

ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี :
กรณีศึกษาตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

Surveillance systems track repeat schizophrenia patient patient protection in Khokpho
district network Pattani Province. : Case study in Naketu Village, Khokpho district Pattani
Province.

(Received: July 20 ,2020 ; Accepted: September 1 ,2020)

สุจิตรา ลักษณะ พบ.

Sujitra Luksana MD.

โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

Khokpho district Pattani Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติ แก่นนำเครือข่ายในชุมชน 30 คน และผู้ป่วยจิตเภท 27 คน เก็บข้อมูลโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม Discussion ORID Method : ORID นำผลจากการสนทนากลุ่มมาพัฒนา 7 ขั้นตอน และใช้แบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (Global Assessment of Functioning Scale : GAF) วิเคราะห์ข้อมูลแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่ามี 4 กระบวนการ 1) การเฝ้าระวังการป่วยซ้ำ มีการจัดฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคล โดยแบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ในการดูแล 2) ดูแลระยะวิกฤตฉุกเฉิน มีระบบการดูแลช่วยเหลือโดยทีมเครือข่ายอย่างมีขั้นตอน 3) การรักษาพัฒนาตามระบบ Service plan จากโรงพยาบาลแม่ข่าย สู่วิทยาลัยลูกข่าย ขยายผลสู่เครือข่ายในชุมชน และ 4) การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยการส่งเสริมอาชีพ ดังนั้น การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ครอบครัว/ผู้ดูแล ผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายในชุมชน เป้าหมายอันสูงสุดคือผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข ในบริบทสังคมที่เป็นอยู่จริง และเกิดความยั่งยืน ต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภท การมีส่วนร่วม

Abstract

This participatory action research aimed to study the surveillance systems for relapse prevention in schizophrenic patients through participatory networks in Khokpho District, Pattani Province. The study applied a purposive sampling method based on qualifications to select 30 participants from community leadership networks and 27 schizophrenic patients. A Discussion ORID Method (ORID) and a Global Assessment of Functioning Scale (GAF) were employed as instruments to take the results of focused group discussion to develop into seven steps, and to assess the ability to live a life of schizophrenic patients respectively. Data were analyzed using frequency distribution and percentage.

The finding demonstrated four processes as followed: 1) during the surveillance of relapse prevention, the database of schizophrenic patients were managed individually by classifying

them into three groups for treatment 2) the networks have systemic caring system during the emergency phase 3) the treatment is in accordance with the Service Plan, that is from host to network hospitals, and to networks in community and 4) the patients were rehabilitated through supporting vocational skills. Therefore, the participation of community networks including family/caregivers facilitated patients to live a normal life with their family and community in a real social context to achieve sustainability and continuity.

Keywords: Surveillance System for Relapse Prevention, Schizophrenic Patients, Participation

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและพบบ่อยที่สุด เป็นโรคที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังรักษาแล้วกลับมาเป็นๆหายๆได้ตลอดเวลา หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นเหตุให้ความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรงขึ้น จนก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและทรัพยากรในด้านต่างๆ อย่างมหาศาล จากการทบทวนพบว่าโรคจิตเภทมีอาการกำเริบและกำเริบซ้ำถึงร้อยละ 50-70 และยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับการรักษาครั้งแรก และภายในระยะ 5 ปี มีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำร้อยละ 81.90 (Lindstrom & Bingerfor, 2000) จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยที่ใช้เวลารักษานาน ซึ่งในจำนวนนี้มีมากกว่าร้อยละ 50 จากผลการเจ็บป่วยแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคต้องกลายเป็นบุคคลที่ความสามารถลดลง ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและการดำรงชีวิตประจำวันลดลง การปฏิบัติตามแผนการรักษาพร่อง (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2554) เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา (ภารดี การเร็ว, 2541) การไม่มาตามนัดพบแพทย์ และการใช้สารเสพติด (Baker, 1995 ; Chen, 1991) เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลทำให้เกิดอาการทางจิตค่อยๆทวีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยๆ และผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจุบันนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลมุ่งเน้นให้การรักษาในระยะเฉียบพลันเพื่อบรรเทาอาการ

ทางจิตที่รุนแรง หรือกำเริบเท่านั้น ซึ่งหากอาการทางจิตสงบ ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายสู่ครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2548) และการที่ผู้ป่วยจิตเภทจะอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง และไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำจึงควรมีแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพบว่าการให้ความรู้ที่ครอบคลุม ให้ครบทุกประเด็น ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ สถานที่รักษา สามารถลดการป่วยซ้ำลงได้ (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559)

อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีเป็นหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ท่ามกลางสถานการณ์ที่ไม่ปกติ ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกลับเป็นซ้ำมากขึ้น จากความเครียดของสถานการณ์ฯ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบฯ มีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ (บรรเจิด ทิพย์นุรักษ์, 2551) โรงพยาบาลโคกโพธิ์เป็นโรงพยาบาลระดับ F1 ขนาด 60 เตียง (พึ่งตนเอง) รับผิดชอบ 12 ตำบล รับการปรึกษาจากจิตแพทย์ที่ โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลปัตตานี มีผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น โดยมียอดสะสมในคลินิกจิตเวชดังนี้ ปีพ.ศ.2557-2561 จำนวน 328 ราย โรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือ โรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 50.00 โดยพบว่าอาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางจิตเวช พบว่าในปี 2558 พบมากถึง 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11 โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการ

รับประทานยา ไม่มีผู้ดูแล ขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ผู้ป่วยโดนทอดทิ้งจากครอบครัว เนื่องจากครอบครัวต้องไปประกอบอาชีพที่ประเทศมาเลเซีย ผู้ป่วยต้องอยู่ตามลำพัง ขาดความรู้ในการดูแลตนเองและการรักษา เมื่อมีอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยและผู้อื่นจากอาการที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน หงุดหงิด ก้าวร้าว จะก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ชุมชนหวาดกลัว ครอบครัวเปื้อนหน้ายเกิดอคติในครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการตติยภูมิ สุดท้ายผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็กลับสู่ชุมชน ซึ่งหนึ่งในจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำหรือเกิดวิกฤตฉุกเฉินทางจิตเวชของอำเภอโคกโพธิ์ โดยพบว่าเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง และไม่เคยพบเจอมาก่อน เป็นผู้ป่วยนิติจิตเวช คือ ช่างมารดา ช่างกรรยา ช่างบุตร เกิดขึ้นที่ตำบลนาเกตุ ผู้ป่วยจิตเวชรายนี้ส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เมื่อมีอาการดีขึ้น ก็เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม และเมื่อพ้นโทษมาก็กลับมาอยู่ในชุมชน ส่งผลให้ คนในชุมชนเกิดความหวาดกลัวหวาดระแวง

จากปัญหาดังกล่าวของพื้นที่ จึงได้ดำเนินการระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี : กรณีศึกษาตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีขึ้น น่าจะทำให้ผู้ป่วยลดอาการป่วยซ้ำลงได้ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีขึ้น ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพดังกล่าวเป้าหมายอันสูงสุดคือผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข อัตราการกำเริบซ้ำลดลง และเพื่อเป็นการเสริมสร้างความมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เกิดการดูแลช่วยเหลือกัน ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมกันรับผิดชอบ ที่มีประสิทธิภาพตาม

ทักษะของประชาชนในบริบทสังคมที่เป็นอยู่จริง และเกิดความยั่งยืนต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อศึกษาระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี : กรณีศึกษาตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้คือ

1) ประชากรในตำบลนาเกตุ ที่เป็นแกนนำเครือข่ายในชุมชน เป็นตัวแทนของชุมชนจำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเกตุ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา คณะกรรมการสุขภาพจิตประจำตำบล ครู ทหารพราน ชุติรักษาความปลอดภัยประจำหมู่บ้าน กู้ชีพ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานจิตเวช สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ที่อาศัยอยู่ในตำบลนาเกตุมากกว่า 1 ปี

2) ผู้ป่วยจิตเวชในตำบลนาเกตุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่กลับเป็นซ้ำภายในปี 2558-2562 ไม่จำกัดเพศ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยจำนวน 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



1. ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิควิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการสนทนาอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นกระบวนการสนทนาในกลุ่มแบบมีส่วนร่วม Discussion ORID Method : ORID (วิรัตน์ ปานศิลา, 2554)

2. แบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิต โดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (Global Assessment of Functioning Scale : GAF) (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, ชิดชนก โอภาสวัฒนา และชลลดา จารุศิริชัย, 2561) นำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลง

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อม โดยผู้วิจัยร่วมกับเครือข่ายศึกษาสภาพปัญหาและร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช เตรียมชุมชนประสานผู้รับผิดชอบและเครือข่ายในพื้นที่ ผู้นำ/ผู้บริหาร แกนนำเครือข่ายต่างๆ ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน ทหารพราน กู้ชีพกู้ภัย ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน จำนวน 30 คน โดยการใช้การพูดคุยการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 ระยะการจัดการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมแก่แกนนำภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 30 คนโดยใช้เทคนิควิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม (Discussion ORID Method) ประกอบด้วยการถามที่นำกลุ่มไปสู่การสนทนาอย่างเป็นระบบตามเส้นทาง เพื่อพากลุ่มผ่านระดับความลึก 4 ระดับ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (objective) การไตร่ตรอง (reflective) การตีความ (interpretative) และการตัดสินใจ (decisional) ซึ่งกระบวนการสนทนาตามโครงสร้างนี้จะช่วยให้กลุ่มเข้าถึงความหมาย รู้แจ้งเกิดปัญญาอย่างลึกซึ้งกับผู้เกี่ยวข้องโดยการตั้งประเด็นคำถามที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ดังนี้ 1) เห็นอะไรในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2) รู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 3) จะทำอย่างไรต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ 4) จะตัดสินใจหรือทำอะไรให้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แก่ ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลโคกโพธิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเกตุ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา คณะกรรมการสุขภาพจิตประจำตำบล ครู ทหารพราน ชุดรักษาความปลอดภัยประจำหมู่บ้าน กู้ชีพ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลและให้สมาชิกเขียนข้อความตามความคิดของตนเองใส่บนกระดาษที่แจกแล้วนำมาติดรวมกันในกระดาษคลิปปาร์ตโดยแยกแต่ละประเด็น และนำผลที่ได้จากการทำสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูล และเกิดแผนการปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแผนปฏิบัติการวิจัย ที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 นำไปสู่การปฏิบัติตามแผนกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรม จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และจิตเวชฉุกเฉิน แนวทางการรักษา

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการจำกัดพฤติกรรมในกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พร้อมฝึกปฏิบัติจริงแก่ภาคีเครือข่ายชุมชน

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการซ้อมแผนเผชิญเหตุในพื้นที่ กรณีมีผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินทางสุขภาพจิตและจิตเวช

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการจัดระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่ในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชนในระบบสาธารณสุข โดยการจัดฐานข้อมูลและจัดทำทะเบียนรายบุคคลในตำบล พร้อมประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย ถึงความต้องการการดูแลรักษาและระบบการส่ง โดยการแบ่งประเภทผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้แบบประเมินสำหรับวัดความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิต Global

Assessment of Function : GAF (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, ชิดชนก โอภาสวัฒนา และชลดา จารุศิริชัย, 2561) เพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องดังนี้

4.1. กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิต รุนแรง Global Assessment of Function (GAF) ≤ 50 คะแนน (ประเภทแดง) กำหนดการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาล ร่วมกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน และหาแนวทางแก้ไข ปัญหาเร่งด่วน

4.2. กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิต รุนแรงปานกลาง Global Assessment of Function (GAF) อยู่ในช่วง 51-70 คะแนน (ประเภทเหลือง) ให้ติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยประเมินปัญหาและส่งต่อข้อมูลมายัง โรงพยาบาล

4.3. กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิต รุนแรงเล็กน้อย Global Assessment of Function (GAF) อยู่ในช่วง 71-100 คะแนน (ประเภทเขียว) ติดตามเยี่ยมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเครือข่ายในชุมชน ประเมินปัญหาและส่งต่อข้อมูลมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และส่งข้อมูลมาโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 ชี้แจงและนำระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชไปใช้โดยทีม เครือข่าย

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลการนำระบบการ เฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชโดยทีม เครือข่ายไปใช้และปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอนที่ 6 นำแบบระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมเครือข่ายไป ใช้จริง

ขั้นตอนที่ 7 ประเมินผลระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมเครือข่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ

ผลการศึกษา

ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วย จิตเวชโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัด ปัตตานี ใช้กระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม (Discussion ORID Method) พบว่า

1. ผลการสนทนากลุ่ม โดยการมีส่วนร่วม ภาคีเครือข่าย จำนวน 30 คน พบว่ามีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 15 คน พบเพศชาย จำนวน 16 คน เพื่อทราบปัญหาและความต้องการในการเฝ้า ระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำไปสู่ การวางแผนการดูแลร่วมกันอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง ดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการสนทนากลุ่มภาคีเครือข่าย

ปัญหาของทีมภาคีเครือข่าย	ความต้องการในการช่วยเหลือ
1. ทีมภาคีเครือข่ายขาดความรู้เรื่องโรคจิตเวช	1. การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวช
2. ทีมภาคีเครือข่ายขาดความรู้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชใน ภาวะวิกฤตฉุกเฉิน	1. การให้ความรู้ทักษะการดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤต 2. การซ้อมแผนเผชิญเหตุในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในภาวะ วิกฤต
3. ระบบการดูแลต่อเนื่องในการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วย จิตเวช	1. จัดระบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วม 2. การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพและทีมเครือข่าย 3. ระบบการส่งต่อ

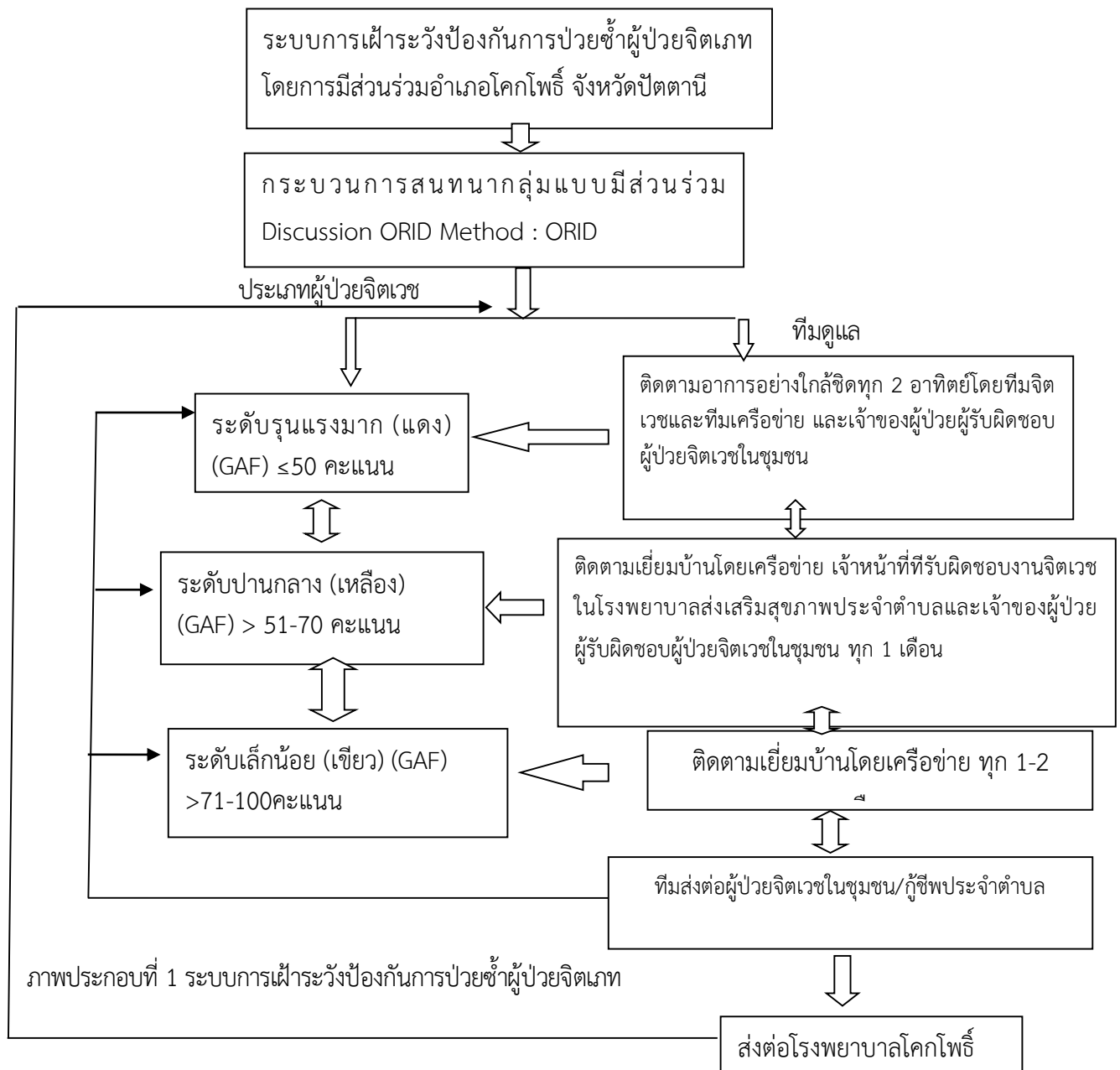


2. หลังจากการดำเนินกิจกรรม ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า มี 4 กระบวนการดังต่อไปนี้

2.1 กระบวนการเฝ้าระวังการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีการจัดฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นรายบุคคล จำนวน 27 คน พบว่าอายุอยู่ระหว่าง 31- 40 ปี และ 41- 50 ปี ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ เพศชายร้อยละ 66.67 มีผู้ดูแลหลัก คือ บิดา/มารดา มากสุดร้อยละ 48.15 รองลงมาคือ พี่สาวร้อยละ 33.33 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ

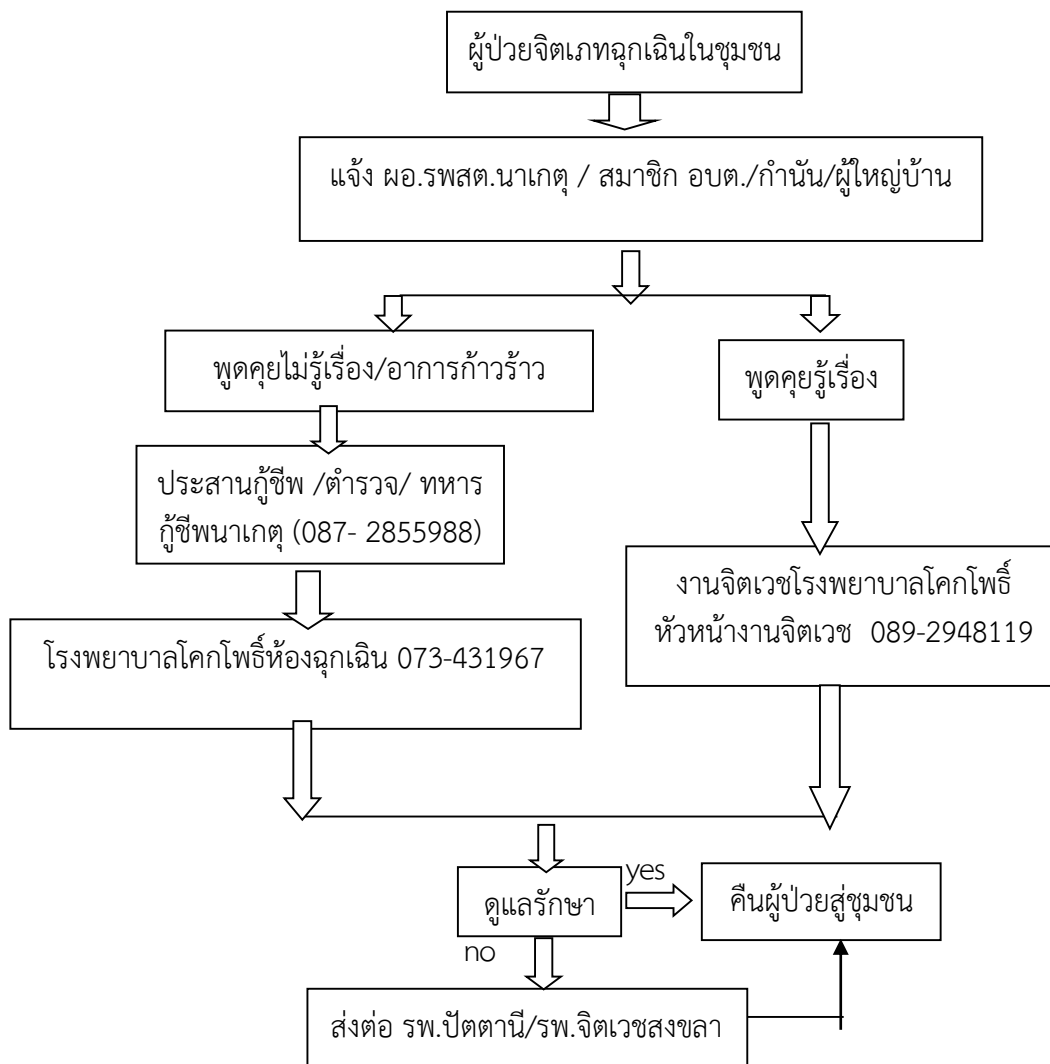
55.56 การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำ โดยทีมเครือข่ายและทีมจิตเวช ตามประเภทผู้ป่วยจิตเภทเป็น 3 กลุ่ม จากคะแนน (Global Assessment of Functioning Scale : GAF) ประเมินผลหลังดำเนินการ 6 เดือนพบว่า อาการระดับความรุนแรงมาก จากร้อยละ 18.51 ลดลงเป็นร้อยละ 7.40 ระดับความรุนแรงระดับปานกลาง จากร้อยละ 29.63 ลดลงเป็นร้อยละ 18.63 และระดับความรุนแรงระดับน้อย จากร้อยละ 51.85 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.07 ตามลำดับ

ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วม



2. กระบวนการดูแลและระงับวิกฤตฉุกเฉิน พบว่า มีระบบการดูแลช่วยเหลือโดยทีมเครือข่ายอย่างมีขั้นตอน โดยมีระบบ Flow chart ในการประสานทีมชุมชนที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน



ภาพประกอบที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

3. กระบวนการรักษา พัฒนาระบบ Service plan จาก โรงพยาบาล แม่ ข่าย (โรงพยาบาลปัตตานี) สู่โรงพยาบาลลูกข่าย ขยายผลสู่เครือข่ายในชุมชน โดยโรงพยาบาลชุมชน พัฒนาระบบการรักษาในคลินิก ระบบการ Refer in, Refer out, Refer back และระบบ Refer link

ระบบนัดผู้ป่วย ระบบ Line กลุ่มผู้รับผิดชอบงานจิตเวชในชุมชน ชื่อกลุ่ม Psycho โคกโพธิ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการและเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว

4. กระบวนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ตำบลนาเกตุ



ส่งเสริมอาชีพแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ปลุกผัก และเลี้ยงสัตว์ (เลี้ยงไก่) จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.70 และผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าร่วมตลาดที่มีสัปดาห์ในวันศุกร์ได้ ร้อยละ 25.93

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม (Discussion ORID Method) เนื่องจากการสนทนากลุ่มเป็นการร่วมคิดแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า เครือข่ายยังขาดความรู้เรื่องโรคทางจิตเภท มีทัศนคติด้านลบ และกลัวผู้ป่วย ซึ่งได้จัดให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ทักษะการดูแลในระยะวิกฤตฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่พบว่า การให้ความรู้ที่ครอบคลุม ให้ครบทุกประเด็น ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยา และผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ สถานที่รักษา (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559) และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ที่พบว่า ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การสื่อสารของญาติ และผู้ป่วย การจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง และปรับทัศนคติส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระลดลง มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ลดการกลับเป็นซ้ำได้ (จันนรงค์ พลไพรินทร์ และฐิติวัธ ธรรมไพโรจน์, 2552)

การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภท โดยทีมเครือข่ายชุมชน พบว่า เครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการอบรมให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการแบ่งประเภทผู้ป่วย และมีการวางแผนการดูแลและมีขั้นตอนอย่างชัดเจน มีการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เมื่อเกิดวิกฤตฉุกเฉินทีม

เครือข่ายดูแลอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (ละหมาดที่มีสัปดาห์ในวันศุกร์) ของชุมชนได้ และได้รับการสนับสนุนส่งเสริมด้านอาชีพแก่ผู้ป่วยจากองค์การบริหารส่วนตำบล ชุมชนเกิดการยอมรับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็โรคจิตเภท (ขวัญสุตา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2554) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย มีเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนอยู่ระหว่าง 3-8 ราย และการติดตามเยี่ยมโดยภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการดูแลรับ-ส่ง ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถกลับไปทำงานได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษากระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน (ไพจิตร พุทธรอด, 2559) ที่พบว่า ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายได้รับการอบรมให้มีความรู้ มีการวางแผนการดูแล มีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดผลดีต่อการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วม ในครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดดำเนินการในชุมชนอื่นๆ ได้

2. ข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชน คือ บุคลากรทางสาธารณสุขด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีน้อยการดำเนินการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องสร้างกระบวนการทำงานร่วมกับเครือข่ายชุมชน โดยการให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และพร้อมที่จะสนับสนุน จึงจะทำให้กระบวนการทำงานได้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2548). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2548. นนทบุรี. กองแผนงาน.
กรมสุขภาพจิต.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข, ไชยโตะ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2554). การสนับสนุนทางสังคมต่อ
ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 27 ประจำปี 2554, ขอนแก่น. 186-189.
- จันรรจ์ พลไพรินทร์ และฐิติวัลค์ ธรรมไพโรจน์. (2552). การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่ม
สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารโรงพยาบาลศรี ธีรญา, 10 (1) 13-18.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน
เขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปิ้งเหล้งที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้.
วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์. 3(1) 24-35
- บรรเจิด ทิพย์นุรักษ์. (2551). ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่
เหตุการณ์ความไม่สงบภาคใต้. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ไพจิตร พุทธรอด. (2559). กระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายใน ชุมชน .
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 24(2) 122-129.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, ชิตชนก โอภาสวัฒนา และชลลดา จารุศิริชัยกุล. (2561). คู่มือการดูแลผู้ป่วย
จิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบันโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรม
สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พรอสเพอรัลส์.
- ภารดี การเร็ว. (2541). ความสม่ำเสมอในการมารับยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท ในโรงพยาบาลสวน ปรง. การ
ค้นคว้าแบบอิสระสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร บริษัทวีฟ
รี่.
- Baker, C. (1995). The development of self-care ability to detect early signs of relapse among
Individuals who have schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing, 9(5), 261-268.
- Chen, A. (1991). Noncompliance in community : A review of clinical intervention. Hospital and
Community Psychiatry, 42(3), 282-287.
- Linstrom E, & Bingefors K. (2000). Patient compliance with drug therapy in schizophrenia.
Pharmacoeconomics 2000, 18, 105-124.