

บทสรุปสำหรับคณะกรรมการ (One Page)

ชื่อโครงการ หยั่งรากความหมายชีวิตสู่การดูแลที่คั่นคักดีศรีลดการตีตราผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดการป่วยซ้ำ
คณะ/หน่วยงาน สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

ที่มาของโครงการและสถานการณ์ก่อนเริ่มโครงการ

ร้อยละ 22.4 ของผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 ปีแรกหลังออกจากโรงพยาบาล มีอาการโรคกำเริบหรือป่วยซ้ำ โดยสาเหตุมักมาจากการหยุดรับประทานยาต้านโรคจิตเนื่องมาจากขาดความหยั่งรู้ตน ไม่ยอมรับความเจ็บป่วยและรู้สึกเจ็บปวดจากการถูกสังคมตีตราว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ภาระโรคที่มีผลต่อครอบครัว สังคมและทีมรักษาเพิ่มสูงขึ้น

วัตถุประสงค์และผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำจากการขาดยาต้านโรคจิตต่ำกว่าร้อยละ 10
2. ผู้ป่วยจิตเภทใช้ชีวิตอย่างมีความหมายร้อยละ 100 ร่วมมือในการรับประทานยาต้านโรคจิตร้อยละ 100
3. ผู้ป่วยจิตเภทคง (หรือเพิ่ม) ระดับความสามารถโดยเรียนหนังสือจบหรือยังคงมีงานทำร้อยละ 95
4. สาขาวิชา มีจำนวนเครือข่ายโรงพยาบาล ชุมชน สังคมที่ลดการตีตรา คั่นตัวตนและศักดิ์ศรีให้กับผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น และมีงานวิจัยร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่าย
5. ผ่านการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โดยให้การรับรองคุณภาพมาตรฐานงานบริการ Disease Specific Certification (DSC) การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท

งบประมาณ (ถ้ามี) ไม่มี

รูปแบบการดำเนินงาน

- 1) ให้ความรู้เรื่องโรคกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้ biological model และ reality testing
- 2) ใช้การสื่อสารแบบ PSU model ในการชักประวัติเป็นเรื่องเล่า narrative เพื่อค้นหาความหมายชีวิตนำมาเปลี่ยนความหมายของโรคจิตเภทและยาต้านโรคจิตให้มีความหมายใหม่ในเชิงบวก
- 3) solution focus หาทางออกชีวิตทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้โดยมีโรคจิตเภทเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต
- 4) ใช้นวัตกรรมลดการตีตราทางสังคม เช่น กิจกรรมเยี่ยมบ้านรายบุคคล ค่ายครอบครัวนวัตกรรม “Home stay” และ Home stay online ในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19
- 5) ทำงานวิจัยเพื่อพัฒนารักษาผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่าย

กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ได้รับผลประโยชน์
ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

ผลการดำเนินงาน (ย้อนหลัง 3 ปี)

- 1) ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำจากการขาดยาต้านโรคจิตในช่วง 1 ปีหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 1.5-3.1 (เป้าหมายคือ ต่ำกว่าร้อยละ 10)
- 2) ผู้ป่วยจิตเภทคง/เพิ่มระดับความสามารถร้อยละ 100 (เป้าหมายคือ ร้อยละ 95)
- 3) ผู้ป่วยจิตเภทใช้ชีวิตอย่างมีความหมายร้อยละ 100 และรับประทานยาต้านโรคจิตสม่ำเสมอร้อยละ 100 (เป้าหมายคือ ร้อยละ 100)
- 4) ร้อยละ 29 ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ลึกเป็นภาระในระดับสูง ซึ่งมีอัตรา ต่ำกว่าที่พบจากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ที่พบร้อยละ 54-54.5
- 5) มีจำนวนเครือข่ายชุมชนเพิ่มขึ้น จากเดิมมีจำนวน 4 เครือข่าย เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 39 เครือข่าย และมีงานวิจัยโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2 งานวิจัย
- 6) ผ่านการรับรอง Disease Specific Certification (DSC) การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท เป็นสถาบันแรกของประเทศไทย จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และนำเสนอเวทีนานาชาติ STEWARD 2567 ณ ประเทศเวียดนาม

ประเด็นและจุดเด่นที่เสนอเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ

เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทเชิงคุณภาพสอดคล้องกับค่านิยม (core values) ของคณะแพทยศาสตร์ MEDPSU 6 และเป็นต้นแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมทุกมิติ “กายจิตสังคมที่เน้นชีวิตและความเป็นมนุษย์ในงานบริการ” ทำให้นักศึกษาแพทย์ แพทย์ ได้นำไปใช้เป็นต้นแบบการพัฒนาบริการดูแลผู้ป่วยเชิงคุณภาพต่อไป

แผนการดำเนินการต่อไป

คงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นอัตลักษณ์ของสาขาวิชา เพื่อขอรับรอง DSC การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) ในการ re-accredit ครั้งที่ 2 เพื่อเป็นต้นแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ยังรากหัวใจมนุษย์จากการค้นหาความหมายชีวิตนำมาคั่นคักดีศรี ลดการตีตราให้กับผู้ป่วยจิตเภทอย่างยั่งยืน ให้สถานพยาบาลอื่นๆ ใช้เทียบเคียงต่อไป

แบบฟอร์มการนำเสนอแนวปฏิบัติที่ดี ระดับวิทยาเขต

1. แนวปฏิบัติที่ดีเรื่อง หยั่งรากความหมายชีวิตสู่การดูแลที่คึกคักดีศรีลดการติตราผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดการป่วยซ้ำ

2. โครงการ/กิจกรรมด้าน

- | | |
|---|---|
| ☐ ด้านการเรียนการสอนและคุณภาพบัณฑิต | ☐ ด้านบริหารจัดการ |
| ☐ ด้านงานวิจัย | ☐ ด้านการประกันคุณภาพ |
| ☒ ด้านบริการวิชาการและพันธกิจเพื่อสังคม | ☐ ด้านการดำเนินงานที่ใช้เครื่องมือ Lean & Kaizen |
| ☐ ด้านทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม | ☐ ด้านเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDGs |

3. คณะ/หน่วยงาน สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

4. ประเภทของโครงการ แนวปฏิบัติที่ดีระดับคณะ/หน่วยงาน (ผ่านการคัดเลือกโดยคณะ)

- ☒ 4.1 สายวิชาการ ☐ 4.2 สายอำนวยการ

5. ผู้ร่วมโครงการ

5.1 รศ.พญ.จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ หัวหน้าสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์

5.2 คณาจารย์ แพทย์ใช้ทุน/แพทย์ประจำบ้าน ทีมสหวิชาชีพ และสายสนับสนุน สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์

6. ที่มาของโครงการ : การประเมินปัญหา/ความเสี่ยง

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความเรื้อรัง มีอาการหลงเหลือ และมีโอกาสป่วยซ้ำสูง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในความสามารถ เกิดภาวะโรคในระดับสูง เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะโรคการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทจึงประกอบด้วยกระบวนการระหว่างการใช้ยาด้านโรคจิตร่วมกับทำให้ผู้ป่วยหยั่งรู้ตนและยอมรับความเจ็บป่วย รวมทั้งให้การฟื้นฟูทักษะชีวิตจนสามารถคืนผู้ป่วยกลับสู่สังคมและทำงานเลี้ยงชีพได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจถูกตีตราจากทัศนคติเชิงลบ ส่งผลให้ร้อยละ 26-44 ของผู้ป่วยจิตเภทปฏิเสธการรักษา นำไปสู่การกำเริบซ้ำของโรคและเพิ่มอัตราเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล โดยพบว่าร้อยละ 50-92 ของผู้ป่วยจิตเภทมีการกำเริบซ้ำของโรคภายใน 5 ปี ทำให้เพิ่มภาระการดูแลของครอบครัวและสังคม

สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ จึงออกแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นอัตลักษณ์ของสาขาวิชาฯ ครอบคลุมทุกมิติ “กายจิตสังคม” และใช้นวัตกรรม Homestay และเครือข่ายชุมชนเพื่อลดการติตรา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีที่ยืนในสังคมอย่างสง่างาม มีคุณค่า มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และลดอัตราการป่วยซ้ำรวมถึงลดการเกิดภาวะโรคของครอบครัวและสังคม

7. เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ของโครงการ

7.1 ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำลดลงและมีอัตราต่ำกว่าร้อยละ 10

7.2 ผู้ป่วยจิตเภทมีชีวิตอยู่กับโรคจิตเภทได้อย่างมีความหมายร้อยละ 100 และร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 100

7.3 ผู้ป่วยจิตเภทคง (หรือเพิ่ม) ระดับความสามารถ โดยเรียนหนังสือจบหรือคงมีงานทำร้อยละ 95 และระดับความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวในระดับสูง มีอัตราน้อยกว่าที่พบในสถานพยาบาลเทียบเคียงอื่น ๆ

7.4 มีจำนวนโรงพยาบาลเครือข่ายและเครือข่ายชุมชนหรือสังคมร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทในจำนวนที่เพิ่มขึ้น

7.5 กระบวนการรักษาผู้ป่วยจิตเภทผ่านการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ให้การรับรองคุณภาพมาตรฐานงานบริการ Disease Specific Certification (DSC) การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นสถาบันแรกของประเทศไทย ให้สถานพยาบาลอื่นนำไปใช้เทียบเคียง (benchmark)

8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 8.1 ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำที่ลดลงเนื่องจากมีความร่วมมือในการรับประทายาต้านโรคจิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง สามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความหมาย และมีมุมมอง (ใหม่) ต่อโรคจิตเภทและยาต้านโรคจิตในเชิงบวก
- 8.2 อัตราการป่วยซ้ำที่ลดลงส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังคง (หรือเพิ่ม) ระดับความสามารถในการเรียน การทำงาน ดำเนินชีวิตและช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ
- 8.3 มีจำนวนโรงพยาบาลเครือข่ายร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทและทำงานวิจัยร่วมกับสาขาวิชา เพิ่มขึ้น มีจำนวนเครือข่ายชุมชนและสังคมร่วมเป็นแกนนำลดการตีตรา ค้นศักดิ์ศรีผู้ป่วยจิตเภทแบบสานพลังที่ยั่งยืนสู่การฟื้นฟูผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น
- 8.4 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอัตลักษณ์ “หยั่งรากหัวใจมนุษย์สู่ระบบการรักษาพยาบาล” ที่ครอบคลุมมิติ “กายจิตสังคม” ผสานการให้คุณค่าเรื่อง “ความหมายชีวิต” ที่ค้นพบผ่านการร้อยเรียงเรื่องราวชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองต่อโรคจิตเภทและการรับประทายาต้านโรคจิตเป็นเชิงบวก ทำให้ลดอัตราการป่วยซ้ำของสาขาวิชา ผ่านการรองรับคุณภาพมาตรฐานงานบริการ Disease Specific Certification จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
- 8.5 นำกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นอัตลักษณ์ของสาขาวิชา แลกเปลี่ยนในงานประชุมจิตแพทย์ระดับนานาชาติ

9. การออกแบบกระบวนการ

- 9.1 วิธีการ/แนวทางการปฏิบัติจริง (PDCA) ในอดีต และที่ได้ปรับปรุงใหม่ในปัจจุบัน

อดีต Plan ใช้เทคนิค reality testing และ biological model ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีความหยั่งรู้ตน ยอมรับความเจ็บป่วยและรับประทายาต้านโรคจิตอย่างสม่ำเสมอ ทำให้อัตราการกำเริบซ้ำของโรคจากการขาดยาลดลง

Do เมื่ออาการความคิดหลงผิดหรือประสาทหลอนทางเสียงสงบลง ใช้เทคนิค 1) reality testing ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถแยกอาการที่เกิดจากตัวโรคกับโลกความเป็นจริง เกิดความหยั่งรู้ตนและยอมรับความเจ็บป่วย 2) biological model อธิบายเรื่องความผิดปกติของสมอง หรือ สารส่งประสาทเสียสมดุล ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา

Check ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังคงไม่หยั่งรู้ตน ไม่ยอมรับความเจ็บป่วย ไม่ร่วมมือในการรับประทายาต้านโรคจิตและรู้สึกเจ็บปวด (suffering) ต่อการถูกตีตราของคนในสังคม รู้สึกเป็นคนไม่มีค่า ด้อยศักดิ์ศรี ทำให้ไม่ร่วมมือในการรับประทายา

Action ปรับแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือต่อการรับประทายาต้านโรคจิตเพิ่มมากขึ้น

ปัจจุบัน Plan คงการใช้ biological model กับ reality testing เพื่อให้ความรู้เรื่องโรค และเพื่อก้าวข้ามข้อจำกัดของความไม่หยั่งรู้ตนหรือรู้สึกเจ็บปวดต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ให้ใช้เทคนิคที่เป็นอัตลักษณ์ของสาขาวิชา คือ 1) narrative interview ค้นหาความหมายชีวิต (meaning in life) ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บปวดกับคำว่า “เป็นโรคจิตเภท” และ “รับประทายาต้านโรคจิต” 2) solution focus ค้นหาทางออกของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับโรคจิตเภทได้อย่างสร้างสรรค์ 3) de-stigmatization ลดการตีตราของสังคมโดยใช้นวัตกรรมกิจกรรมหลากหลายรูปแบบ เช่น ค่ายครอบครัว หรือ “home stay” และเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลเครือข่าย/เครือข่ายชุมชนหรือสังคมเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน

Do เมื่ออาการของโรคจิตเภทสงบลงให้ใช้ 1) biological model 2) reality testing 3) narrative interview ค้นหาความหมายชีวิตและเปลี่ยนความหมายของโรคจิตเภท/การรับประทายาต้านโรคจิต จากเดิมที่เป็นเรื่องน่าอับอายให้กลายมามีความหมายใหม่ เช่น ทำให้ครอบครัวกลับมามีรอยยิ้มอีกครั้ง ทำให้ผู้ป่วยกลับมาทำงานเลี้ยงดูครอบครัวได้ 4) solution focus ค้นหาทางออกทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตร่วมกับโรคจิตเภทได้ 5) de-stigmatization เสริมทัศนคติเชิงบวกที่เข้มแข็ง

ให้กับชุมชนเครือข่าย เช่น กิจกรรมเยี่ยมบ้านรายบุคคล นวัตกรรมค่ายครอบครัว “Home stay” และ Home stay online (ช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19) 6) มีโรงพยาบาลเครือข่ายร่วมดูแลและพัฒนางานวิจัยผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน และ 7) นำรูปแบบการดูแลที่เป็นอัตลักษณ์ของสาขาวิชา ไปเผยแพร่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับจิตแพทย์ในระดับนานาชาติ

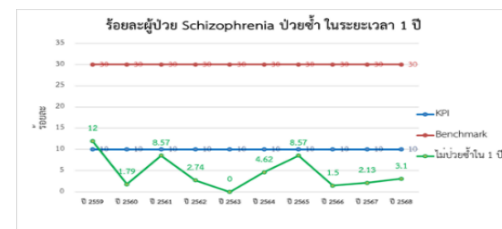
Check อัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ.2565-2568 ลดลงจากร้อยละ 22.4 เป็นร้อยละ 1.5-3.1 (เป้าหมายคือ ต่ำกว่าร้อยละ 10) ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยจิตเภทใช้ชีวิตอย่างมีความหมายและรับประทันยาต้านโรคจิตอย่างสม่ำเสมอ (Ref 1) (เป้าหมายคือ ร้อยละ 100) และร้อยละ 46 ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ มีเพียงร้อยละ 29 ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีระดับความรู้สึกเป็นภาระในระดับสูง และค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวที่มีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับครอบครัวในภูมิภาคอื่นของไทยและต่างประเทศ (Ref 2) มีจำนวนครอบครัวจิตอาสาสมัคร Home stay เพิ่มขึ้นจาก 3 ครอบครัวเป็น 10 ครอบครัว มีชุมชนเครือข่ายเพิ่มขึ้นจาก 4 เครือข่ายเป็น 39 เครือข่าย นอกจากนี้นวัตกรรม Home stay ทำให้เกิดการเขยื้อนทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทในเชิงบวกมากขึ้น (Ref 4) และสาขาวิชา มีงานวิจัยร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายจำนวน 2 งานวิจัย (Ref 2, 5)

Act คงกระบวนการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นอัตลักษณ์ของสาขาวิชา เพื่อลดการกำเริบซ้ำอย่างต่อเนื่องต่อไป

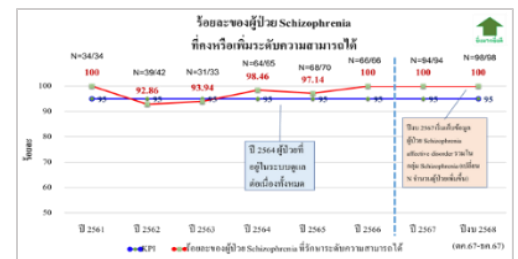
9.2 งบประมาณที่ใช้ในการจัดโครงการ-กิจกรรม (ถ้ามี) – ไม่มี

10. การวัดผลและผลลัพธ์ (Measures) แสดงข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ (3 ปี) และ/หรือเทียบกับหน่วยงานภายใน/ภายนอก

10.1 มีอัตราการป่วยซ้ำในช่วง 1 ปี หลังออกจากโรงพยาบาลต่ำกว่าร้อยละ 10 พบอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 ปีหลังออกจากโรงพยาบาลเท่ากับร้อยละ 1.5-3.1 ซึ่งมีค่าต่ำกว่าอัตราในอดีตที่พบร้อยละ 22.4 (Ref 3) และมีค่าต่ำกว่าที่พบในการศึกษาต่างประเทศ (Benchmark) คือ ร้อยละ 30



10.2 คง (หรือเพิ่ม) ระดับความสามารถ โดยเรียนหนังสือจบหรือคงมีงานทำ ร้อยละ 95 ใน 5 ปี ที่ผ่านมาพบอัตราการคง (หรือเพิ่ม) ระดับความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการบำบัดรักษาร้อยละ 97.1-100 และใน 3 ปีที่ผ่านมาพบอัตราเท่ากับร้อยละ 100



10.3 ผู้ป่วยใช้ชีวิตร่วมกับโรคจิตเภทได้อย่างมีความหมายร้อยละ 100 และมีความร่วมมือในการรับประทันยาต้านโรคจิตอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 100 งานวิจัยของสาขาวิชา พบว่าร้อยละ 100 ของผู้ป่วยจิตเภทใช้ชีวิตได้อย่างมีความหมาย และร้อยละ 100 ของผู้ป่วยจิตเภทรับประทันยาต้านโรคจิตอย่างสม่ำเสมอ (Ref 1)

Original Article: JOURNAL OF THE ROYAL SOCIETY OF MEDICINE

Section: Medicine

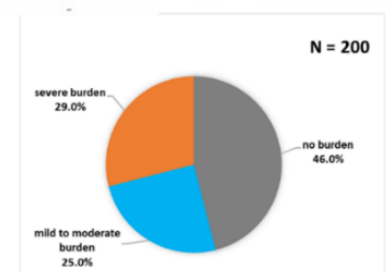
Table 2: Missing in life

Statement	Mean	SD
I understand my life's meaning	5.0	4.0-5.0
My life has a clear sense of purpose	5.0	3.0-5.0
I have a good sense of what makes my life meaningful	5.0	4.0-5.0
I have discovered a satisfying life purpose	5.0	4.0-5.0
My life has no clear purpose	1.0	1.0-4.0
I am looking for something that makes my life feel meaningful	5.0	3.0-5.0
I am always looking to find my life's purpose	5.0	4.0-5.0
I am always searching for something that makes my life feel significant	4.0	3.0-5.0
I am seeking a purpose or mission for my life	4.0	3.0-5.0
I am searching for meaning in my life	5.0	3.0-5.0

SD: standard deviation

10.4 ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับต่ำ

10.4.1 ระดับความรู้สึกเป็นภาระ ในปี พ.ศ. 2567 (Ref 2) งานวิจัยของสาขาวิชา พบว่า ร้อยละ 46 ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ และร้อยละ 29 ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับสูง ซึ่งมีอัตราต่ำกว่าที่พบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยที่พบร้อยละ 54.5 และในประเทศอินเดียที่พบร้อยละ 54.0



10.4.2 การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว (emotional expression) เนื่องจากการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวในระดับสูงจะส่งผลต่อการกำเริบซ้ำของโรค ในปี พ.ศ. 2567 งานวิจัยของสาขาวิชาฯ (Ref 2) พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทของสาขาวิชาฯ และโรงพยาบาลเครือข่ายมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้แบบวัด TEES เท่ากับ 99.0 คะแนนซึ่งมีค่าต่ำกว่าที่พบในภาคกลางของไทยที่พบเท่ากับ 130.9 คะแนน สะท้อนถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสาขาวิชาฯ และโรงพยาบาลเครือข่ายที่มีความโดดเด่น โดยได้นำงานวิจัยนี้เสนอในงานประชุม The 10th World Congress Asian Psychiatry (WCAP) Bali, Indonesia จากหน่วยงาน Psychiatric Association (PDSKJI) ประเทศอินโดนีเซีย ในวันที่ 5-7 ธันวาคม 2567 และตีพิมพ์ในวารสาร BMC Psychology 2025 (level Q1) (Ref 2)

10.5. เครือข่ายโรงพยาบาลและเครือข่ายชุมชน/สังคม ที่คืนตัวตนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และลดการตีตราผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนเพิ่มขึ้น

10.5.1 เครือข่ายสังคม ในปี พ.ศ.2547 ช่วงเริ่มต้นการพัฒนาแกนเครือข่ายสังคม โครงการนวัตกรรมการ Home stay มีจำนวนเจ้าบ้านอาสาเพียง 3 ครอบครัว แต่ในปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 10 ครอบครัว มีเครือข่ายชุมชนจากเดิม 4 เครือข่าย แต่ในปัจจุบันเพิ่มขึ้นเป็น 39 เครือข่าย และนวัตกรรม Home stay ทำให้ลดการตีตราและเกิดการเขี่ยพ้นทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็นเชิงบวกมากขึ้น ดังงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสาร J Psychiatr Assoc Thailand. 2015 (Ref 4)

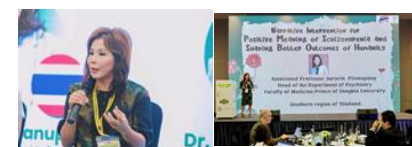
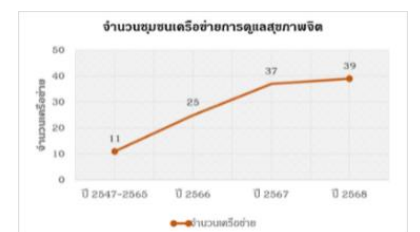
10.5.2 เครือข่ายโรงพยาบาล มีจำนวนโรงพยาบาลเครือข่ายเพิ่มขึ้นเป็น 8 โรงพยาบาล และมีงานวิจัยร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายคือ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 2 งานวิจัย (Ref 2, 5)

10.6 สาขาวิชาฯ ผ่านการรับรอง Disease Specific Certification (DSC) การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นสถาบันแรกของประเทศไทย จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เพื่อให้สถานพยาบาลอื่นนำไปใช้เทียบเคียง โดยตั้งแต่ปี พ.ศ.2565 จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีสถานพยาบาลใดแสดงความจำนขอรับการรับรองการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท ปัจจุบันอยู่ในขั้นตอนการขอรับรอง DSC การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นครั้งที่ 2

10.7 นำกระบวนการรักษาผู้ป่วยจิตเภทไปแลกเปลี่ยนในระดับนานาชาติ “Narrative intervention for positive meaning of schizophrenia and shaping better outcome of humanity” ในงานประชุม StEWARD 2567 ณ ประเทศเวียดนาม

11. การเรียนรู้ (Study/Learning)

11.1 แผนหรือแนวทางการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในอนาคต คงรูปแบบและขยายแนวคิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบครบมิติกายจิตสังคมผสมผสาน biological model, reality testing, narrative interview, solution focus และนวัตกรรมกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาล ชุมชนและสังคม ทำให้เกิดการเขี่ยพ้นสังคมด้านลดการตีตราคืนศักดิ์ศรีให้กับผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับพันธกิจ sustainable development goals ต่อไป



11.2 จุดแข็ง (Strength) หรือสิ่งที่ทำได้ดีในประเด็นที่นำเสนอ ทีมสหสาขาวิชา มีความเป็นหนึ่งเดียวและทุ่มเท พร้อมปรับเปลี่ยนการดูแลตามสถานการณ์ภายนอกที่มาคุกคาม เช่น การทำระบบการรักษาแบบ online

11.3 กลยุทธ์หรือปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ กำหนดนโยบายที่ชัดเจนร่วมกัน ให้ความสำคัญกับบุคลากรของสาขาวิชา ทุกคน ทำให้เกิดการทำงานเป็นหนึ่งเดียว

11.4 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข เป็นสาขาวิชา ขนาดเล็ก มีจำนวนบุคลากรน้อยเมื่อเทียบกับงานสอนและงานบริการสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

12 ประเด็น (จุดเด่น) ที่เสนอเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ และการเผยแพร่แนวปฏิบัติสู่ภายในหรือภายนอกมหาวิทยาลัย

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงคุณภาพที่ครบมิติกายจิตสังคม โดยผสานการให้ความรู้ด้วย biological model และ reality testing ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจหลักการรักษาโรคด้วยยาต้านโรคจิต ร่วมกับมองชีวิตผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ โดยใช้การสื่อสารแบบ PSU model ที่เป็นอัตลักษณ์เฉพาะของสาขาวิชา นำมาใช้ฟังความเจ็บป่วยที่มีอยู่ในชีวิตแบบเป็นเรื่องราวหรือ narrative story ทำให้ทีมรักษาพยาบาลสามารถสัมผัสได้ถึงโรคร่วมกับหัวใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีทั้งความสุขความทุกข์ อีกทั้งทำให้ค้นพบสิ่งที่เป็นความหมายอันยิ่งใหญ่ต่อชีวิตของผู้ป่วย นำมาใช้ในการเปลี่ยนความหมายของโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตให้มีความหมายในเชิงบวกได้อย่างสร้างสรรค์และสอดคล้องกับชีวิตของผู้ป่วยแบบเฉพาะราย ทำให้ผู้ป่วยค้นพบทางออกหรือ solution สามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคจิตเภทได้โดยไม่รู้สึกรำคาญใจอีกต่อไป นอกจากนี้นวัตกรรมกิจกรรมลดการตีตราในระดับชุมชน/สังคม ที่เป็นอัตลักษณ์ของสาขาวิชา และมีงานวิจัยรองรับ เช่น ค่ายครอบครัว หรือ home stay ทำให้เกิดการเชื่อมโยงทัศนคติเชิงบวกของผู้คนในสังคมต่อผู้ป่วยจิตเภท

เอกสารอ้างอิง

- 1) Teetharatkul T, Pitanupong J, Good Medication Adherence and its Association with Meaning in Life among Thai Individuals with Schizophrenia. J Health Sci Med Res 2022;40(5):533-541.
- 2) Kaewchum T, Pitanupong J, Tepsuan L, Yakkaphan P, Maneepongpermpoon P. Expressed emotions among caregivers of individuals with schizophrenia and associated factors: a multihospital-based survey in Southern Thailand. BMC Psychology.2025;13:34.
- 3) Pitanupong J, Ratanaapiromyakit P, Teetharatkul T, Factors Associated with Readmission Among Individuals with One Previous Episode of Schizophrenia in Southern Thailand: A University Hospital-based Retrospective Study. J Health Sci Med Res 2022; 40: 657-670.
- 4) Taengbunngam S.,Chincharoensup D.,Vitayanont A. Attitudes toward Mental Illness of Psychiatric Patients, Relatives of Psychiatric Patients and Homeowners from A Homestay Family Camp.J Psychiatr Assoc Thailand 2015;60(2):149-154.
- 5) Pitanupong J, Karakate A, Tepsuan L, Sritrangnant G. Attitudes Toward Long- Acting Injectable Antipsychotics among Schizophrenia Patients in Southern Thailand: A Multihospital- Based Cross- Sectional Survey. Siriraj Med J 2022; 74: 193-201.