

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเครือข่าย โรงพยาบาลนครปฐม The Outcomes of High Risk Chronic Psychotic Patients' Care in Nakhonpathom Hospital Network

เสาวณีย์ จันทน์ฉาย 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: เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม พ.ศ. 2559–2564

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (รหัส ICD-10 : F20–29) และมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม พ.ศ. 2559–2564 จำนวน 217 ราย โดยเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค อัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการส่งตัวไปรักษาต่อ ค่าคะแนนแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 9 ด้าน นำเสนอข้อมูลเชิงบรรยายด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ระหว่าง เดือนที่ 1 และ 12 อัตราการนอนโรงพยาบาล และการส่งตัวไปรักษาต่อระหว่าง 1 ปีก่อนเข้าโครงการ และ 1 ปี ในโครงการ ด้วยสถิติ paired t test ที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.6 มีอายุเฉลี่ย 46.43 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.37) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.6, มีสถานภาพโสด ร้อยละ 58.1, ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.5, ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีผู้ดูแลเป็นญาติสายตรง ร้อยละ 95.4, ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 80.6, การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุด คือ F20.0 (paranoid schizophrenia) ร้อยละ 48.4, ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 89.9, ผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดอยู่ในเกณฑ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ระดับ 3 ร้อยละ 89.4, คะแนนเฉลี่ยรวม (mean $\pm$ SD) ของแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 9 ด้าน ในเดือนที่ 12 น้อยกว่า เดือนที่ 1 อย่างมีนัยทางสถิติ (ค่าความแตกต่าง 2.493 ± 2.005 ; 95% CI 2.218, 2.768;

$p < .001$) ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยดีขึ้น และพบเป็นทิศทางเดียวกับความแตกต่างของคะแนนในรายด้านทุกด้าน อย่างมีนัยทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรายด้านของผู้ป่วยในแต่ละราย ระหว่างเดือนที่ 12 และ 1 พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.1–88.5 มีคะแนนคงเดิม และร้อยละ 11.5–44.2 มีคะแนนดีขึ้น มีเพียงร้อยละ 1 ที่มีคะแนนแย่ลง ส่วนการเปรียบเทียบอัตราการนอนโรงพยาบาล และการส่งตัวไปรักษาระหว่างก่อนการเข้าโครงการ 1 ปี และในโครงการ 1 ปี พบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.101 ± 0.317 vs. 0.055 ± 0.229 และ 0.069 ± 0.254 vs. 0.032 ± 0.177 ครั้งต่อปี, $p = .047$ และ $.044$ ตามลำดับ) คิดเป็นประมาณ ร้อยละ 10.1 vs. 5.5 และ ร้อยละ 6.9 vs. 3.2 ของจำนวนผู้ป่วยตามลำดับ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้นี้สอดคล้องกับการประเมินผลของโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงต่อเนื่องในชุมชน ในระดับประเทศ

สรุป: ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงต่อเนื่องในชุมชนของเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม พ.ศ. 2559–2564 ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น มีการกำเริบที่ต้องนอนโรงพยาบาลหรือส่งตัวไปรักษาต่อลดลง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง เครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม

วารสารแพทย์เขต 4-5 2565 ; 41(2) : 221–232.

Abstract

Objective: The aim was to study the outcomes of the care of chronic psychotic patients with high risk in Nakhonpathom Hospital Network 2016–2021.

Method: This was a retrospective study. The studied group was 217 psychotic patients diagnosed in ICD-10 codes as F20–F29 with high risk to violence (SMI-V) who were enrolled to the Continuous Care of Chronic Psychotic Patients with SMI-V in Communities 2016–2021. The demographic data were collected including diagnoses, scores of 9-item assessment form for follow-ups of chronic psychotic patients at 1st month and 12th month, rate of admission and refer out (sessions/year) at duration of 1 year before project admission and during 1 year of the project. The descriptive data were described by frequency, percentage, mean, and SD; and comparison of the scores of 9-item assessment form, rate of admission, and rate of refer out between the above points of time were analyzed by using paired t test at the significant level of .05.

Results: Of total 217 patients, 57.6% was male. The mean age of the studied group was 46.43 (SD 11.37). Majority of the patients graduated from primary school (57.6%), had single status (58.0%), and did not earn their living (46.5%). Most of the patients lived in the catchment areas of a sub-district health promoting hospitals (80.6%) and had their close relatives as caregivers (95.1%). The most diagnoses were F20.0 (paranoid schizophrenia), without co-morbidity (89.9%), and SMI-V 3 (89.4%). The overall scores of the 9-item assessment form for follow-ups of chronic psychotic patients at 12th month was less than 1st month with statistical significance (difference 2.493 ± 2.005 ; 95% CI 2.218, 2.768, $p < .001$), and so did in the each item with statistical significance (i.e., better

features for the patients). By comparing the scores between 1st and 12th month in each item and patient, it was found that 51.1–88.5% had the same scores, 11.5–44.2% had better features, and only 1% was worse. By comparing rate of admission and refer out, rates at 1 year during the project decreased with statistical significance (0.101 ± 0.317 vs. 0.055 ± 0.229 and 0.069 ± 0.254 vs. 0.032 ± 0.177 sessions/year, $p = .047$ and $.044$ respectively). The results were comparable to ones of the national project.

Conclusion: High risk chronic psychotic patients' care through the project of continuous care in communities, in Nakhonpathom Hospital Network, 2016–2021, has a good outcome; targeted patients has better mental health status and less relapse of the mental illness.

Keywords: serious mental illness with high risk to violence (SMI-V), Nakhonpathom Hospital Network

Received: Dec 30, 2021; Revised: Jan 25, 2022; Accepted: Mar 10, 2022

Reg 4-5 Med J 2022 ; 41(2) : 221–232.

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) ถือว่าเป็นกลุ่มโรคจิตเวชที่รุนแรงที่สุดกลุ่มหนึ่ง ซึ่งต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานและก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก โอกาสหายขาดไม่มากนัก และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง¹ จากข้อมูลของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรค (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) พบโรคจิตเภท ร้อยละ 1 ของประชากรในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการสำรวจความชุกตลอดชีพโรคจิตเภทของประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 0.8 ซึ่งต่ำกว่าผลการสำรวจในต่างประเทศ แต่กลับพบว่าปีสูญเสียสุขภาวะจากโรคและการบาดเจ็บจากโรคจิตเภทยังสูงมากในผู้ชายช่วงอายุ 15–29 ปี และผู้หญิงช่วงอายุ 30–44 ปี² โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิต ที่ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องทางด้านอารมณ์ การรับรู้ ความคิด และพฤติกรรมการแสดงออก ผู้ป่วยดูแลตนเองได้น้อยลงส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ครอบครัวและสังคม คุณภาพชีวิตแย่ลง เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา อัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบสูงถึงร้อยละ 41–79³

ผู้ป่วยเหล่านี้มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและมีแนวโน้มความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁴ ซึ่งการรักษาจะสามารถช่วยลดอาการของโรคนี้ได้ การรักษาหลักของผู้ป่วยเหล่านี้ คือ การรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้อาการของผู้ป่วยสงบโดยเร็วและป้องกันการอาการกำเริบซ้ำ ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวช ต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แบบองค์รวม คือส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกำเริบของอาการ โดยการให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ญาติ และเครือข่าย ในด้านการบำบัดรักษาได้แก่การประเมินและคัดกรองการจัดการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย การประเมินผลลัพธ์ของการรักษา รวมถึงการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายและทีมสหสาขา โครงการจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้บูรณาการความร่วมมือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สนับสนุนงบประมาณ) กระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้รับการบริการที่บ้าน/ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ และลดอาการกลับเป็นซ้ำ/การรับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งได้ดำเนินการ

มาตั้งแต่ พ.ศ. 2559–ปัจจุบัน โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายเป็น ผู้ป่วยที่เคยก่อความรุนแรง หรือมีความเสี่ยงต่อการก่อ ความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต คือ ผู้ป่วยโรคจิต (F20–29) ที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 ที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใด ข้อหนึ่ง ดังนี้ SMI-V 1: มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต SMI-V 2: มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธี รุนแรง/ก่อเหตุรุนแรง ทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญ ในชุมชน SMI-V 3: มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้าย ตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะ เจาะจง SMI-V 4: เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

โรงพยาบาลนครปฐมเป็นระดับโรงพยาบาล ศูนย์ที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งภายในจังหวัดและจังหวัด ไกลเคียง พบว่ามีผู้มารับบริการมากขึ้นในแต่ละปี ระบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชรวมทั้งโรคจิตเภทของโรงพยาบาล โดยกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ประกอบด้วย บริการ ผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยในแต่ไม่มีหอผู้ป่วยจิตเวช และ มีการติดตามดูแลเฉพาะกรณีที่มีปัญหา การเยี่ยมบ้าน และการดูแลต่อเนื่อง จะทำโดยทีมปฐมภูมิ (PCU) ใน พื้นที่ที่รับผิดชอบ ใน พ.ศ. 2559 สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติได้เริ่มโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และสนับสนุนงบประมาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการมากขึ้น ดังนั้นกลุ่มงาน จิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนครปฐม จึงได้บูรณา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดเลือกตาม เกณฑ์ คือในปี พ.ศ. 2559, 2560, 2561, 2562, 2563 และ 2564 มีจำนวน 26 ราย, 36 ราย, 36 ราย, 38 ราย, 33 ราย, และ 48 ราย ตามลำดับ รวมทั้งหมด 217 ราย ในระยะเวลา 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.0 ของผู้ป่วยจิต เภทที่มาใช้บริการ 985 ราย โดยมีกิจกรรมพัฒนา ระบบการดูแล ตามแนวทางการจัดการผู้ป่วย (case

management) คือ 1) มีการทบทวนและทำแผนที่เครือ ข่ายและชุมชน (network/community mapping) 2) ประชุมเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ระดมสมอง และวางแผนทางร่วมกัน 3) พัฒนาทักษะการคัดกรอง ค้นหาและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย 4) เน้นการเฝ้าระวัง การติดตามเยี่ยมบ้าน 5) นำเทคโนโลยีมาใช้ เพื่อสื่อสาร ประสานงาน และให้ความรู้และคำปรึกษา โดยอ้างอิง มาตรฐานตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ในชุมชน 9 ด้าน และคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ของกรมสุขภาพจิต⁵ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ของการดูแลต่อเนื่องและความร่วมมือขององค์การ อนามัยโลก พ.ศ. 2560 (continue & coordination of care; WHO 2017) เป็นที่ยอมรับและสามารถนำไป ปรับใช้อย่างกว้างขวาง หมายถึงความต่อเนื่องของความ สัมพันธ์และความเชื่อใจระหว่างบุคคล ความต่อเนื่อง ของกระบวนการ การบริหารจัดการ และระบบข้อมูล และที่สำคัญคือการบูรณาการระบบบริการให้เชื่อมโยง แบบไร้รอยต่อ โครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่ม เสี่ยงต่อเนื่องในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อ ให้ผู้ป่วยเข้า ถึงการดูแลต่อเนื่อง ลดอาการกำเริบและการก่อเหตุ เชื่อมโยงหน่วยบริการด้านสุขภาพทุกระดับและ ผู้เกี่ยวข้อง ระบบหลักของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย ระบบเยี่ยมติดตาม 9 ด้าน ระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง ระบบจิตเวชฉุกเฉินและส่งต่อ และการฟื้นฟูตามแนวคิดการคืนสุขภาวะ ส่วนระบบ สนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนกองทุน และระบบ เทคโนโลยี โครงการนี้มีมีการประเมินในระดับประเทศ มาโดยตลอด แต่ในระดับของโรงพยาบาลนครปฐมและ เครือข่ายยังไม่เคยทำการศึกษามาก่อน ดังนั้นจึงต้องการ ศึกษาและนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม โดยการเปรียบเทียบ

1. คะแนนการประเมิน 9 ด้านของกรมสุขภาพจิต เมื่อเริ่มต้นและสิ้นสุดเข้าโครงการ
2. อัตรา (ครั้ง/ปี) ของการนอนโรงพยาบาล หรือการส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับสูงกว่า เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการกำเริบก่อนเข้าโครงการ 1 ปี และในโครงการ 1 ปี

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) โดยกลุ่มที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (รหัส ICD-10 : F20-29) ที่มีสิทธิบัตรทอง และมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต ในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม พ.ศ. 2559-2564 จำนวน 217 ราย

เกณฑ์คัดเข้าโครงการ (Inclusion criteria) มีอายุมากกว่า 18 ปี และอยู่ในการดูแลครบเวลา 1 ปี

เกณฑ์คัดออกจากโครงการ (exclusion criteria) ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ในโครงการได้ครบเวลา 1 ปี เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต ย้ายภูมิลำเนาออกนอกพื้นที่ หรือไม่สามารถติดตามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection instruments)

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแล การวินิจฉัยโรค โรคร่วม หน่วยปฐมภูมิที่ดูแล จำนวนครั้ง/ปี ของการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้ง/ปี ของการส่งตัวไปรักษาต่อ (refer out)
2. แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 9 ด้าน ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล/ญาติ ด้านการทำกิจวัตร

ประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธภาพ ในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร และด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น แต่ละด้านมีคะแนน 1, 2, และ 3 คะแนน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection methods)

1. ค้นรายชื่อของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มศึกษา พ.ศ. 2559-2564 จากโปรแกรม Care Transition
2. ค้นข้อมูลทั่วไปจากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลนครปฐม ในช่วงเวลา 1 ปี ก่อนเข้าโครงการ และ 1 ปี ระหว่างโครงการ นำมาบันทึกในแบบบันทึกข้อมูล
3. ค้นหาข้อมูลการประเมินตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 9 ด้านในแต่ละปี จากโปรแกรม Care Transition โดยใช้คะแนนของเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis)

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ อัตราส่วน ร้อยละ
2. แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 9 ด้าน (คะแนน 1, 2, และ 3) นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 9 ด้าน ระหว่าง เดือนที่ 1 และเดือนที่ 12; และเปรียบเทียบอัตราการนอนโรงพยาบาล, อัตราการส่งตัวไปรักษาต่อ ระหว่าง ก่อนเข้าโครงการ 1 ปี และ ในโครงการ 1 ปี โดยใช้ paired t test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม ได้รับการรับรอง วันที่ 14 มิถุนายน 2565 (COA No. 030/2022) และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม ให้ดำเนินการวิจัย

ผลการศึกษา

กลุ่มศึกษาในโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม พ.ศ. 2559–2564 จำนวน 217 ราย แยกตาม พ.ศ. 2559–2564 มีผู้ป่วยจำนวน 26, 36, 36, 38, 33, และ 48 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 125 คน ร้อยละ 57.6 อายุเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 46.43 ± 11.37 ปี ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 41–50 และ 51–60 ปี ร้อยละ 34.6 และ 24.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.6 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 24.4 ผู้ป่วยร้อยละ 58.1 มีสถานะภาพโสด

ในด้านการประกอบอาชีพ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 46.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนอาชีพที่พบมาก ได้แก่ อาชีพเกษตรกรกรรมและเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 22.1 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 19.3 พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีผู้ดูแลเป็นญาติสายตรง ร้อยละ 95.4 มีเพียงร้อยละ 0.9 ที่ไม่มีผู้ดูแลสำหรับที่อยู่ของผู้ป่วย ในตำบลต่างๆ ของอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ซึ่งมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.6 อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และร้อยละ 19.4 อยู่ในการดูแลของหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลนครปฐม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม พ.ศ. 2559–2564 (N = 217)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	125	57.6
หญิง	92	42.4
อายุ (ปี, $\bar{X} \pm SD$)	46.43 $\pm$ 11.37	
20–30	25	11.5
30–40	36	16.6
41–50	75	34.6
51–60	54	24.9
61–70	25	11.5
71–80	2	0.9
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	13	6.0
ประถมศึกษา	125	57.6
มัธยมศึกษา	53	24.4
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	19	8.7
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7	3.2
อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	101	46.5
เกษตรกรกรรม/ปศุสัตว์	48	22.1
รับจ้าง	42	19.3
ค้าขาย	15	6.9
นักเรียน/นักศึกษา	11	5.1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม
พ.ศ. 2559–2564 (N = 217) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	126	58.1
สมรส	80	36.9
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	11	5.0
ผู้ดูแล		
ไม่มีผู้ดูแล	2	0.9
ญาติสายตรง/ใกล้ชิด	207	95.4
ญาติห่าง	6	2.8
คนอื่น	2	0.9
หน่วยบริการปฐมภูมิ		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	199	80.6
หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)	48	19.4

การวินิจฉัยโรคตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 10 (ICD-10) พบมากใน 3 อันดับแรก ได้แก่ F20.0 (paranoid schizophrenia); F20.9 (schizophrenia, unspecified); และ F29.0 (unspecified non-organic psychosis) ร้อยละ 48.4, 25.3, และ 17.0 ตามลำดับ โรคร่วม (comorbidities) ที่พบ ได้แก่ โรคเบาหวาน

ร้อยละ 4.1 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.2 โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ร้อยละ 1.8 สำหรับเกณฑ์ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence; SMI-V) พบว่า ส่วนใหญ่เป็น SIM-V 3 ร้อยละ 89.4 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการวินิจฉัยโรคตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 10 (ICD-10), โรคร่วม (comorbidities), และเกณฑ์ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) (N = 217)

ลักษณะ		จำนวน	ร้อยละ
ICD-10			
F20.0	Paranoid schizophrenia	105	48.4
F20.9	Schizophrenia, unspecified	55	25.3
F29.0	Unspecified non-organic psychosis	37	17.0
F20.3	Undifferentiated schizophrenia	9	4.1
F20.8	Other schizophrenia	3	1.4

ตารางที่ 2 แสดงการวินิจฉัยโรคตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 10 (ICD-10), โรคร่วม (comorbidities), และเกณฑ์ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) (N = 217) (ต่อ)

ลักษณะ		จำนวน	ร้อยละ
F20.5	Residual schizophrenia	2	0.9
F23.0	Acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia	1	0.5
F25.1	Schizoaffective disorder	1	0.5
F25.9	Schizoaffective disorder, unspecified	1	0.5
F20.6	Simple schizophrenia	1	0.5
F23.2	Acute schizophrenia-like psychotic disorder	1	0.5
F25.0	Schizoaffective disorders	1	0.5
โรคร่วม			
ไม่พบโรคร่วม		195	89.9
เบาหวาน		9	4.1
ความดันโลหิตสูง		7	3.2
หลอดเลือดสมองและหัวใจ		4	1.8
มะเร็ง		2	0.9
เกณฑ์ SIM-V			
I		10	4.6
II		9	4.1
III		194	89.4
IV		4	1.8

คะแนนการประเมิน 9 ด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} \pm SD$) ของเดือนที่ 1 ที่มากที่สุด (อาการแย่ที่สุด) ในด้านการกินยา รองลงมาด้านอาการทางจิต และ ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น (1.55 ± 0.68 , 1.52 ± 0.65 , และ 1.52 ± 0.76 ตามลำดับ) ส่วนในเดือนที่ 12 พบคะแนนมากที่สุด ในด้านสิ่งแวดล้อม การประกอบอาชีพ และ

ด้านผู้ดูแล/ญาติ (1.42 ± 0.64 , 1.39 ± 0.53 , 1.22 ± 0.42 ตามลำดับ) เมื่อนำคะแนนเดือนที่ 1 และเดือนที่ 12 มาเปรียบเทียบกัน พบว่า เกือบทุกด้านมีอาการดีขึ้นหรือคงเดิม มีเพียง ร้อยละ 1 ที่มีอาการแย่ลงด้านที่ดีขึ้น ได้แก่ ด้านการกินยา รองลงมาเป็นด้านอาการทางจิต และด้านความสามารถการเรียนรู้เบื้องต้นตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 9 ด้าน และผลการเปรียบเทียบคะแนน ระหว่างเดือนที่ 1 และเดือนที่ 12 (N=217)

หัวข้อ	คะแนน ($\bar{X} \pm SD$)		จำนวน (ร้อยละ)		
	เดือน		ดีขึ้น	คงเดิม	แย่ลง
	1	12			
1.ด้านอาการทางจิต	1.52 $\pm$ 0.65	1.08 $\pm$ 0.27	93 (42.9)	124 (57.1)	0 (0)
2. ด้านการกินยา	1.55 $\pm$ 0.68	1.09 $\pm$ 0.29	96 (44.2)	121 (55.8)	0 (0)
3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ	1.45 $\pm$ 0.82	1.22 $\pm$ 0.42	48 (22.1)	169 (77.9)	0 (0)
4. ด้านการทํากิจวัตรประจำวัน	1.25 $\pm$ 0.60	1.09 $\pm$ 0.28	34 (15.7)	183 (84.3)	0 (0)
5. ด้านการประกอบอาชีพ	1.51 $\pm$ 0.68	1.39 $\pm$ 0.53	25 (11.5)	192 (88.5)	0 (0)
6. ด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	1.36 $\pm$ 0.59	1.07 $\pm$ 0.25	61 (28.1)	156 (71.9)	0 (0)
7. ด้านสิ่งแวดล้อม	1.26 $\pm$ 0.66	1.42 $\pm$ 0.64	29 (13.3)	187 (86.2)	1 (0.5)
8. ด้านการสื่อสาร	1.42 $\pm$ 0.64	1.12 $\pm$ 0.34	63 (29.0)	153 (70.5)	1 (0.5)
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น	1.52 $\pm$ 0.76	1.16 $\pm$ 0.55	72 (33.2)	145 (66.8)	0 (0)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนของเดือนที่ 1 และเดือนที่ 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละด้านและคะแนนรวมทุกด้าน เมื่อสิ้นสุดโครงการ (เดือนที่ 12) น้อยกว่าเมื่อเริ่มเข้าโครงการ

(เดือนที่ 1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีความแตกต่างที่มากที่สุดในการกินยา รองลงมาคือ ด้านอาการทางจิต และด้านการทํากิจวัตรประจำวันตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 9 ด้าน เปรียบเทียบระหว่างเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 12

Item	Paired differences				t	df	P*
	$\bar{X}$	SD	SE	95% CI			
1	0.438	0.516	0.035	0.369, 0.507	12.509	216	< .001
2	0.456	0.526	0.035	0.385, 0.526	12.769	216	< .001
3	0.230	0.443	0.030	0.171, 0.239	7.735	216	< .001
4	0.437	0.515	0.034	0.368, 0.506	6.236	216	< .001
5	0.119	0.339	0.023	0.074, 0.165	5.2	216	< .001
6	0.290	0.474	0.032	0.226, 0.353	9.005	216	< .001
7	0.138	0.384	0.026	0.086, 0.189	5.303	216	< .001
8	0.294	0.486	0.033	0.229, 0.360	8.930	216	< .001
9	0.364	0.545	0.037	0.291, 0.437	9.833	216	< .001
Total	2.493	2.055	0.139	2.218, 2.768	17.818	216	< .001

*Paired simple t test

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของอัตราการนอนโรงพยาบาลและการส่งตัวไปรักษา ซึ่งเกิดจากการกำเริบของผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่างระยะเวลาก่อนเข้าโครงการ 1 ปี และในโครงการ 1 ปี พบว่า อัตราเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาลลดลงจาก 0.101 ± 0.317 ครั้งต่อปี (คิดเป็นร้อยละ 10.1 ของผู้ป่วย) เป็น 0.055 ± 0.229 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 5.5 ของผู้ป่วย) อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .047$) ส่วนอัตราการส่งตัวไปรักษา เปรียบเทียบระหว่างระยะเวลาก่อนเข้าโครงการ 1 ปี และในโครงการ 1 ปี พบว่า อัตราเฉลี่ยการส่งตัวไปรักษาลดลงจาก 0.069 ± 0.254 ครั้งต่อปี (คิดเป็นร้อยละ 6.9 ของผู้ป่วย) เป็น 0.032 ± 0.177 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 3.2 ของผู้ป่วย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .044$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างอัตราการนอนโรงพยาบาลและการส่งตัวไปรักษาต่อ เปรียบเทียบระหว่างระยะเวลาก่อนเข้าโครงการ 1 ปีและในโครงการ 1 ปี (N = 217)

	จำนวนครั้ง/คน/ปี			t	df	P*
	ก่อนเข้าโครงการ 1 ปี	ในโครงการ 1 ปี	Differences			
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$			
การนอนโรงพยาบาล	0.101 ± 0.317	0.055 ± 0.229	0.046 ± 0.405	1.673	216	.047
การส่งตัวไปรักษา	0.069 ± 0.254	0.032 ± 0.177	0.036 ± 0.316	1.713	216	.044

*Paired simple t test

วิจารณ์

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงของเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม พ.ศ. 2559–2564 จำนวน 217 ราย มีผลลัพธ์ในทิศทางที่ผู้ป่วยดีขึ้น โดยพบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของแบบติดตามผู้ป่วยในชุมชน 9 ด้าน ในรายด้านและคะแนนรวมเมื่อเริ่มต้นและสิ้นสุดโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าความแตกต่างโดยเฉลี่ยประมาณ 2–3 คะแนน (95% CI 2.218, 2.768) ในการประเมิน 9 ด้าน ที่มีช่วงชั้น 1 คะแนน อาจจะเห็นความแตกต่างไม่ชัดในการประเมินผู้ป่วยแต่ละราย ถ้าพิจารณาในรายผู้ป่วยจะพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนในแบบติดตาม 9 ด้านรายด้านไม่เปลี่ยนแปลง ร้อยละ 58.5–88.5 พบมากที่สุดในการประกอบอาชีพ รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม และด้านกิจวัตรประจำวัน ตามลำดับ และมีคะแนนรายด้านดีขึ้น

ร้อยละ 11.5–42.9 โดยพบว่าด้านที่มีคะแนนดีขึ้นมากที่สุดคือ ด้านการกินยา รองลงมาคือด้านอาการทางจิต และด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น การประเมินด้านที่มีคะแนนแย่ลง พบเพียง ร้อยละ 1 ส่วนในการประเมินอาการกำเริบโดยพิจารณาจากการนอนโรงพยาบาล และการส่งตัวไปรักษาต่อ (refer out) การศึกษานี้พบว่าอัตราการนอนโรงพยาบาลและการส่งตัวไปรักษาต่อที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 10.1 vs. 5.5 และ ร้อยละ 6.9 vs. 3.2

ในระดับประเทศมีผู้ป่วยเข้าโครงการดูแลจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ได้รับการติดตามใน พ.ศ. 2559–2564 จำนวน 11,825 ราย จากการศึกษาของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้เปรียบเทียบคะแนนการประเมินที่ 1 เดือน และ 6 เดือน พบว่ามีคะแนนที่ดีขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกันกับการศึกษา พบร้อยละ 68.1–91.7 โดยพบมากที่สุดในด้านสิ่งแวดล้อม รองลงมาคือด้านกิจวัตรประจำวัน และด้านผู้ดูแล ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนดีขึ้น พบร้อยละ 4.7–21.4 โดยพบมากในด้านการประกอบอาชีพ รองลงมาคือด้านสัมพันธภาพ ในครอบครัว และด้านการกินยา ตามลำดับ และยิ่งพบอาการแย่ลง ร้อยละ 3.6–10.4 โดยพบมากที่สุดในด้านการประกอบอาชีพ ผลการติดตามอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง จำนวน 11,762 โดยกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2560–2563 พบว่ามีอัตราการนอนโรงพยาบาลลดลงจาก ร้อยละ 20.3 เหลือ ร้อยละ 12.9⁷ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา เครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม มีค่าความแตกต่างของคะแนนแบบติดตาม 9 ด้าน ในทิศทางที่ดีมากกว่า พบการประเมินที่มีอาการแย่ลงน้อยกว่า และมีความแตกต่างกันในด้านที่มีการประเมินดีขึ้น อาจเนื่องจากความแตกต่างของกลุ่มศึกษา โดยผู้ป่วยในการศึกษานี้ มีญาติใกล้ชิดเป็นผู้ดูแลเกือบทั้งหมด และไม่พบการใช้สารเสพติด มีการเจ็บป่วยทางกายน้อย นอกเหนือจากการบูรณาการดูแลอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อของทีมสุขภาพจิต ทีมปฐมภูมิ ชุมชน ผู้ดูแล/ญาติ และผู้ป่วย

การดูแลต่อเนื่องด้วยการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่องในชุมชน ถือเป็นกิจกรรมหลัก เพื่อสร้างความสัมพันธ์ ความไว้วางใจและความเชื่อมั่น ระหว่างทีมสุขภาพจิต ผู้ป่วย ผู้ดูแล/ญาติ ตามแนวคิดของสามเหลี่ยมการดูแล ประกอบด้วย การสนับสนุนเสริมพลัง และให้กำลังใจ การให้คำแนะนำความรู้ความเข้าใจ การฝึกทักษะ และทัศนคติที่ดีให้ครอบครัวทุกด้าน/มิติ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจากระบบ เฝ้าระวังความเสี่ยงระบบจิตเวชฉุกเฉิน/การส่งต่อ และระบบฟื้นฟูตามแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะ ซึ่งจะประสบความสำเร็จได้ ต้องอาศัยเวลา กำลังใจ/กาย และความร่วมมือ/ร่วมใจจากภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง และปัจจัยที่สำคัญ

อีกประการหนึ่งคือการใช้เทคโนโลยีสื่อสารที่เชื่อมโยงเครือข่าย และผู้ป่วย/ผู้ดูแล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการควบคุมหรือการกำเริบของโรค และศึกษาติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว
2. ศึกษาเพิ่มเติมเพื่ออธิบายผลการศึกษาบางประเด็น เช่น โรคร่วมในกลุ่มอาการเมตาบอลิก เบาหวาน และความดันโลหิตสูง การใช้ยาเสพติดที่พบน้อยกว่าการศึกษาอื่น

สรุป

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงต่อเนื่องในชุมชนของเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม พ.ศ. 2559–2564 มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในด้านอาการทางจิต การปฏิบัติเพื่อดูแลตน สัมพันธภาพกับครอบครัว และการคืนสู่สุขภาวะ มีอาการกำเริบของโรคน้อยลง อัตราการนอนโรงพยาบาลหรือส่งตัวไปรักษาต่อลดลง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พญ.ดารารัตน์ รัตนรักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม ที่สนับสนุนให้เผยแพร่ผลงานวิจัย ผศ.สมทรัพย์ สุขอนันต์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา ให้แนวคิด มุมมอง และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ เพื่อทำให้งานวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2552.
2. Phanthurane P, Vos T, Whiteford H, et al. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Pupul Health Metr* 2010;8:24.

3. Zipursky RB, Menezes NM, Streiner DL. Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: A systematic review. *Schizophrenia* 2013; 152:408–14.
4. National institution for Health and Care Excellency (NICE). Violence and aggression: short-term management in mental health, and community settings, Manchester: National Institution for Health and Care Excellence; 2015.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. นนทบุรี: แสงจันทร์การพิมพ์; 2559.
6. ญาติา ธงธรรมรัตน์. โครงการบริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565
7. อัมพร เบญจพลพิทักษ์. นโยบายการดำเนินงานติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565