

การพัฒนาารูปแบบบริการการรักษาผู้ป่วยจิตเวช แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุนให้เข้าถึงการรักษา อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

Development of a Participatory Subdistrict Health-Promoting Hospital Network Model
for Psychiatric Care Using Digital Technology in Non Sung District, Nakhon Ratchasima.

(Received: December 23,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

วรวุฒิ สุพิษณุ¹

Worawut Supit

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (แอปฯ “Mental Health Check In”, QR Code, และ Telemedicine) นำร่องในอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา (มี.ค.–ก.ย. 2568) ครอบคลุม 18 แห่งบริการระดับปฐมภูมิ กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 4 เฟส ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ การพัฒนานวัตกรรม การทดลองใช้นำร่อง (15 หมู่บ้าน, อสม. 81 คน, ประชากร 817 คน) และการขยายสู่ทั้งอำเภอ (18 แห่ง) เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้/การมีส่วนร่วมของเครือข่าย (n=100), แบบสอบถามผู้ดูแลและผู้ป่วย (n=82), แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจของแอปฯ/telemedicine การวิเคราะห์ใช้สถิติพรรณนา การทดสอบ t และการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (FGD/สัมภาษณ์)

ผลการศึกษา: หลังพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยความรู้ของเครือข่ายเพิ่มจาก 8.12 ± 2.45 เป็น 11.09 ± 2.30 ($p < 0.001$) ผู้ดูแลมีความพึงพอใจสูง (ค่าเฉลี่ย $\geq 4.0/5$) และสมรรถนะการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การทดลองใช้แอปฯ และการให้บริการทางไกลช่วยเพิ่มการคัดกรองและการเข้าถึงบริการ ข้อจำกัดสำคัญคือปัญหาโครงสร้างพื้นฐานอินเทอร์เน็ตในบางพื้นที่ จึงต้องใช้แบบฟอร์มกระดาษเป็นมาตรการสำรอง

คำสำคัญ: การรักษาผู้ป่วยจิตเวช การมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายในชุมชน เทคโนโลยีดิจิทัล

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop a digital model for monitoring, screening, and caring for psychiatric patients in the community ("Mental Health Check In" app, QR code, and telemedicine), piloted in Non Sung District, Nakhon Ratchasima Province (March–September 2025), covering 18 primary care facilities. The research process is divided into four phases: situation assessment, innovation development, pilot testing (15 villages, 81 village health volunteers, 817 population), and scaling up to the entire district (18 facilities). Tools include a knowledge/participation questionnaire for the network (n=100), a caregiver and patient questionnaire (n=82), a patient data recording form, and a satisfaction survey for the app/telemedicine. Descriptive statistics, t-tests, and qualitative analysis (FGD/interviews) were used for data analysis.

Results: Network knowledge improved from mean 8.12 ± 2.45 to 11.09 ± 2.30 ($p < 0.001$). Caregiver satisfaction averaged $\geq 4.0/5$; care competency increased significantly. The digital tools and telemedicine enhanced screening coverage and access. Key constraints were limited internet infrastructure in some areas, necessitating paper-based fallback procedures.

Keywords: Psychiatric treatment, Community participation, Sub-district health promotion hospital, Community network partners, Digital technology

¹ โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

บทนำ

โรคจิตเวชมีการดำเนินของโรคในลักษณะโรคเรื้อรัง ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและการรับรู้ เมื่อป่วยแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาด ทำให้สูญเสียความสามารถในการเข้าสังคม และการประกอบอาชีพ โดยพบว่า จากการประมาณ การทั่วโลกโดยองค์กรอนามัยโลกพบว่า มีคนจำนวน 1 ใน 4 หรือประมาณ 450 ล้านคน ประสบกับความ ผิดปกติทางจิต ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตและปัญหา สุขภาพจิตยังเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศ เช่นเดียวกัน และจากสถิติกรมสุขภาพจิต พบว่า จำนวน 1 ใน 5 หรือร้อยละ 20 ของคนไทยมีปัญหา สุขภาพจิต และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทย พบว่ามีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติผู้ป่วยโรคจิตเวชทุกประเภทที่ได้รับการดูแลรักษาในปี 2558 - 2561 คน ไทยทั่วประเทศมีการเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 1,399,548 คน, 1,616,400 คน, 2,347,749 คน และ 3,051,007 คน ตามลำดับ พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุด รองลงมาคือโรควิตกกังวลและซึมเศร้า¹ ซึ่งในปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้กลับมารักษาตัวที่บ้านและชุมชนเหมือน โรคเรื้อรังทั่วไป แต่เมื่อกลับมาสู่ชุมชนพบว่า ผู้ป่วยหรือญาติไม่เห็นความสำคัญในการรักษา เนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยหายดีแล้ว ขาดความรู้เรื่องการดูแลต่อเนื่อง การดูแลเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยา และเกิดอาการกำเริบรุนแรง และไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้¹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีการศึกษาวิจัยในบริบทโรงพยาบาลโนนสูง การบริหารจัดการเชิงระบบสู่การพัฒนาบริการสุขภาพจิต แบบ "ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน" อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ปี 2564 โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนการดำเนินการ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่และวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช 2) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, ระยะที่ 2 เน้นการ 1) วางแผน 2) ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และระยะที่ 3 3 ระยะติดตามและ

ประเมินผล มีการบริหารจัดการเชิงระบบโดยนำข้อมูลปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาเป็นข้อมูลนำเข้า และวางแผนพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พัฒนารูปแบบบริการแบบเครือข่ายบริการสุขภาพจิต (NODE) ของ รพ.สต. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในและนอกเครือข่ายสุขภาพสนับสนุนเงินงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (P4P) ให้ รพ.สต. จัดระบบยาจิตเวชใน รพ.สต. จัดระบบห้องปฏิบัติการใน รพ.สต. สนับสนุนเครื่องมือทางจิตวิทยา มีนโยบายปรับคลินิกจิตเวชเป็นคลินิกให้การดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) ใช้กรอบแนวคิดการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชแบบ F-C-T และกำหนดเป้าหมายในการติดตามกำหนดเป็นตัวชี้วัด 1) รพ.สต. บริการ Psychosocial clinic 2) เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช 3) เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชอาการสงบให้ดำเนินชีวิตได้ในสังคมได้ 4) ลดอัตราการขาดนัด/ขาดยา และ 5) ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น²

ผลการวิจัยพบว่า รพ.สต. จัดบริการ Psychosocial clinic ครบ 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ระหว่าง ปีประมาณ 2560-2564 พบการเข้าถึงบริการโรคจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 82.00, 82.90, 89.30, 90.50 และ 92.35 การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 56.19, 66.05, 67.08, 72.36 และ 89.28 การเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.75, 11.03, 15.42, 24.31 และ 28.67 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับดี อาการสงบสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ ร้อยละ 98.15.15, 98.30, 97.78, 99.28 และ 99.82 อัตราการขาดนัด/ขาดยาลดลงร้อยละ 0.48, 0.72, 0.39, 0.24 และ 0.18 และอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดระบบบริการ เท่ากับร้อยละ 88.32, 89.20, 90.00, 91.22 และ 92.30 ตามลำดับ³

จากสถานการณ์ มีการระบาดของโควิด19 พบว่าปี2564-2567 ต้องมีการนำระบบบริการทางไกล ใช้เทคโนโลยีในการตรวจรักษาและการส่งยา

ทางไกลด้วยการสนับสนุนการเข้าถึงยาจิตเวช ทั้ง 18 แห่งต้องมีเครือข่าย อสม รพสต ชุมชนมีส่วนในการบริการทางไกลมากขึ้นอย่างมาก จึงพัฒนารูปแบบการบริการการใช้ TELEMEDicine ร้อยละ 100 การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีการเข้าถึงความเท่าเทียม คุณภาพและความคุ้มค่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเผชิญในการดูแลสุขภาพ พบว่าการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล มากขึ้น ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล มีความไม่สะดวกในการเดินทาง การเสียค่าใช้จ่าย และการเสียเวลาของทั้งผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยมีการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ทันสมัย เช่น คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือ การดูแลรักษาผู้ป่วย โดยองค์การอนามัยโลกกำหนด Telemedicine เป็นการส่งมอบบริการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการโดยระยะทาง Telemedicine ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยและรักษาโรค Telemedicine สามารถมีส่วนร่วมในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UK) ในประเทศต่างๆ โดยการปรับปรุงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและคุ้มค่าสำหรับผู้ป่วยโดยไม่ต้อง คำนึงถึงสภาพแวดล้อม ซึ่งมีคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่ยากลำบากในพื้นที่ห่างไกล, กลุ่มเสี่ยงและประชากรสูงอายุ

การให้บริการทางการแพทย์ทางไกล หรือ Telemedicine คือ การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนผู้ขอรับบริการ โดยบุคลากรทางการแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพด้วยระบบบริการทางการแพทย์ทางไกลผ่านทางเทคโนโลยีและการสื่อสารแบบ Video conference เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงและทันเวลาในการให้บริการแก่ประชาชน เข้าถึงบริการในพื้นที่มีอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา ประวัติ ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาลการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ตลอดระยะเวลาการเดินทาง รวมถึงลดความเสี่ยงจาก

การสัมผัส และลดความแออัดในโรงพยาบาล ระบบการแพทย์ทางไกล Telemedicine มีวิวัฒนาการอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี ครอบคลุมส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ดิจิทัลอย่างน้อยหนึ่งเครื่องที่สามารถเป็นวิธีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตามในช่วงการระบาดใหญ่ของ Covid-19 การใช้บริการ Telehealth ได้เพิ่มขึ้นอย่างมากในหลายประเทศ Telenmedicine ได้กลายเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานสำหรับประชากรทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่อยู่ในการกักกัน ทำให้ผู้ป่วยแบบเรียลไทม์ผ่านการติดต่อกับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพสามารถเข้าถึงคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ⁴ จะเห็นว่า Telehealth เป็นที่พบบ่อยที่สุดที่ประเทศต่างๆ นำมาใช้ในการให้บริการในช่วงการระบาดใหญ่ของ Covid-19 รายงานยังแสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มของการใช้ Telemedicine เพิ่มขึ้น ทำให้ Telemedicine ให้วิธีการสำหรับการให้บริการด้านสุขภาพที่เท่าเทียมกัน มีประโยชน์ทั้งสำหรับโรงพยาบาล แพทย์พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และผู้ป่วยทุกคน ดังนั้นผู้วิจัยและคณะกรรมการพัฒนารูปแบบบริการการรักษาผู้ป่วยจิตเวช แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุนให้เข้าถึงการรักษาอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมาขึ้นจากเดิมที่ยังไม่มีรูปแบบชัดเจน

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยศึกษาในพื้นที่อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่าง วันที่ 1 มีนาคม 2568 – 30 กันยายน 2568 นี้ มุ่งเน้นการสร้าง นวัตกรรม (Innovation) เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เป็นรูปแบบในการจัดบริการที่

เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยสามารถ ประยุกต์ใช้ ได้จริงในทางปฏิบัติ ประกอบด้วยขั้นตอนการวิจัย พอสังเขป ดังนี้

1) การประเมินสภาพปัจจุบันและปัญหา

1.1 การเข้าถึงบริการทางจิตเวชอยู่ในระดับ ต่ำ ผล ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง

1.2 วิเคราะห์สภาพปัญหาที่มีในปัจจุบัน รูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา สรุปและนำเสนอ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของหน่วยบริการร่วม รักษาหรือ ร่วมนำเสนอข้อเด่นข้อด้อย สภาพ ปัญหา ในทางปฏิบัติระดับพื้นที่ เพื่อปรับปรุงข้อด้อย รวมทั้งดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในบริบท ของอำเภอโนนสูง โดยการใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ ขนาดเล็ก ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนอง หว่า ตำบลด่านคล้า

1.3 แต่งตั้งคณะทำงานติดตาม นิเทศ และ สนับสนุนการดำเนินงาน โดยดำเนินการ 3 เดือน/ ครั้ง

รวม 2 ครั้ง ทุกสถานบริการ โดยติดตามในระดับ สถานบริการและเยี่ยมผู้ป่วยในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน

2) ยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

2.1 นำรูปแบบบริการที่ได้จากการดำเนินการ พัฒนาสู่การปฏิบัติในวงบริการขนาดเล็ก เพื่อ ทดลองใช้โดยไปดำเนินการ รับผิดชอบ 15 หมู่บ้าน ประชากร จำนวน 817 คน อสม.ทั้งสิ้น 81 คน ทดลอง 3 เดือน และประเมินผลการดำเนินการ

2.2 พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานจิตเวช ชุมชน ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนอง หว่า ตำบลด่านคล้า จัดประชุม อสม. และอธิบายการ ใช้โปรแกรม Mental Health Check In โดยให้ อสม. สแกน QR CODE เข้าสู่ระบบและสาธิตการใช้ โปรแกรม พร้อมทั้งให้ อสม. ฝึกปฏิบัติโดยการ ประเมิน สุขภาพจิตตนเอง และฝึกการประเมิน สุขภาพจิตให้ประชาชนทั่วไป

2.3 อสม. นำ QR CODE ของ Mental Health Check In ดำเนินการในครัวเรือนที่รับผิดชอบ โดยประเมินให้ ให้ประชาชนในครัวเรือนประเมิน ตนเอง หรือประเมินคนในครอบครัวก็ได้

2.4 กรณี หมู่บ้านชุมชน หรือ อสม. ไม่มี เครือข่ายโทรศัพท์ให้ ประเมินและบันทึกใน แบบฟอร์มการประเมิน (Manual) นำส่งให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขบันทึกข้อมูล

2.5 อสม.ประเมินสุขภาพจิตครัวเรือนที่ รับผิดชอบ โดยการประเมินให้หรือสอนให้คนใน ครัวเรือนประเมินตนเองผ่านโทรศัพท์ โดย อสม.มี QR CODE คนละแผ่น เพื่อการเข้าโปรแกรม

2.6 ทีมจิตเวช รพ.โนนสูง สรุป และคืนข้อมูล การคัดกรอง โดยส่งข้อมูลผ่าน LINE GROUP คืน ข้อมูลทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตาม โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินซ้ำเพื่อส่งต่อ/เฝ้าระวัง กรณีไม่เสี่ยง พร้อมประสานโรงพยาบาลในการส่งต่อ พบแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยหรือส่งกลับ เพื่อเฝ้าระวัง โดยส่งตัวกลับมาในชุมชน

2.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประสาน อสม. ผู้รับผิดชอบหลังคาเรือน ผู้นำชุมชน เพื่อติดตาม การ กินยากรณีได้รับยา หรือเฝ้าระวังกรณียังไม่ได้รับการ วินิจฉัย ทั้งนี้ เป้าหมายคือกลุ่มเสี่ยงสามารถ เข้าถึง บริการได้ทุกคน

3) สนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบงานจิตเวช เพื่อ การปรับปรุง พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์ ข้อขัดข้อง ปัญหา อุปสรรค

3.1 เติมเต็มรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อจัดการข้อขัดข้อง แก้ไขปัญหา ที่เกิดขึ้นจากการทดลองปฏิบัติในพื้นที่ ขนาดเล็กของ รพสต หนองหว่า ตำบลด่านคล้า

4) นำรูปแบบที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงพัฒนา แล้ว ไปดำเนินการใน ทุกตำบล รวม 16 ตำบล รพสต รวมทั้งสิ้น 18 สถานบริการ

4.1 ทดลองใช้รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาใน พื้นที่ภาพรวมทั้งอำเภอ พหอ.

4.2 รายงานผลการดำเนินงานรายเดือนจากพื้นที่ การนิเทศ ติดตาม สนับสนุนและแก้ไข ปัญหา/อุปสรรค ที่ประสบในพื้นที่ เมื่อดำเนินการครบ 3 เดือน จึงประเมินผลการดำเนินงานภาพรวม ทั้งนี้ ใช้การประสานงาน และรายงานผลการดำเนินงานผ่าน LINE GROUP

5) การประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้รับการพัฒนา (Model Evaluating)

5.1 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในภาพรวมทั้งอำเภอ พร้อมยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การดำเนินการวิจัยนี้ ผสมผสานด้วยวิธีการเชิงคุณภาพแทรกไปในหลายขั้นตอน ตามบริบทที่ขับเคลื่อนงานวิจัย และการได้มาซึ่งข้อมูลในหลายกรณีเป็นวิธีการผสมผสาน ทั้งการสังเกต การสัมภาษณ์ การเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการเชิงกระบวนการ นำมาอธิบายและ เสนอ มุมมองร่วมกัน นักวิจัยเก็บข้อมูลภาคสนามเพิ่มเติม โดยมุ่งเน้น ปรากฏการณ์ทางสังคมที่ปรากฏ ต่อหน้านักวิจัย ปราศจากแนวคิดทฤษฎีภายนอก คล้ายทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) หากแต่ไม่ นำเสนอหรือไม่มีพยายามในการสร้างทฤษฎีใหม่จากปรากฏการณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ทิมาชาติ เครือข่าย ผู้พัฒนารูปแบบ

ประชากร ใช้หน่วยบริการปฐมภูมิ PCU และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 18 แห่ง ในอำเภอโนนสูง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิ PCU และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ 1 แห่ง รวม 18 แห่ง และที่ยื่นแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการเพื่อพัฒนางาน รวมทั้งสิ้น 18 แห่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผู้วิจัยแบ่งประชากรออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ประกอบด้วย ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ปกครอง อปท.

ตำรวจชุมชนหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยได้จำนวนกลุ่มเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง สุ่มแยกออกเป็นดังนี้ ผู้บริหาร อปท. จำนวน 18 คน ตำรวจชุมชนหรือ อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) จำนวน 18 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาล (รพ.) 10 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) 18 และศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) จำนวน 18 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 18 คน รวมทั้งหมดจำนวน 100 คน การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ เป็นตัวแทนที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และสามารถเข้าร่วมกระบวนการได้ตลอดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยโรคจิตเวช

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคจิตเวช

2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนที่ป่วยเข้ารับบริการ รพ โนนสูง 817 ราย สุ่มอย่างง่าย ร้อยละ 10 กลุ่มประเมินผลรูปแบบที่พัฒนา ประกอบไปด้วย ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช คือ ญาติ/ผู้ดูแลในครอบครัว ที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มป่วย F00-09 จำนวน 82 คน คือ โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เรียงลำดับเลข เลขที่ ของเลขประจำตัว โดยมี

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวชที่อาการสงบ 1 คู่ ควบคุมโรคได้ดี ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ให้ข้อมูลครบ และสามารถเข้าร่วมกระบวนการได้ตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยจิตเวช ที่มีอาการกำเริบรุนแรง หรือ

เปลี่ยนแปลง ไปจากเดิม ควบคุมไม่ได้ เป็นอุปสรรค
ในระหว่างการศึกษาไม่มีผู้ดูแล ให้ข้อมูลไม่ครบ
ตามที่กำหนด

ขั้นตอนในการดำเนินการกิจกรรม

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด
โดยการมีส่วนร่วม ในพื้นที่อำเภอโนนสูง จังหวัด
นครราชสีมา โดยมีจัดประชุมเครือข่ายสุขภาพจิต
ชุมชน จำนวน 4 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 วาง แผนการพัฒนา โดยจัดประชุม
เพื่อชี้แจงโครงการพัฒนาฯ และการทบทวน
สถานการณ์ปัญหาที่ผ่านมา

ครั้งที่ 2 การประชุมการพัฒนากระบวนการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวช แบบมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย และ
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ครั้งที่ 3 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิต
เวช แบบมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย

ครั้งที่ 4 การประเมินผลการนำไปใช้ ได้
รูปแบบที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการ
มีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ในพื้นที่อำเภอโนนสูง
จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก
ได้แก่

1) การตั้งกลุ่มเครือข่ายและกำหนดบทบาท
หน้าที่ (1 ชั่วโมง) กลุ่มไลน์

2) กระบวนการร่วมคิดร่วมทำ กำหนด
แนวทางการแก้ไขปัญหและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
(1 ชั่วโมง),

3) การบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ด้วยดิจิทัล
telemedicine อย่างเหมาะสม โดยการประสานงาน/
ทีม ตำรวจ ชุมชนและครอบครัว (1 ชั่วโมง)

4) การเสริมแรงทางบวก (30 นาที)

5) การเฝ้าระวังความเสี่ยงอาการกำเริบรุนแรง
(2 ชั่วโมง)

รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลโดย
ทีมคลินิกสุขภาพจิตให้บริการการตรวจ 18 แห่ง
ตามแผนการนัดหมายการตรวจและรับยา มี 3
รูปแบบคือ

1) การบันทึกภาพถ่าย พร้อมประวัติผู้ป่วย
แล้วส่งข้อมูลเพื่อขอคำปรึกษา ผ่านระบบมือถือ หรือ

ผ่านทางไลน์ แอปพลิเคชัน หรือจดหมาย
อิเล็กทรอนิกส์

2) การให้คำปรึกษาแบบ real time หรือ live
interactive VDO conference

3) รูปแบบ Hybrid เป็นการใช้ทั้งภาพถ่าย
พร้อมประวัติ ร่วมกับการพูดคุยผ่าน VDO
conference การให้บริการแพทย์ทางไกล ในแนวทาง
ปฏิบัตินี้ จะแบ่งการแพทย์ทางไกล เป็น 2 ระดับ คือ
ระดับผู้ป่วยกับแพทย์ทั่วไป/แพทย์เฉพาะทางและ
ระดับแพทย์กับแพทย์ (แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือ
แพทย์ที่ดูแลปฐมภูมิ กับแพทย์สาขา กับแพทย์เฉพาะ
ทาง) เพื่อขอคำปรึกษาในการวินิจฉัยรักษา

ขอบเขตการให้บริการการแพทย์ทางไกล ระดับผู้ป่วยกับแพทย์

การทบทวนข้อมูลอย่างเป็นระบบ ถึงการนำ
บริการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการวินิจฉัยและรักษา
ผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าการบริการแพทย์ทางไกล
การวินิจฉัยและรักษา ประเมินระยะเวลาการรักษา
และจำนวนครั้งที่ต้องมาโรงพยาบาล ประเมินความ
พึงพอใจ ถึงการบริการแพทย์ทางไกลการใช้
โทรศัพท์มือถือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและมี
แนวทางการรักษาที่ชัดเจนแล้วเท่านั้น

การตรวจทางไกลในผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยมา
ตรวจที่โรงพยาบาลมาก่อน หรือเป็นผู้ป่วยเก่าแต่มี
ปัญหาเรื่องใหม่เกิดขึ้น อาจเกิดความผิดพลาดในการ
สื่อสารและการวินิจฉัยได้แนะนำให้มีการคัด
กรอง

ขั้นตอนผู้รับบริการการแพทย์ทางไกล ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยเก่าที่มีอาการคงที่ ต้องการรับยา
ต่อเนื่อง, ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ,
ต้องการปรึกษา

เรื่องอาการ หรือยาที่ได้รับจากแพทย์และได้รับการ
ประเมินจากแพทย์ให้สามารถตรวจทางไกลได้

2. มีภาพถ่าย บันทึก อุปกรณ์สื่อ หรือระบบ
การตรวจ ทางไลน์

3. มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีที่ได้รับยาที่ต้องติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตามที่แพทย์ร้องขอ

4. ผู้ป่วยหรือญาติที่ทราบอาการของผู้ป่วยที่สามารถใช้โปรแกรมตรวจการแพทย์ทางไกลได้ โดยสรุป

การพิจารณาประยุกต์ใช้การตรวจทางไกล

5. ระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล รองรับและมีความมั่นคงปลอดภัย มีการกำหนดเกณฑ์การเข้ารับบริการที่ชัดเจน การขอคำยินยอมในการเข้ารับบริการ ช่องทางการติดต่อนัดหมาย และวิธีการสื่อสารระหว่างการบริการร่วมด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามคีรีอ่ายคีรีอ่ายประยุกต์จากการพัฒนาคีรีอ่ายสุขภาพจิตชุมชน

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวช จำนวน 15 ข้อ ประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 2 สถานการณ์และการพัฒนาคีรีอ่าย จำนวน 15 ข้อ ประกอบไปด้วย นโยบายและปัจจัยนำเข้าระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช แบ่งเป็น rating scale 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมตามบทบาทของคีรีอ่าย จำนวน 20 ข้อ ประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชน การมีส่วนร่วมตามบทบาท การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลแบ่งเป็น rating scale 5 ระดับ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย มี 3 ส่วน ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยของ Orem ดังนี้

ส่วนที่ 1 ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 ข้อ คะแนนการตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนตอบผิด ตอบถูก ให้ 1 คะแนน คะแนนรวม 10 คะแนน

ส่วนที่ 3 สมรรถนะการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์คะแนนระดับสมรรถนะมี 5 ระดับ

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยโรคร่วมจิตเวช และระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคร่วมจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลอาการผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์ใช้แบบติดตามผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช

ชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย" จำนวน 54 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) ผลการตรวจสอบคุณภาพค่า CVI ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินอาการของผู้ป่วยจิตเวช แบบสอบถามความรู้ หาค่าอำนาจจำแนกด้วยสูตร KR-20 การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากร ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง หาค่าความเชื่อมั่นด้วย สัมประสิทธิ์อัลฟา

ของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบที่ 1

การวิจัยนี้ ใช้เครื่องมือการวิจัยที่หลากหลาย โดยการประยุกต์ใช้เครื่องมือ ประกอบด้วย (1) พัฒนารูปแบบฯ จำนวน 10 ข้อ (2) รูปแบบการตรวจรักษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต (3) แนวทางการดำเนินงานคัดกรอง เฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเขตสุขภาพที่ 9 (4) แบบประเมินสุขภาพจิต 2Q 8Q และ 9Q ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (5) Mental Health Check In (Application) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

(5) (6) แบบประเมินและแนวทางการให้บริการ telemedicine รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลโดยทีมคลินิกสุขภาพจิตให้บริการการตรวจ 18 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามภาคีเครือข่าย/รพสต ประยุกต์จากการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 2 สถานการณ์และการพัฒนาเครือข่ายดิจิทัล ประกอบไปด้วย นโยบายและปัจจัยนำเข้ารูปแบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชทางไกล

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย ประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน การมีส่วนร่วมตามบทบาท การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจ Mental Health Check In (Application) และ telemedicine

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย มี 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 3 สมรรถนะการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจ Mental Health Check In (Application) และ telemedicine

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยโรคจิตเวช และระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลอาการผู้ป่วยจำนวน 10 ข้อ ประยุกต์ใช้แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนรินทร์

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจ Mental Health Check In (Application) และ telemedicine การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัยภาคสนาม จำนวน 18 คน (1 คน ต่อ รพสต.) ซึ่งแจ้งให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล และวิธีการใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลให้ผู้ช่วยวิจัยทราบ และประสานพื้นที่ ก่อนการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล (1) ดำเนินการทดลองใช้ในพื้นที่ขนาดเล็กที่ รพสต.หนองหว้า ตำบลด่านคล้า จำนวน 1 แห่ง (R1/D1) (2) ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่จริงในการทดลองใช้เทคโนโลยีดิจิทัล line/ application health mental station 18 สถานบริการ (R2/D2)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้สถิติ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังพัฒนาด้วย independent t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสรุปเนื้อหาจริยธรรมวิจัย และใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผ่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่รับรอง NRPH025 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2568 และผ่านการลงทะเบียนการวิจัยทางคลินิกของ Thai Clinical Trials Registry (TCTR)

ผลการวิจัย

การพัฒนาแบบบริการการรักษามือถือผู้ป่วยจิตเวช แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

สนับสนุนให้เข้าถึงการรักษา อำเภอนนสูง จังหวัดนครราชสีมา นี่ชี้ให้เห็นว่า **โมเดลดิจิทัล-telemedicine** ที่พัฒนาในอำเภอนนสูงมีแนวโน้มสำเร็จ

งานวิจัยการพัฒนารูปแบบบริการการรักษาผู้ป่วยจิตเวช แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุนให้เข้าถึงการรักษา อำเภอนนสูง จังหวัดนครราชสีมา นี่ชี้ให้เห็นว่า **โมเดลดิจิทัล-telemedicine** ที่พัฒนาในอำเภอนนสูงมีแนวโน้มสำเร็จ สอดคล้องกับแนวทางสากล แต่ต้องพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน สร้างระบบแนวปฏิบัติที่มั่นคง และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนารูปแบบบริการการรักษาผู้ป่วยจิตเวช แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุนให้เข้าถึงการรักษา อำเภอนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ครั้งนี้มุ่งพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวังคัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยทดลองใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปฯ “Mental Health Check In” และบริการ telemedicine ในพื้นที่อำเภอนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568 - 30 กันยายน 2568 โดยแบ่งการพัฒนาเป็น 4 เฟส โดยมีผู้เข้าร่วมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. จำนวน 100 คน และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล 82 คน

หลังการพัฒนา รูปแบบดังกล่าวช่วยให้ความรู้ของเครือข่ายเพิ่มจากเฉลี่ย 8.12 (SD 2.45) เป็น 11.09 (SD 2.30) ($p < 0.001$) ผู้ดูแลผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจเฉลี่ยสูง ($\geq 4.0/5$) สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยให้เข้าถึงได้สะดวกผ่าน QR Code และ LINE ปัญหาที่พบบ่อยคือสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร และยังต้องการฝึกอบรมเพิ่มเติมเจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญของการมีระบบแจ้งเตือนและติดตามผลอัตโนมัติ และยังพบว่า ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นชัดเจนทุกกลุ่ม จำนวนผู้เข้ารับการคัดกรอง

สุขภาพจิตเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกเดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มโรคจิตเภท (61%) และสมรรถนะผู้ดูแลเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น +1.4 คะแนน

สรุปและอภิปรายผล

การ เปรียบเทียบกับงานวิจัยทั้งในไทยและต่างประเทศ: ประเด็น 1: ประสิทธิภาพของ Telepsychiatry และดิจิทัล งานวิจัยของกรมสุขภาพจิต และบทความ Belnap พบว่า Telepsychiatry ช่วยลดต้นทุน เพิ่มการเข้าถึง ลดเวลาเดินทาง และมีความพึงพอใจของผู้ป่วยสูง แต่ยังมี ความกังวลด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น อินเทอร์เน็ต และแนวทางปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน ประเด็น 2: การเข้าถึง และคุณภาพการวินิจฉัยงานวิจัยแนว systemic reviews ประเด็น 3: บทบาทของ Community Health Workers (CHWs)/อสม. งานศึกษาของ Thailand (BMC Psychiatry, 2022) พบว่า การมี CHWs เป็นผู้ทำ case management ช่วยเพิ่มการเข้าถึง คัดกรองรักษา ได้รวดเร็ว ไม่เพิ่มการใช้งบประมาณ และลดภาระระบบสุขภาพเดิมงานวิจัยนี้ใช้โมเดลแบบเดียว อสม. ทำหน้าที่คัดกรองและติดตาม ผลปรากฏว่ามีการเพิ่มการเข้าถึงและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประเด็น 4: อุปสรรคด้านโครงสร้างพื้นฐาน งานวิชาการชี้ว่า ปัญหาอินเทอร์เน็ต เป็นอุปสรรคสำคัญ ในการ implement telepsychiatry โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกล จากงานวิจัยพบว่า ต้องใช้กระดาษในกรณีไม่มีสัญญาณ และผู้ใช้พาณั ปัญหาสัญญาณไม่เสถียร ซึ่งตรงตามการค้นพบทั่วไป ประเด็น 5: การพึ่งพาเทคนิค mixed-method และการประเมินระยะยาวงานวิจัยชุมชนต่างประเทศเน้น การประเมินระยะยาว เพื่อวัดผลด้านจิตบ, สมรรถภาพทางสังคม, และ QoL (คุณภาพชีวิต) เช่น ในบทวิจารณ์ MDPI งานนี้ใช้ทั้ง quantitative (mean, t-test) และ qualitative (FGD,สัมภาษณ์) แสดงครบเครื่อง แนะนำให้มีการติดตามระยะยาวต่อไปอย่างต่อเนื่อง^{5,6}

ข้อเสนอแนะ

สร้างคู่มือดิจิทัล-เทเลเมดิซีนที่ใช้ง่าย จัดรอบการอบรมสำหรับอสม. และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ห่างไกล พัฒนาระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ และระบบเตือนเมื่อตรวจพบผู้เสี่ยงสูง ขยายพื้นที่ต้นแบบสู่ตำบลอื่น พร้อมทำการประเมินผลซ้ำในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนา โครงข่ายอินเทอร์เน็ต และโครงสร้างสำรองในพื้นที่ห่างไกล

2. จัด แนวทางปฏิบัติทางคลินิก (protocol) สำหรับการดูแลผู้ป่วยผ่าน telepsychiatry

3. วางระบบ qualify-control แอปฯ เช่น feature แจ้งเตือนอัตโนมัติ และระบบรักษาความปลอดภัยข้อมูล

4. ติดตามและประเมินผลระยะยาว 6-12 เดือน เพิ่มตัวชี้วัดด้าน Quality of Life และอัตราปฏิบัติตามยา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต.(2565). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ประจำปีงบประมาณ 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc>
2. อุไรวรรณ เกิดสังข์, อังศินันท์ อินทรกำแหง, นริสรา พิงโพธิ์สภ, อธิษฐาน เกิดสังข์. (2565). ความเชื่อด้านสุขภาพพฤติกรรม การมีส่วนร่วม และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.(2563) รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
4. Kasitipradith, N. (2001). The Ministry of Public Health telemedicine network of Thailand. International Journal of Medical Informatics, 61(2 3), 113 116. doi:10.1016/S1386 5056(01)00133 2 (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)
5. Shin, D., Park, S., Kim, E. H., Kim, S., Seo, J., & Hong, H. (2022). Exploring the effects of AI assisted emotional support processes in online mental health community. arXiv. (arxiv.org)
6. Shin, D., Park, S., Kim, E. H., Kim, S., Seo, J., & Hong, H. (2022). Exploring the effects of AI assisted emotional support processes in online mental health community. arXiv. (arxiv.org)