48.5 ในปี พ.ศ. 2559 และอัตราการฆ่าตัวตายในทุกกลุ่มอายุ พ.ศ.2560 ลดลงเหลือ 6.03 ต่อประชากรแสนคน⁸

การเข้าถึงบริการโรคจิตและโรคซึมเศร้าของประเทศไทยสูงขึ้นจากร้อยละ 43.8 และ 36.8 ใน พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 67.8 และ 44.1 ตามลำดับ⁹ โดยการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 และ 12 โดยมี พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เพื่อลดช่องว่างการเข้าถึงและเพิ่มคุณภาพบริการในปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญจำแนกตามกลุ่มวัย ได้แก่ พัฒนาการเด็ก และสติปัญญา การใช้สารเสพติด โรคจิต โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคสมองเสื่อม ขับเคลื่อนผ่านแผนการให้บริการสุขภาพ (service plan) ทั้ง 13 เขตสุขภาพหรือโครงการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนซึ่งมุ่งลดช่องว่างในชุมชน สร้างและประสานเครือข่ายสุขภาพจากหน่วยบริการระดับสูงจากส่วนกลางสู่ระดับหน่วยบริการในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ที่มีจิตแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU, รพ.สต.) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในชุมชนซึ่งถือเป็นจุดอ่อนและเพิ่มการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง⁶

โรงพยาบาลนครปฐมเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 720 เตียง มีศักยภาพระดับศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจ ทารกแรกเกิด อุบัติเหตุ ระเบิดและปลุกถ่ายอวัยวะ เพื่อดูแลผู้ป่วยในจังหวัดนครปฐมและจังหวัดใกล้เคียงในเขตบริการสุขภาพที่ 5 โรงพยาบาลนครปฐมได้ถูกเลือกให้เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลจตุรทิศตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในส่วนกลาง อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลนครปฐมยังต้องดูแลผู้ป่วยในสาขาอื่น ๆ

ในทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิขึ้นไป โดยทำงานเป็นเครือข่ายสุขภาพของจังหวัดนครปฐมซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2-M2 จำนวน 8 โรงพยาบาล ในเขตพื้นที่ 6 อำเภอ (ยกเว้นอำเภอเมือง) และสถานบริการปฐมภูมิจากข้อมูลผู้มารับบริการ, ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (HDC), ข้อมูลในเอกสารแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, และข้อมูลการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า จังหวัดนครปฐมมีปัญหาสาธารณสุขด้านสุขภาพจิตไม่แตกต่างจากภาพรวมของประเทศ

ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลนครปฐมพบว่ามีความมากขึ้น โรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดได้แก่ โรควิตกกังวลคิดเป็นร้อยละ 35.1 โรคจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 28.2 โรคซึมเศร้าคิดเป็น ร้อยละ 25.1 ตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลนครปฐมและเครือข่ายได้ดำเนินการภายใต้นโยบายกระทรวงสาธารณสุขเพื่อลดช่องว่างการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไปสู่ชุมชน พบว่าการเข้าถึงผู้ป่วยโรคจิตและโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 75.9 และ 65.8 ตามลำดับ ในด้านการพัฒนาระบบบริการ เนื่องจากมีความแออัด และผู้ป่วยต้องรอคอยนาน จึงมีการปรับกระบวนการบริการ โดยใช้เครื่องมือ lean ซึ่งเป็นที่มาของ โครงการพัฒนาการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม คือการให้ผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลชุมชน

ในการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบบริการสู่โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่และระบบบริการปฐมภูมิเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ใกล้บ้านและชุมชน เดิมมีการดำเนินการให้โรงพยาบาลชุมชนมีบัญชียาจิตเวชตามนโยบายของเขตสุขภาพ 35 รายการ พบว่าโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง มีปัญหาขาดแคลนแพทย์ที่จะดูแลด้านจิตเวช นอกจากนั้นการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชมีความแตกต่างกันในแต่ละคนในเรื่องการตอบสนองต่อยาและผลแทรกซ้อน การพัฒนาระบบการจัดการยาจิตเวชฯ มีวัตถุประสงค์โดยตรงเพื่อลด

ขั้นตอน ลดการเดินทางและภาระของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นจึงเพิ่มการเข้าถึงยาและการรักษาของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับยาที่เหมาะสม โดยที่ผลลัพธ์ทางคลินิกและความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ลดลง การออกแบบในการพัฒนาระบบจึงไม่ได้จำกัดในเรื่องการจัดการเรื่องยาเท่านั้นแต่ยังเกี่ยวกับการประสานเครือข่ายในระบบการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก รวมถึงการบริหารจัดการเรื่องการจัดทรัพยากรสาธารณสุข โดยเฉพาะเรื่องยาในเครือข่าย นอกเหนือจากการใช้เครื่องมือต่างๆ ได้แก่ การใช้ กระบวนการ LEAN เพื่อออกแบบลดขั้นตอนของกระบวนการที่ซ้ำซ้อน การใช้เทคโนโลยี เช่น Line application , video call เพื่อเกิดการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การรับยาใกล้บ้านในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใกล้บ้าน ทำให้การเข้าถึงบริการดี การเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนในด้านการประเมินผู้ป่วยโรคจิต การประเมินและการจัดการภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยาจิตเวช การสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย และการทำงานในระบบเครือข่าย ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเวช

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (research and development) วิธีการดำเนินการวิจัย แบ่งกระบวนการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลนครปฐม มี กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

1. ใช้โทรศัพท์สอบถาม กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ขาดนัด จำนวน 100 ราย ระหว่าง มกราคม - มีนาคม พ.ศ.2557 (มีผู้ป่วยขาดนัดร้อยละ 30)

2. ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยนอกจิตเวช ที่มารับบริการระหว่าง เมษายน - มิถุนายน พ.ศ. 2557 จำนวน 300 ราย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ ที่อยู่ อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล การวินิจฉัยโรค การรักษา จำนวนครั้งของอาการกำเริบในปีนั้น ผลแทรกซ้อนจากยาจิตเวช การนอนโรงพยาบาล และการส่งตัวไปรักษาต่อ

3. ปรับระบบการให้บริการผู้ป่วยนอกจิตเวช เพื่อลดเวลารอคอยและความแออัด โดยใช้เครื่องมือ LEAN พร้อมกับเริ่ม “โครงการพัฒนาการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม” ทดลองใช้รูปแบบ เมื่อ กรกฎาคม 2557 ให้ผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลชุมชน 3 เดือน และสรุปปัญหา

ระยะที่ 2: พัฒนารูปแบบการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ในบริบทของเครือข่ายสุขภาพจิต จังหวัดนครปฐม มีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

1. การทบทวนนโยบายและระบบการให้บริการสุขภาพจิต

1.1 ทบทวนนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการศึกษาเอกสาร กรอบทิศทางทางพัฒนางานสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555-2559)⁸

1.2 ศึกษาโครงสร้างบุคลากรด้านสุขภาพจิตและระบบการให้บริการ และบัญชียาจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครปฐม โดยใช้การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช

หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง หัวหน้างานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลนครปฐมและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง แห่งละ 1 คน เภสัชกรโรงพยาบาลนครปฐมและโรงพยาบาลชุมชนอีก 2 แห่ง แห่งละ 1 คน รวม 16 คน

2. ใช้การสัมมนากลุ่ม (focus group) เพื่อออกแบบกระบวนการ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่จิตแพทย์ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พยาบาลจิตเวชจากโรงพยาบาลนครปฐมและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จำนวน 9 คน เภสัชกร 3 คน จากโรงพยาบาลนครปฐมและโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง แห่งละ 1 คน ในประเด็นการมุ่งเน้นดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา การประเมินอาการผู้ป่วย การประเมินผลแทรกซ้อนจากการใช้ยาจิตเวช การประสานงาน การสื่อสารและระบบข้อมูล โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ผู้ดำเนินการสนทนา และผู้ให้ข้อมูล ในข้อ 1 และ 2

3. แต่งตั้งคณะทำงาน ทำหน้าที่วางระบบ กำกับการดำเนินงานและประเมินผล ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลชุมชนแห่งละ 1 คน เภสัชกรโรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลชุมชนแห่งละ 1 คน ผู้วิจัยทำหน้าที่ เลขานุการของคณะทำงาน

4. เริ่มปฏิบัติการ เมื่อ ตุลาคม 2557

ระยะที่ 3: ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลนครปฐม โดยมีที่อยู่ในจังหวัดนครปฐม ในอำเภอ 6 อำเภอ ได้แก่ อำเภอกำแพงแสน อำเภอบางเลน อำเภอดอนตูม อำเภอสามพราน อำเภอนครชัยศรี และอำเภอพุทธมณฑล (ยกเว้นอำเภอเมือง) ตั้งแต่ กรกฎาคม 2557 - กันยายน 2563 จำนวน 421 คน โดยศึกษาข้อมูล

ส่วนตัวของผู้ป่วย ความต่อเนื่องของการรักษา อัตราการกำเริบ และอัตราการเกิดผลแทรกซ้อนจากยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) จำนวน อัตราส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เกณฑ์คัดเข้าโครงการ (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยจิตเวช ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการคงที่ (stable) 3) ใช้อาการจิตเวชตามบัญชีระดับโรงพยาบาลนครปฐม 4) เป็นผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการนี้

เกณฑ์คัดออกจากโครงการ (exclusion criteria) ได้แก่

1) ผู้ป่วยอาการกำเริบ 2) มีผลแทรกซ้อนจากการใช้ยา 3) เสียชีวิตหรือย้ายออกจากพื้นที่

ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (stable) หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการตอบสนองต่อการรักษาดี และมีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองอยู่ในระดับต่ำ 1) ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะต้องมีผลการประเมิน Prasri Assessment Schizophrenia Scale (PASS 8)⁹ อยู่ในระดับปกติหรือน้อย (normal/mild) คะแนนอยู่ช่วง 8-16 คะแนน 2) กรณีเป็นโรคจิตอื่นๆ ประเมินด้วย Brief Psychiatric Rating Scale scores (BPRS)¹⁰ คะแนนอยู่ในช่วง 31-40 3) เป็นโรคซึมเศร้าจะต้องมีแบบประเมิน 2Q, 9Q, 8Q การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายโดยใช้ 8Q (คะแนนน้อยกว่า 9) ส่วนในด้านผลแทรกซ้อนจากยา ไม่พบอาการในระดับปานกลางหรือรุนแรง มีคะแนน Glasgow Antipsychotic Side-effect Scale (GASS)¹¹ 0-21

รูปแบบของการพัฒนาการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม

1. ผู้รับผิดชอบ มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการปฏิบัติในโครงการนอกเหนือจากการให้การดูแลและคำแนะนำที่จำเป็นต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ

ดังนี้ 1) จิตแพทย์ เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้าหรือออกจากโครงการ 2) พยาบาลจิตเวช เป็นผู้ประสานของโรงพยาบาล บันทึกข้อมูลและปรับข้อมูลให้ทันสมัย รวบรวมและส่งข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ในระหว่างการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต และผลแทรกซ้อนจากยาจิตเวช และข้อมูลอื่น ที่จำเป็น บันทึกในแบบประเมิน ก่อนพบจิตแพทย์ หรือก่อนการสั่งยา 3) เภสัชกรโรงพยาบาลนครปฐม เป็นผู้จัดยาตามใบสั่งยา จัดเก็บรักษารอโรงพยาบาลชุมชนมารับ โดยมีระบบตรวจสอบยืนยัน 4) เภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาต่อพยาบาลจิตเวชเรื่องผลแทรกซ้อนจากยา

2. กระบวนการ ประกอบด้วย

2.1 การนัดหมาย หลังการตรวจประเมินที่โรงพยาบาลนครปฐม ผู้ป่วยเข้าโครงการจะได้รับยา 2 เดือน และจะพบพยาบาลจิตเวชที่โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับยาต่อทุก 2 เดือน (4 ครั้ง) เมื่อครบ 12 เดือน ผู้ป่วยจะกลับมารับการตรวจและประเมินโดยจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลนครปฐม

2.2 การดูแลผู้ป่วย พยาบาลจิตเวชที่โรงพยาบาลชุมชนจะประเมินผู้ป่วยในด้านความรุนแรงของโรค ความต่อเนื่องของการรักษาและผลข้างเคียงของยา และส่งข้อมูลมาทางใบส่งตัวเพื่อขอรับยา กรณีมีปัญหาฉุกเฉินเร่งด่วนสามารถประสานทีมจิตเวชของโรงพยาบาลนครปฐมได้ทันทีและตลอด 24 ชั่วโมง

2.3 การรับส่งยา ปฏิบัติที่ศูนย์รับส่งยา (กลุ่มงานเภสัช) ยาของผู้ป่วยแต่ละรายจะถูกบรรจุอยู่ในถุงและผนึกด้วยใบสั่งยาแพทย์เพื่อให้พยาบาลจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชนตรวจสอบก่อนจ่ายยาให้ผู้ป่วย

3. ระบบเอกสาร ข้อมูลและการสื่อสาร

3.1 ข้อมูลผู้ป่วยในโครงการ ต้องปรับปรุงให้ตรงกันระหว่างโรงพยาบาลนครปฐมและโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยข้อมูลของผู้ป่วยดังนี้ ชื่อ สกุล

หมายเลขผู้ป่วยนอก อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์
ชื่อโรงพยาบาลชุมชน การวินิจฉัยโรค วันที่เข้าโครงการ
ระบุนัดทุก 2 เดือนที่ต้องไปรับยาโรงพยาบาลชุมชน
และครบ 1 ปี พบแพทย์ ที่โรงพยาบาลนครปฐม

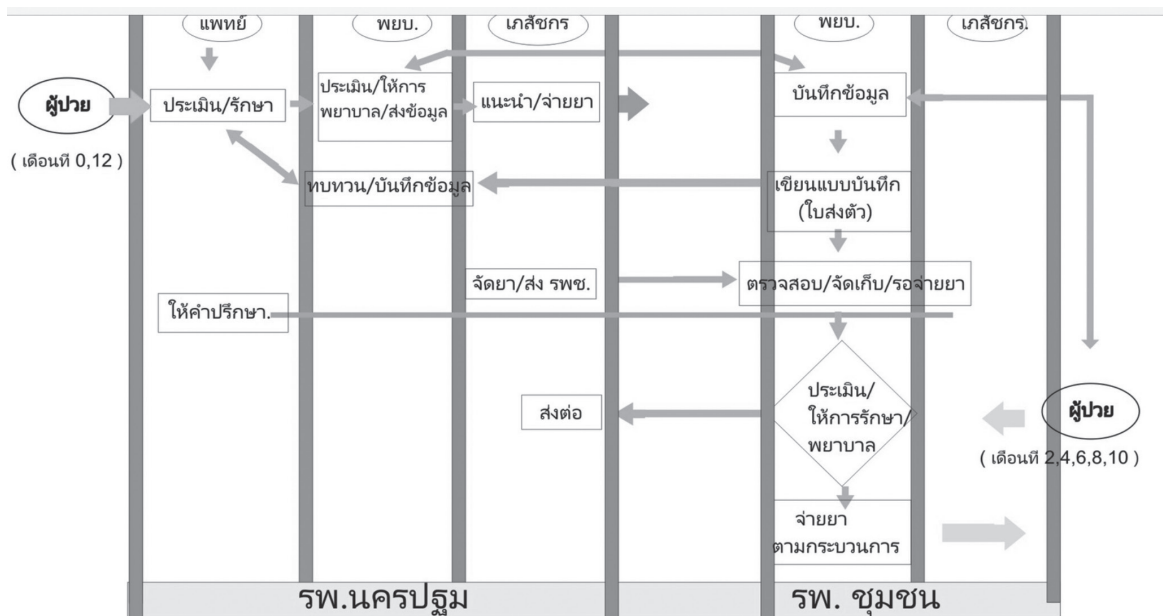
3.2 แบบฟอร์มผู้ป่วยเข้าโครงการจาก
โรงพยาบาลนครปฐมส่งให้โรงพยาบาลชุมชนทาง
อิเล็กทรอนิกส์ (line) ระบุนัดตามเอกสารข้อ 3.1

3.3 แบบประเมินอาการทางจิต โดยใช้แบบ
ประเมิน Prasri Assessment Schizophrenia Scale
(PASS 8) และซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรองประเมินความ
เสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q,

9Q, และ 8Q) และแบบประเมินผลแทรกซ้อนจากการ
ใช้ยาจิตเวช

3.4 ใบส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนเพื่อ
ขอรับยาให้ผู้ป่วย จะถูกส่งมาที่โรงพยาบาลนครปฐม
1 สัปดาห์ก่อนวันนัด ใช้ใบส่งตัวของกระทรวง
สาธารณสุข โดยกรอกข้อมูลการประเมินข้อ 3.3

4. การประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย ให้
มีการสรุปผลไว้ในเวชระเบียนเมื่อครบปี ได้แก่ การตอบ
สนองต่อการรักษา ความต่อเนื่องของการรักษาและผล
แทรกซ้อนของยา โดยให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง
โรงพยาบาล



รูปที่ 1 แสดงผังกระบวนการ การพัฒนาระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล นครปฐม

ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนครปฐม มีจำนวน
มากและสภาพแออัดจากการสังเกตมีผู้ป่วยขาดนัด
ร้อยละ 30 จากการติดตามสอบถาม ในผู้ป่วย 100 ราย

ที่ขาดนัด ในมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2557 พบว่าร้อยละ
50 ผู้ป่วยมีบ้านอยู่ต่างอำเภอ ร้อยละ 28 แจ้งว่าต้อง
รอตรวจนานและบ้านอยู่ไกล ต่อมาได้ศึกษาข้อมูล
เพิ่มเติมจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก 300 ราย ที่มารับ
บริการผู้ป่วยนอกจิตเวช ระหว่าง เมษายน - มิถุนายน
พ.ศ. 2557 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.5

มีอายุเฉลี่ย 47.2 ปี (SD = 14.54) ส่วนใหญ่มีบ้านอยู่ในอำเภอเมือง ร้อยละ 64 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 49.9 การวินิจฉัย โรคจิตเภท ร้อยละ 37.2 โรคจิตเภท ร้อยละ 29.5 และผู้ป่วยที่มาตรวจส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.4 มีอาการคงที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.5 ได้รับยาต้านอาการทางจิต ผลแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านจิตเวช พบได้ร้อยละ 0.3 พบว่าจำนวนครั้งที่มารับการตรวจ คิดเป็น 7.26 ครั้งต่อคนต่อปี อัตราการนอนโรงพยาบาล คิดเป็น 0.14 ครั้งต่อคนต่อปี และอัตราการส่งตัวไปรักษา คิดเป็น 0.08 ครั้งต่อคนต่อปี

ในการใช้กระบวนการ LEAN เพื่อพัฒนาระบบบริการพบว่า ขั้นตอนในการมารับบริการ ใช้เวลาทั้งสิ้น 126 นาที มีความสูญเปล่า ได้แก่ แพทย์ต้องประเมินซ้ำในรายที่มีอาการคงที่ การรอคอยในขั้นตอนต่างๆ

เพราะว่ามีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยต้องเดินทางไกลเสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย เป็นต้น ดังนั้น ในกระบวนการในการดำเนินการแก้ปัญหาเพื่อลดขั้นตอนในการให้บริการในโรงพยาบาลนครปฐมที่มีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมากและแออัด ลดภาระในการเดินทาง มีเวลาดูแลตนเองและญาติมากขึ้น จึงมีโอกาเข้าถึงบริการได้มากและต่อเนื่อง

2. ผลลัพธ์ของการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม

ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าโครงการ ตั้งแต่ กรกฎาคม 2557 – กันยายน 2563 จำนวน 421 ราย ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าโครงการจัดระบบยาให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน (N= 421 ราย)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	216	51.3
หญิง	205	48.7
อายุ		
<=20	7	1.7
21-40	152	36.1
41-60	178	42.3
61 ปีขึ้นไป	84	19.9
สถานภาพ		
โสด	133	31.6
คู่	196	46.6
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	92	21.8

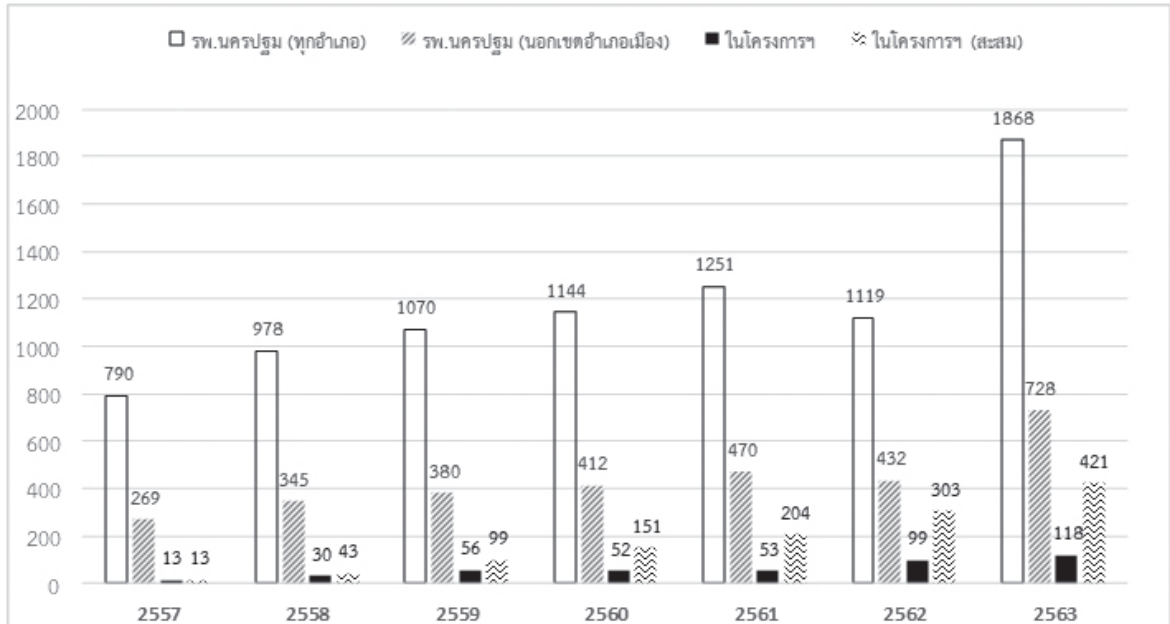
ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าโครงการจัดระบบยาให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน
(N= 421 ราย) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา/ต่ำกว่าประถมศึกษา	284	67.5
มัธยมศึกษา	78	18.5
อนุปริญญา	35	8.3
ปริญญาตรีขึ้นไป	24	5.7
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	117	27.8
รับจ้าง	204	48.5
ค้าขาย	49	11.6
รับราชการ	8	1.9
ไม่มีงานทำ	43	10.2
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	317	75.3
ไม่เพียงพอ	104	24.7
อาศัยอยู่กับ		
พ่อ/แม่/ญาติ	395	93.8
อยู่ลำพัง	26	6.2

ผู้ป่วยที่เข้าโครงการจัดระบบยาจิตเวชฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.3 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-60 ปี (ร้อยละ 42.3) รองลงมาเป็นช่วงอายุ 21-40ปี (ร้อยละ 36.1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 46.6 ผู้ป่วยร้อยละ 67.5 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่

ร้อยละ 48.5 มีอาชีพรับจ้างและรองลงมาร้อยละ 27.8 มีอาชีพเกษตรกรกรรม มีผู้ป่วยร้อยละ 10.2 ที่ไม่มีงานทำ ร้อยละ 75.3 ของผู้ป่วยมีรายได้เพียงพอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่/ญาติ มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 6.2 ที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ดังแสดงในตารางที่ 1

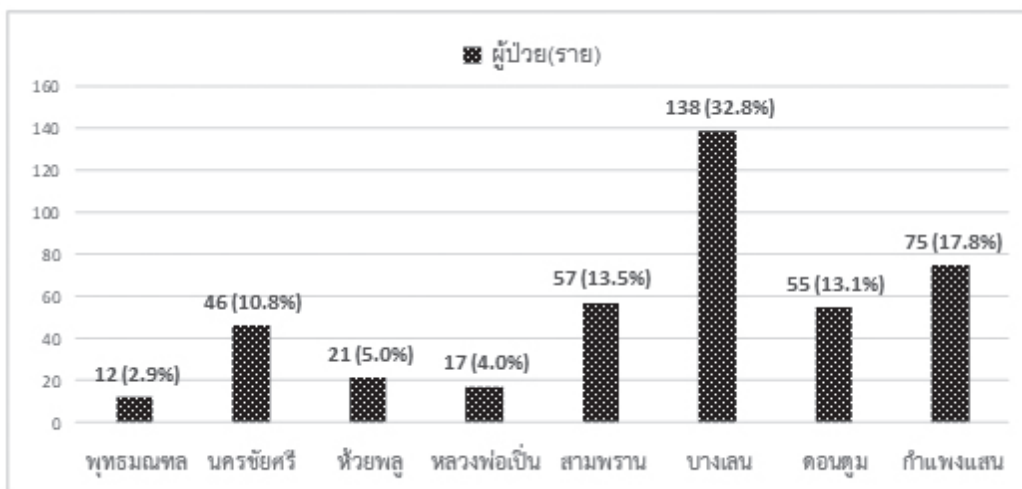
รูปที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เข้าโครงการจัดระบบยาให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชนรายปีเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลนครปฐม



ผู้ป่วยจิตเวชที่มีที่อยู่นอกเขตอำเภอเมือง มีจำนวนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 36.6 (34.0-39.0 ของผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละปี) มีผู้ป่วยเข้าโครงการรับยาใกล้บ้านตั้งแต่ กรกฎาคม 2557 – กันยายน 2563 มีจำนวนทั้งสิ้น 421 ราย ช่วงปีแรกมีจำนวนผู้ป่วยค่อนข้างน้อย เนื่องจากเป็นปีที่เริ่มโครงการ หลังจากนั้นผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าโครงการและผู้ป่วยจิตเวชที่มารับ

บริการที่โรงพยาบาลนครปฐม พบว่าผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกเข้าโครงการ มีสัดส่วนเฉลี่ย ร้อยละ 13.9 ของผู้ป่วยซึ่งมีที่อยู่นอกเขตอำเภอเมือง (ร้อยละ 4.8-22.9 ในแต่ละปี) แต่สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยสะสมที่ถูกคัดเลือกเข้าโครงการ มีมากขึ้นทุกปี จาก ร้อยละ 4.8 เมื่อเริ่มโครงการฯ ถึง ร้อยละ 57.8 ในปี 2563 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วย ที่อยู่นอกเขตอำเภอเมือง ดังแสดงในรูปที่ 2

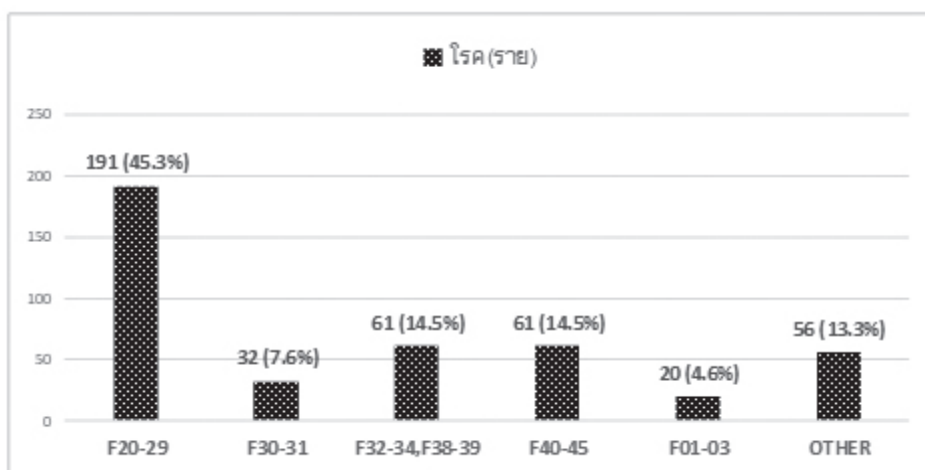
รูปที่ 3 แสดงผู้ป่วยที่เข้าโครงการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชนแยกตามโรงพยาบาลชุมชน



แสดงจำนวนผู้ป่วยสะสมที่เข้าโครงการที่โรงพยาบาลชุมชนต่างๆ พบว่าผู้ป่วยที่เข้าโครงการจากโรงพยาบาลบางเลนมีจำนวนมากที่สุดคือ 138 ราย (คิดเป็นร้อยละ 32.8) รองลงมาได้แก่โรงพยาบาลกำแพงแสน โรงพยาบาลสามพราน โรงพยาบาลดอนตูม

และโรงพยาบาลนครชัยศรีคิดเป็นร้อยละ 17.8, 13.5, 13.1, และ 10.8 ตามลำดับ และน้อยที่สุดคือโรงพยาบาลห้วยพลู โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง และโรงพยาบาลพุทธมณฑล คิดเป็นร้อยละ 5.0, 4.0, และ 2.9 ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 3

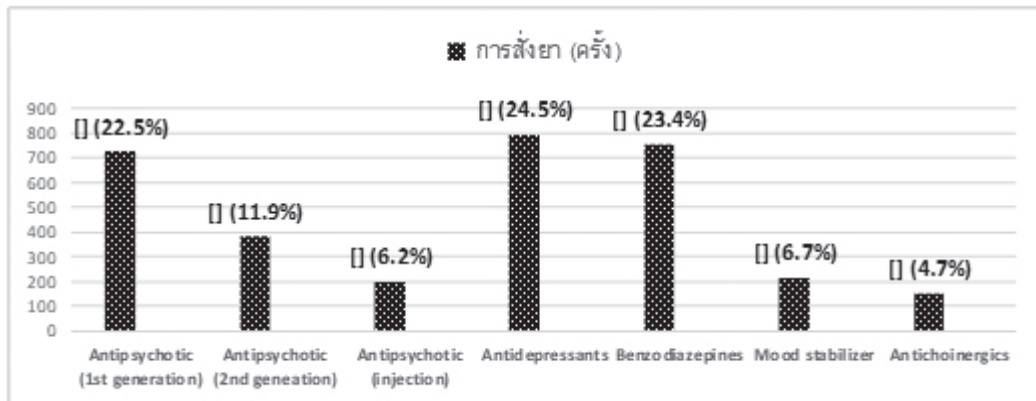
รูปที่ 4 แสดงผู้ป่วยที่เข้าโครงการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชนแยกตามการวินิจฉัยโรค



โรคทางจิตเวชในผู้ป่วยที่เข้าโครงการรับยา
ใกล้บ้านที่พบมากที่สุดคือ โรคจิตเภท (F20-29) คิดเป็น
ร้อยละ 45.4 รองลงมา ได้แก่ โรคซึมเศร้า (F32-34,
F38-39) โรควิตกกังวล (F40-45) พบเท่ากันคือ

ร้อยละ 14.5 และโรคจิตเวชอื่นๆ (Fอื่นๆ) พบร้อยละ 13.3
ส่วนโรคที่พบน้อยที่สุดคือ ไบโพลาร์ และโรคสมองเสื่อม
คิดเป็นร้อยละ 7.6 และ 4.6 ตามลำดับ ดังแสดง
ในรูปที่ 4

รูปที่ 5 แสดงร้อยละของจำนวนครั้งของการสั่งจ่ายจิตเวชแยกตามกลุ่มยาในผู้ป่วย 421 ราย ในปี 2563



พบว่า มีการสั่งจ่ายกลุ่ม antipsychotic
drug มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.6 ในกลุ่มนี้
พบว่าสัดส่วนของยาต้านอาการทางจิตกลุ่มเก่า (first
generation antipsychotic; FGAs) มีการสั่งใช้มากกว่า
กลุ่มเก่า (second generation antipsychotic; SGAs)
และยาต้านอาการทางจิตชนิดฉีด คือ ร้อยละ 22.5,

11.9, และ 6.2 ตามลำดับ รองลงมาคือในกลุ่ม
antidepressant คิดเป็นร้อยละ 24.5 และ กลุ่ม
benzodiazepine ร้อยละ 23.4 ส่วน ยาในกลุ่ม
ที่มีการสั่งใช้น้อยที่สุดคือ mood stabilizer และ
anticholinergic คิดเป็นร้อยละ 6.7 และ 4.7
ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 5

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ออกจากโครงการฯ เนื่องจากมีอาการทางจิตกำเริบหรือผลแทรกซ้อนจากการ
ใช้ยาแยกตามรายปี

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย (n)	ผู้ป่วยที่ถูกคัดออกจากโครงการ [ราย (ร้อยละ)]		
		อาการกำเริบ	ผลแทรกซ้อนจากยา	ไม่สมัครใจ
2557	13	0	1	1
2558	30	1	1	0
2559	56	0	1	0
2560	52	1	1	1
2561	53	0	2	1
2562	99	1	1	1
2563	118	1	1	1

พบว่าผู้ป่วยที่เข้าโครงการฯ ต้องออกจากโครงการฯ 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 เนื่องจากมีอาการทางจิตกำเริบ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1 และผลแทรกซ้อนจากยา 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.9 และผู้ป่วยไม่สมัครใจ 3 ราย เสียชีวิตจากโรคทางกาย 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.1 ในจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ 4 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทและอารมณ์สองขั้ว พบว่ามีการใช้ยาเสพติด 2 ราย ในโรคจิตเภท 1 ราย และโรคอารมณ์สองขั้ว 1 ราย ในการกำเริบของโรคมักจะเกิดในช่วงปีแรกของการเข้าโครงการ 3 ราย ส่วนอีก 1 รายเกิดในปีที่ 2 กรณีผลแทรกซ้อนจากยาจิตเวชพบยาในกลุ่มยารักษาอาการทางจิตกลุ่มใหม่ (SGAs) และกลุ่มยาแก้ซึมเศร้า (antidepressant) กลุ่มละ 3 ราย และพบในกลุ่มยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizer) 2 ราย ผลแทรกซ้อนจากยาเกิดได้ใน 1-3 ปี ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบทุกรายสามารถกลับเข้าโครงการได้ในเวลาหลัง 4-6 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 2

วิจารณ์

จากการสำรวจระดับนานาชาติทั้งระดับโลกและในประเทศ พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง เช่นการศึกษาในประเทศไทยปี พ.ศ. 2551 พบความชุกในช่วง 12 เดือนของโรคจิตในคนไทยอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 14.3 อย่างไรก็ตามจากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด ด้วยโรคทางจิต (F00-99) คิดเป็นร้อยละ 3 (141,38:1,000) ของผู้ป่วยนอกทั้งประเทศ ส่วนผู้ป่วยในมีเพียง 617.72:100,000 คิดเป็น ร้อยละ 1.9¹² ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตนั้นถูกซ่อนอยู่และอาจมีส่วนร่วมกับความวุ่นวายและความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสังคมทุกวันนี้ โรคทางจิตที่พบมาจากสถิติบริการของศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 คือ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคติดแอลกอฮอล์ ยาเสพติด ตามลำดับ และปัญหา

สุขภาพจิตในวัยเด็กที่สำคัญ ได้แก่ ความบกพร่องในการเรียนรู้ ออทิสติก สมาธิสั้น¹³ ถ้าพิจารณาเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงโลกให้ยั่งยืน: วาระปี 2030 แห่งองค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals post 2015:SDGs) ที่เราได้ให้พันธสัญญา ปัญหาในด้านสุขภาพจิตที่ยังไม่บรรลุนั้นคือการฆ่าตัวตาย การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย การสูบบุหรี่ในเด็ก และการบำบัดและรักษาผู้ติดสารเสพติด¹⁴

เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรในสาขาสุขภาพจิตเป็นปัญหามาโดยตลอด ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกตั้งแต่ปี 2015 พบว่ามีประเทศเพียงร้อยละ 45 ที่มีจิตแพทย์มากกว่า 1:แสนประชากรในประเทศไทยจิตแพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาที่ผลิตออกมาน้อยที่สุดเป็นอันดับสาม คิดเป็นร้อยละ 2.1 ของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด¹⁵ จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2557 มีจิตแพทย์สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกระจายตามเขตสุขภาพต่าง ๆ 0.4-1.13 : แสนประชากร (ยกเว้น กทม.) และพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1661 คน (1 : 36,000) พบว่ามีการขาดแคลนมากใน 4 เขตสุขภาพ¹⁵

ภารกิจของบุคลากรด้านสุขภาพจิตไม่ต่างจากด้านกาย ที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการที่เป็นองค์รวม ได้แก่ การส่งเสริมป้องกัน การคัดกรอง และบำบัดรักษาโรคที่เป็นปัญหาให้ต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่ในสถานการณ์ของความขาดแคลน บุคลากรด้านสุขภาพจิตจึงต้องปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพโดยประสานร่วมกับทีมสหสาขา ภาควิชาหรือหน่วยบริการสุขภาพ รวมทั้งแพทย์และพยาบาลสาขาอื่น ๆ ซึ่งมีแนวโน้มจะมีการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคมากขึ้น

ในการพัฒนาการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐมมิได้เป็นเพียงการกระจายยา แต่รวมถึงการจัดการให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน โดยมี ทีมสหสาขาที่มี จิตแพทย์ พยาบาล

จิตเวช และเภสัชกร เป็นแกน ร่วมทำงานเชื่อมประสานกันเป็นเครือข่าย ที่มีประสิทธิภาพ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพ และใช้ข้อได้เปรียบ คือ เทคโนโลยีสื่อสารที่เข้าถึงสะดวกและรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย อนึ่งในเรื่องระบบยาจิตเวช กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนจัดหายาจิตเวช 35 รายการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงยา จังหวัดนครปฐม ระยะทางแต่ละอำเภอไม่ไกลมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมารักษาที่โรงพยาบาลนครปฐมเพื่อพบจิตแพทย์ ทำให้โรงพยาบาลชุมชนมีปัญหาในการบริหารจัดการยาจิตเวช ในรูปแบบการจัดการยาที่พัฒนาขึ้นมา นี้ โรงพยาบาลนครปฐมจะเป็นผู้จัดหาที่ใช้ในผู้ป่วยส่วนนี้ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนต้องจัดหาที่ต้องใช้ฉุกเฉิน เช่นยาแก้ผลแทรกซ้อนของยาจิตเวช ในประเด็นนี้จึงเป็นผลพลอยได้เรื่องการบริหารการจัดการยาในจังหวัดอีกประการหนึ่ง

ในการใช้ยาโดยเฉพาะด้านจิตเวช จิตแพทย์เป็นผู้ให้การวินิจฉัย ประเมินผู้ป่วย และให้การรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพและคุณภาพเรื่องความปลอดภัยในการใช้ยา แต่ในโครงการจิตเวชให้ครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชน ในช่วงที่รับยาที่โรงพยาบาลชุมชนแพทย์ไม่ได้พบผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะมีการคงที่ แต่ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมีโอกาสมีการกำเริบได้ค่อนข้างมาก และจะต้องมีความปลอดภัยด้านการใช้ยาตามมาตรฐานคุณภาพ โดยการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ด้วยแบบประเมินอาการทางจิตและผลจากยาจิตเวชและบันทึกข้อมูลที่ออกแบบให้มีข้อมูลที่จำเป็น ไม่เป็นภาระมากเกินไป สามารถนำไปสรุปเป็นผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้ การสื่อสารสองทางด้วยช่องทางสื่อสารที่เปิดกว้างระหว่างพยาบาลแพทย์ ทีมสหสาขา และที่สำคัญคือการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลจิตเวช ด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจมีผลให้เกิดความต่อเนื่องและผลดีในการรักษา

โครงการพัฒนาการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครปฐม มีผู้ป่วยเข้าร่วม 421 คน ตั้งแต่ กรกฎาคม 2557 – กันยายน 2563 คิดเป็นร้อยละ 26.6 ของจำนวนผู้ป่วยที่มีที่อยู่ในอำเภอที่ไม่ใช่อำเภอเมือง ผู้ป่วยมีแนวโน้มมากขึ้นจาก 13 คนในปี 2557 เป็น 118 คน ในปี 2563 เป็นเพศชายมากกว่าหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 51.3) ถ้าพิจารณาจำนวนผู้ป่วยเข้าโครงการแยกตามโรงพยาบาลชุมชนพบว่าสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาอยู่ในคลินิกจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาล ยกเว้นโรงพยาบาลบางเลน ที่จำนวนผู้ป่วยจิตเวชไม่มากเพียงร้อยละ 15 ของผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด ซึ่งมีผู้ป่วยน้อยกว่าโรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลกำแพงแสน และโรงพยาบาลสามพราน แต่มีผู้ป่วยเข้าโครงการมากที่สุด เหตุผลอาจเนื่องจากระยะทางที่ไกลกว่าอำเภออื่น ๆ

ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย มีผู้ป่วยออกจากโครงการฯ 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 แบ่งเป็นจากการกำเริบของโรคจิต 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1 จากโรคจิตเภทและโรคอารมณ์สองขั้ว อย่างละ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1 และ 6 ของจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทั้งสองตามลำดับที่เข้าโครงการทั้งหมด ซึ่งนับว่าน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ ซึ่งพบว่าโรคจิตเภทมีโอกาสที่จะกำเริบ ร้อยละ 16 – 60^{16,17} โรคอารมณ์สองขั้วมีโอกาสกำเริบสูงมากถึงร้อยละ 50 – 75¹⁸ และโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (major depressive disorders) พบการกำเริบได้ (relapse) ร้อยละ 19-22 และพบการเป็นซ้ำ (recurrence) ได้ ร้อยละ 19-40^{19,20} ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอาจจะเป็นเรื่องระยะเวลาที่เป็นโรค ซึ่งการศึกษานี้มีระยะเวลาเฉลี่ย 1.9 ปี ต่อคน และ ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การวินิจฉัยและความรุนแรงของโรค ที่ค่อนข้างแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน

พบว่าผู้ป่วยที่ต้องออกจากโครงการฯ เนื่องจากผลไม่พึงประสงค์ของยา จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.9 เกิดจากยากลุ่มรักษาทางจิตกลุ่มใหม่

และยาแก้ซึมเศร้า กลุ่มละ 3 ราย มีอาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ 3 ราย ระบบประสาทอัตโนมัติ 2 ราย ระบบหัวใจ และระบบเมตาบอลิซึม อย่างละ 1 ราย และในรายที่อาการไม่รุนแรง ซึ่งพยาบาลจิตเวชสามารถดูแลได้อย่างดี โดยใช้ความรู้ทั้งทางด้านโรคและเภสัชวิทยา ประเมินความรุนแรงของโรค การตอบสนองต่อการรักษา และผลข้างเคียงของยา รวมทั้งพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและปัจจัยแวดล้อมที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์ของโรค ซึ่งต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การวินิจฉัยทางการแพทย์ และการวางแผนการพยาบาลต่อไป

สรุป

การพัฒนาการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตที่เป็นเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลนครปฐมและโรงพยาบาลชุมชนที่ครอบคลุมทั้งจังหวัด สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ การดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย จิตแพทย์ได้ทำหน้าที่อย่างเต็มศักยภาพ พยาบาลจิตเวชได้ทำงานใกล้ชิดผู้ป่วย มีศักยภาพในการประเมิน ให้การวินิจฉัยทางการแพทย์และการวางแผนการพยาบาลได้เป็นอย่างดี มีการประสานงานและระบบข้อมูล โดยการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการใช้เทคโนโลยีการพัฒนาการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม สามารถนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทเดียวกันได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การพัฒนาการจัดระบบยาจิตเวชให้ครอบคลุมการบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ทำให้สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ผลดีอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการใกล้บ้านในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งไม่มีจิตแพทย์ และได้รับยาจิตเวชที่เหมาะสม

โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องบัญชียา โดยการทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ สถานการณ์ของการขาดแคลนด้านบุคลากรในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. พัฒนาระบบข้อมูลทางด้านการบริการและทางด้านคลินิกในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีความชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อนและสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น
2. พัฒนาการประเมินความรุนแรง ผลแทรกซ้อนจากยาจิตเวช (rating) เพื่อให้สามารถประเมินความรุนแรงได้อย่างถูกต้องและไม่ยุ่งยาก
3. นำเทคโนโลยีมาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการได้มากขึ้นและสะดวกรวดเร็ว เช่น telemedicine
4. เพิ่มความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ เช่น เภสัชกรและแพทย์สาขาอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.แพทย์หญิง ดารารัตน์ รัตนรักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม ที่สนับสนุนให้เผยแพร่ผลงานวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมทรัพย์ สุขอนันต์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาให้แนวคิด มุมมอง และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ เพื่อทำให้งานวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Kohn R, Saxena S, Levar I, et al. The treatment gap in mental health care. Bull world Health Organ. 2004; 82(11): 858-66.
2. WHO Health Organization. mhGAP : Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorder. WHO: Geneva; 2008. 11-2.

3. Kittirattanapaiboon P, Kongsuk T, Penjuntr W, et al. Epidemiology of psychiatric in Thailand: a national study 2008. J Ment health Thai. 2013; 21(1): 1-14.
4. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ. ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการแห่งชาติ; 2556.
5. มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพพระหว่างประเทศ, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์; 2558.
6. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, et al. Service for depression and suicide in Thailand. WHO South-East Asia J Public Health. 2017; 6(1): 34-8. doi: 10.4103/2224-3151.206162.
7. World Health Organization. Prevention suicide: a global imperative. Lurembourg: World Health Organization 2014; 2014.
8. Department of mental health. Suicide rates: Thailand during 1997-2017 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/english/age.asp>.
9. Kongsuk T, Wanansewwok K, Thongtao J, et al. The development, validity and reliability of Psychotic Symptoms Rating Scale for Patients with Schizophrenia (Prasrimahabhodi Assessment Schizophrenia Scale: PASS8). J Med Assoc Thai. 2018; 101(1): S126-S34.
10. Leucht S, Kane JM, Kissling W, et al. Clinical implications of Brief Psychiatric Rating Scale scores. Br J Psychiatry. 2005; 187: 366-71. doi: 10.1192/bjp.187.4.366
11. Taylor M. Assessing the use and effectiveness of antipsychotic medication [MD thesis]. Glasgow (UK): University of Glasgow; 2013. Available from <http://theses.gla.ac.uk/4247/>
12. กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 15 พฤศจิกายน ปี 2563]; เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/ill_2562_full_20200921.pdf
13. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ข้อมูลจากระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชประเทศไทย ประจำปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 14 พฤศจิกายน ปี 2563]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
14. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ม.ป.ป.: 256-62.
15. Suraaroonamrit B, Panyayong B. The development of mental health and psychiatric service in health areas. J Ment health Thai. 2014; 22(3): 143-56.
16. Leelanuntakit T, Udomratn P, Kerdpong bunchote C. The result of PRELAPSE Program in Thailand: comparison one year before and after. J Psychiatr Assoc Thailand. 1999; 44 (1): 3-11.

17. สุดาพร สถิตยยุทธการ. การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และแนวทางการป้องกันวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2559; 28(3): 1-15.
18. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิทยาการการอบรมแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท; 2554.
19. Keller MB, Shapiro RW, Lavori PW, et al. Relapse in major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry. 1982; 39(8): 911. doi: 10.1001/archpsyc.1982.04290080031005.
20. Gitlin MJ, Serndsen J, Heller TL, et al. Relapse and impairment in bipolar disorder, Am J Psychiatry. 1995; 152(11): 1635-40. doi: 10.1176/ajp.152.11.1635.