การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a Seamless Community-Participatory Mental Health Care Model in Mueang Suang District, Roi Et Province.

(Received: March 5,2026 ; Revised: March 8,2026 ; Accepted: March 10,2026)

อัศราวุธ ใจหาญ[1] วิภาดา ปาลศรี[2]
Asarawut Jaihan[1] Wipada Palsri[2]

บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อ และ 3) ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Paticipatory Action Research : PAR) ดำเนินการ 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 คน และ กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมานด้วย Chi-square test

ผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชครอบคลุมทั้งระยะก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital) ระยะรักษาในโรงพยาบาล (In-hospital) และระยะหลังออกจากโรงพยาบาล (Post-hospital) รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ระบบเครือข่ายการดูแลแบบบูรณาการ 2) การฝึกอบรมบุคลากร 3) กิจกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต 4) ระบบดูแลฉุกเฉินและส่งต่อ และ 5) เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตาม ผลการประเมินหลังการใช้รูปแบบ พบว่า อัตราการคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 10.90 เป็นร้อยละ 18.41 ($p<0.001$) อัตราการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.00 เป็นร้อยละ 80.02 ($p<0.001$) ร้อยละผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.24 เป็นร้อยละ 80.22 ($p<0.001$) ร้อยละผู้ป่วยขาดนัดที่ได้รับการติดตามเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.40 เป็นร้อยละ 90.20 ($p<0.001$) และจำนวนครั้งการเยี่ยมบ้านเชิงรุกเพิ่มขึ้นร้อยละ 86.67 (จาก 150 ครั้ง เป็น 280 ครั้ง) ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก (Mean=4.38)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช, การดูแลแบบไร้รอยต่อ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, รูปแบบการดูแล, สุขภาพจิตชุมชน

ABSTRACT

The development of a seamless community-participatory mental health care model in Mueang Suang District, Roi Et Province aimed to: 1) study the situation and problems of psychiatric patient care; 2) develop a seamless community-participatory mental health care model; and 3) evaluate outcomes of the developed model. This was a participatory action research (PAR) conducted in three phases. The sample group consisted of 10 psychiatric patients and 10 relatives or caregivers of psychiatric patients. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with Chi-square test.

The findings revealed that psychiatric care problems existed across all three phases: pre-hospital, in-hospital, and post-hospital. The developed model comprised five components: 1) integrated care network; 2) personnel training; 3) mental health prevention and promotion activities; 4) emergency care and referral system; and 5) digital technology for patient follow-up. After model implementation, the community mental health screening rate significantly increased from 10.90% to 18.41% ($p<0.001$), screening coverage for seven risk groups increased from 60.00% to 80.02% ($p<0.001$), continuity of care for schizophrenia patients increased from 58.24% to 80.22% ($p<0.001$), the follow-up rate for missed appointments increased

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเมืองสรวง
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมืองสรวง

from 70.40% to 90.20% (p<0.001), and proactive home visits increased by 86.67% (from 150 to 280 visits). Overall stakeholder satisfaction with the model was at a high level (Mean=4.38).

Keywords: psychiatric patients, seamless care, community participation, care model, community mental health

บทนำ

ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จัดเป็นหนึ่งในประเด็นสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ด้วยสภาพการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในด้านเทคโนโลยี เศรษฐกิจ และสังคม ประกอบกับวิกฤตการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและความไม่แน่นอนรอบด้านในการใช้ชีวิตในสังคม[1] ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักของภาระโรคทั่วโลกในปี พ.ศ.2560 และคาดการณ์ว่าจะเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของภาระโรคภายในปี พ.ศ.2573[2] ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจากกรมสุขภาพจิต ประเทศไทย พบว่าระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2567 มีจำนวนผู้เข้ารับบริการด้านจิตเวชในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2566 คนไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและเข้ารับบริการถึง 4 แสนคน เพิ่มขึ้นกว่า 1.7 เท่าในช่วงเวลาไม่ถึง 10 ปี จากจำนวน 231,082 คน เป็น 399,645 คน โดยโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้รับบริการจิตเวช 3 อันดับแรก คือ โรควิตกกังวล (Anxiety disorders), โรคซึมเศร้า (Depression) และโรคจิตเภท (Schizophrenia) ผลกระทบของปัญหาทางด้านสุขภาพจิตนั้นสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมได้ ส่งผลให้เพิ่มโอกาสในการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย การสูญเสียแรงจูงใจและพลังงานในการใช้ชีวิต การมีความคิดที่ผิดปกติ การกระทำที่เสี่ยงอันตราย เช่น การดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้ยาเสพติด เกิดการทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น หรืออาจก่อเหตุที่รุนแรงสร้างผลกระทบที่รุนแรงต่อสังคมได้ จากแนวโน้มสถานการณ์ของผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคสุขภาพจิตจึงเป็นโรคที่ต้องการการวินิจฉัยและการดูแลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมไปทุกระดับ[3]

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิผลในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางด้านคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเวชอื่น ๆ คือ รูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม (Collaborative care model) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพ การสื่อสารที่มีระบบโครงสร้างที่ชัดเจน มีระบบโปรโตคอลมาตรฐานในการรักษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการระบุวินิจฉัยโรคจิตเวชอย่างเป็นระบบ และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบขั้นบันไดตามระยะของโรค[4] การบูรณาการโปรแกรมสุขภาพจิตในคลินิกปฐมภูมิ โดยการดูแลแบบทีมด้วยแพทย์และผู้ให้บริการด้านสุขภาพพร้อมกับปรึกษาจิตแพทย์ด้วยระบบการรักษาทางไกล จะช่วยเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเนปาล ที่แสดงให้เห็นว่า แผนการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ช่วยเพิ่มการเข้าถึงการรักษาสำหรับโรคซึมเศร้า (0% เป็น 12%) โรคจิตเภท (3% เป็น 53%) และโรคลมชัก (1% เป็น 13%)[5] และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดีย ที่พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 1) องค์ประกอบทางด้านคลินิก ได้แก่ การฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข การมีจิตแพทย์ที่ปรึกษา ระบบการดูแลแบบขั้นบันได และ 2) องค์ประกอบในชุมชน ได้แก่ กลุ่มประชาชนที่มีการชีวิตที่มีสุขภาพดี การสนับสนุนกิจกรรมที่ดี และการเยี่ยมบ้าน จะช่วยลดภาวะโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการดูแลแบบมาตรฐาน[6] สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อในเขตบริการจังหวัดยโสธร[7] ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของ

บุคลากรงานสุขภาพจิตทุกระดับตั้งแต่ระดับชุมชน จนถึงระดับจังหวัด โดยต้องมีระบบการสื่อสาร เชื่อมโยง ส่งต่อการทำงานอย่างลื่นไหล มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ มีระบบการปรึกษาโดยแพทย์ไปยังจิตแพทย์และการส่งต่อ มีการสร้างเครื่องมือติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วย ส่งผลให้ อัตราการเข้ารับบริการในระบบการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (64.11% เป็น 90.44%) และลดอัตราการส่งต่อได้ร้อยละ 84.31 และสอดคล้องกับการศึกษาของกนกศรี จาดเงิน และศิพัฒน์กร เชื่อภักดี[8] ที่ได้พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนภายใต้องค์ประกอบ 6 ด้าน คือ การจัดการความรู้และทักษะ การจัดทำบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย การจัดการแหล่งสนับสนุนในชุมชน การสร้างนวัตกรรมและสื่อให้กับเครือข่าย อสม. การพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยสำหรับภาคีเครือข่าย การติดตามประเมินผล จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง

จากข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในจังหวัดร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ.2565 ถึง 2567 เท่ากับ 60,928 ราย, 66,291 ราย และ 86,461 ราย ตามลำดับและในพื้นที่อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อย เท่ากับ 921 ราย, 888 ราย และ 1,283 ราย[9] ซึ่งมีแนวโน้มผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่อำเภอเมืองสรวง 3 ลำดับที่สำคัญ ได้แก่ 1) โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย 2) ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และ 3) การเข้าถึงบริการที่ยังไม่ครอบคลุม โดยมีสถิติในด้านอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2565-2567 เท่ากับ 4.32 (1 ราย), 0 และ 13.08 (3 ราย) ตามลำดับ ผลการทบทวนเวชระเบียนและสอบสวนโรค พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็กวัยรุ่น ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดและกลุ่มผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ได้แก่ การคัดกรองที่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ขาดทักษะการสังเกตอาการหรือสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ขาดระบบการส่งต่อเชื่อมโยงข้อมูล ปัญหาในด้านผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ต่ำในปี พ.ศ.2567 คือ 77.59% ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ (85%) โดยเฉพาะในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ โรคจิตเวชอื่น ๆ โรคจิตเภทและโรคจิตเวชยาเสพติด และปัญหาในด้านการเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าการคัดกรองยังไม่ครอบคลุมใน 7 กลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งจากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ที่ยังมีปัญหาเชิงระบบตั้งแต่ก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital) ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (In-hospital) และหลังออกจากโรงพยาบาล (Post-hospital)

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น จึงต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless care) ที่ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital) ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (In-hospital) และหลังออกจากโรงพยาบาล (Post-hospital) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและไม่ขาดช่วง ด้วยการบูรณาการการดูแลแบบมีส่วนร่วม (Collaborative care model) ด้วยชุมชน (Community participation) ด้วยการเน้นเสริมพลังให้กับครอบครัว ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชุมชน ให้มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การเฝ้าระวังอาการกำเริบและการส่งต่อที่เหมาะสม ด้วยการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนผ่านระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลภายใต้ความเหมาะสมของบริบทของพื้นที่ เพื่อที่จะเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ

เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ และจะสามารถลดภาระของระบบสุขภาพได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Paticipatory Action Research : PAR) โดยการด้วยการบูรณาการการดูแลแบบมีส่วนร่วม (Collaborative care model) ด้วยชุมชน (Community participation)

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตาม DSM-V 2) ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลเมืองสรวง 3) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 4) มีประวัติการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ตามปกติและสามารถให้ข้อมูลได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอม เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในภาวะกำเริบเฉียบพลันหรือมีอาการไม่สงบในขณะเก็บข้อมูล 2) เป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง 3) ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัย กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 คน คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวอย่างน้อย 6 เดือน 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองสรวงและอยู่ร่วมบ้านหรือดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 3) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 4) สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอม เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ที่ย้ายที่อยู่ในระหว่างการวิจัย 2) ปฏิเสธเข้าร่วมงานวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 มีเครื่องมือที่ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบทบทวนข้อมูลย้อนหลัง สำหรับรวบรวมข้อมูลสถิติและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากระบบรายงานของโรงพยาบาลเมืองสรวงระหว่างปี พ.ศ.2564-2647 ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลด้านจำนวนผู้ป่วย อัตราการเข้าถึงบริการ อัตราการนัดหมาย อัตราการสส่งต่อ อัตราการฆ่าตัวตาย และตัวชี้วัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guide) ที่มีโครงสร้างกึ่งแบบแผนสำหรับใช้สัมภาษณ์รายบุคคลเพื่อสำรวจประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในบริบทของอำเภอเมืองสรวง 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guide) ที่มีโครงสร้างกึ่งแบบแผนสำหรับการสนทนาทั้ง 4 กลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยประเด็น สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ กระบวนการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคในแต่ละช่วงของการดูแล (Pre-hospital, In-hospital, Post-hospital) และความต้องการในการพัฒนาระบบ

ระยะที่ 2 มีเครื่องมือที่ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกการประชุมปฏิบัติการสำหรับบันทึกผลการระดมสมอง ข้อเสนอแนะ และมติที่ประชุมจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง 2) แบบสังเคราะห์กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลสำหรับการสังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติทางด้านคลินิกเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลฯ 3) แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สำหรับผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำหรับประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น 4) แบบบันทึกการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสำหรับรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 3 มีเครื่องมือที่ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) รายงานตัวชี้วัดจากรายงานมาตรฐานข้อมูลตอบสนอง Service plan ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช และข้อมูลรายงานที่จัดเก็บหน้างาน 2) แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการดูแลฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ คุณภาพการให้บริการ ความต่อเนื่องในการดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชนและความพึงพอใจโดยรวม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ระยะที่ 1 ทำการตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.95 และทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้หลักการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ในด้านแหล่งข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูล และนักวิจัย รวมถึงการตรวจสอบโดยสมาชิก (Member checking) เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

ระยะที่ 2 ทำการตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.96

ระยะที่ 3 ในส่วนของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจ ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการทบทวนข้อมูลทุติยภูมิย้อนหลัง ในปี พ.ศ. 2567 จากแหล่งข้อมูล HDC สำหรับตัวชี้วัดด้านบริการสุขภาพจิตในระดับอำเภอและระดับจังหวัด ได้แก่ อัตราเข้าถึงบริการ อัตราการดูแลต่อเนื่อง อัตราส่งต่อและอัตราการคัดกรอง จากระบบรายงาน 21 แฟ้มมาตรฐานและรายงานสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตสำหรับข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรคและข้อมูลการส่งต่อระหว่างสถานบริการ จากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลเมืองสรวง สำหรับข้อมูลการวินิจฉัยตาม DSM-V ประวัติการรักษา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและอัตราการนัดหมาย จากบันทึกการสอบสวนโรคและรายงานเหตุการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ สำหรับข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและการพยายามฆ่าตัวตาย 2) ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ครอบคลุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 4กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มญาติและผู้ดูแล กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มตัวแทนของชุมชน โดยมีขั้นตอน คือ การชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษาก่อนเริ่มกระบวนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ดำเนินการสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ครอบคลุมประเด็นสถานการณ์ปัญหา กระบวนการดูแลในปัจจุบัน อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาระบบครอบคลุมทั้ง 3 ช่วง ได้แก่ Pre-hospital, In-hospital และ Post-hospital ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In-depth interview) เพิ่มเติมสำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ที่มีประสบการณ์ตรงหรือมีข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ ในกรณีที่ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มยังไม่อิ่มตัว ทำการบันทึกเสียงและนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์เพื่อจัดทำรายงานสถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอเมืองสรวง

ระยะที่ 2 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง ควบคู่กับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งการประชุมปฏิบัติการประกอบด้วย ครั้งที่ 1 นำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจากระยะที่ 1 ครั้งที่ 2 การออกแบบรูปแบบการดูแลฯ โดยการกำหนดองค์ประกอบ กระบวนการ บทบาทหน้าที่ของแต่ภาคส่วน และระบบการเชื่อมโยงส่งต่อครอบคลุมทั้งทั้ง 3 ช่วงการดูแล ได้แก่ Pre-hospital, In-hospital และ Post-hospital และครั้งที่ 3 การยืนยัน ให้ข้อเสนอแนะและรับรองรูปแบบการดูแลฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งการประชุมในแต่ละครั้งใช้เวลาครึ่งวันถึงหนึ่งวัน มีการบันทึกเสียง บันทึกภาพและจดบันทึกการประชุม และรวบรวมผลการระดมสมองผ่านแบบบันทึกการประชุมที่ออกแบบไว้

ระยะที่ 3 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลฯ โดยก่อนพัฒนาระบบ เป็นการสืบค้นและรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ระบบ HDC ก่อนพัฒนาระบบ คือ ข้อมูลในปี พ.ศ.2567 และทำการเก็บข้อมูลไปข้างหน้าสำหรับหลังพัฒนาระบบ คือ ข้อมูลในปี พ.ศ.2568 และทำการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การสังเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติจากเวชระเบียนและรายงานย้อนหลังด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลฯ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและจัดกลุ่มข้อมูลตามองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลฯ ในแต่ละช่วง คือ Pre-hospital, In-hospital และ Post-hospital

ระยะที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลฯ ที่พัฒนาขึ้นในด้านข้อมูลทั่วไปด้วยสถติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมาน คือ Chi-square testในการเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลฯ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1672567 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

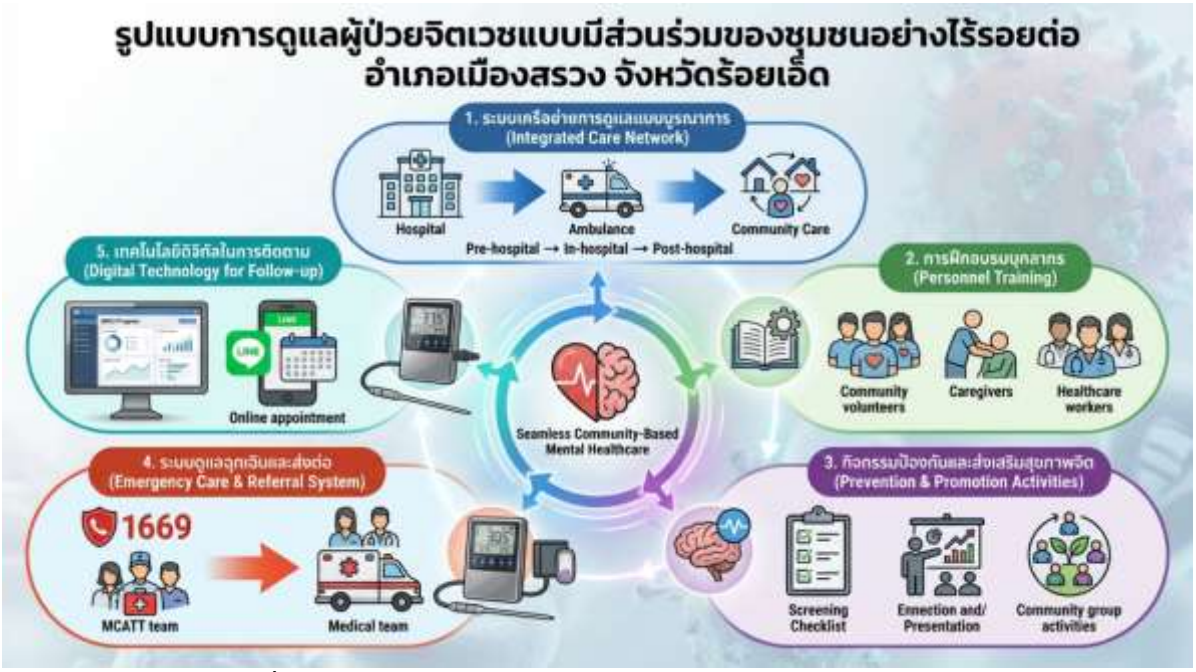
สรุปผลการศึกษาออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มแสดงถึงปัญหาจากมุมมองของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของการศึกษาครั้งนี้ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยคนหนึ่งกล่าวว่า “หลังจากออกจากโรงพยาบาล รู้สึกว่าไม่มีใครติดตาม ต้องดูแลตัวเองคนเดียว บางครั้งลืมกินยา ไม่รู้ว่าจะปรึกษาใครดี” ญาติผู้ดูแลคนหนึ่งกล่าวว่า: “ไม่รู้ว่าจะดูแลลูกอย่างไร บางครั้งอาการกำเริบแต่ไม่รู้ว่าต้องทำอย่างไร ต้องรอจนถึงวันนัดถึงจะได้พบแพทย์” พยาบาลคนหนึ่งกล่าวว่า: “ผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่พยาบาลสุขภาพจิตมีจำนวนจำกัด ทำให้การดูแลต่อเนื่องไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะผู้ป่วย SMI-V ที่ต้องการการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด” อสม. คนหนึ่งกล่าวว่า: “เราอยากช่วยดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน แต่ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช กลัวว่าจะทำผิดพลาด” ซึ่งสามารถสรุปประเด็นของปัญหา และเมื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหา พบความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) ต้องการระบบการคัดกรองที่ครอบคลุมและเข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะใน 7 กลุ่มเสี่ยง 2)

ต้องการการฝึกอบรม อสม. และผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 3) ต้องการระบบการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ 4) ต้องการช่องทางการสื่อสารและประสานงานที่รวดเร็วระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล 5) ต้องการกิจกรรมสร้างความเข้าใจและลดการตีตราต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 6) ต้องการระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จากการทบทวนสถานการณ์ปัญหาจากการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ทำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบเครือข่ายการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated care network) ซึ่งประกอบด้วย ระยะก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-Hospital Phase) โดยมุ่งเน้นระบบคัดกรองตั้งแต่ระดับชุมชนด้วย อสม. และบุคลากรทางการแพทย์จาก รพ.สต. ทำหน้าที่เป็นด่านแรกในการค้นหาและคัดกรองเชิงระบบผู้มีปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน 2Q สำหรับการคัดกรองเบื้องต้น และเครื่องมือ 8Q/9Q สำหรับการประเมินเชิงลึกในผู้ที่พบความเสี่ยง เพื่อแยกระดับความรุนแรงและพิจารณาความจำเป็นในการส่งต่อ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่มเสี่ยงหลัก คือ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ติดสุรา ผู้ติดยาเสพติด เด็กและวัยรุ่น ผู้มีประวัติครอบครัวมีปัญหา และผู้มีปัญหาทางสังคม ระยะรักษาในโรงพยาบาล (In-Hospital Phase) เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งต่อจากชุมชนมาสู่ระบบโรงพยาบาล การดูแลจะดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพโดยแพทย์เวชศาสตร์จิตเวชชุมชน พยาบาลสุขภาพจิต โดยแบ่งการบริการออกเป็น 2 คลินิกหลัก คือ คลินิกยาเสพติดที่ให้การบำบัดด้วย Motivational Enhancement Therapy (MET) และ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) พร้อมกิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดและค่ายบำบัด และคลินิกจิตเวชที่ให้บริการวินิจฉัย รักษา และติดตามผู้ป่วยจิตเวชทุกประเภท โดยมีเตียงผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด 2 เตียง สำหรับกรณีที่ต้องการการดูแลแบบเข้มข้น มีระบบวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมในด้านการรักษาอาการร่วมกับการเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลและรักษาต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล และระยะหลังออกจากโรงพยาบาล (Post-Hospital Phase) มีระบบเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบซึ่งดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับ อสม. โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรุนแรง (SMI-V) และผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย 2) การฝึกอบรมบุคลากร (Personal training) มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทุกระดับอย่างเป็นระบบครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลชุมชนและบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การฝึกอบรม อสม. ให้มีความรู้ด้านโรคจิตเวชและการใช้เครื่องมือคัดกรอง การพัฒนาทีม MCATT (Mobile Crisis Assessment and Treatment Team) ให้มีทักษะการปฐมพยาบาลทางใจและการจัดการวิกฤต เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน การอบรมให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย สังเกตอาการกำเริบ และจัดการเมื่อเกิดวิกฤต 3) กิจกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต (Prevention & Promotion Activities) เป็นการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ได้แก่ การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวชและสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย การสร้างแคมเปญลดการตีตรา (Anti-Stigma Campaign) และการสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน 4) ระบบดูแลฉุกเฉินและส่งต่อ (Emergency care & Referral system) เป็นการระบบจิตเวชฉุกเฉินที่ประสานงานกับระบบ 1669 และ 191 พร้อมแนวทาง Triage ที่ชัดเจนในการ

จัดลำดับความสำคัญตามระดับความรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีจากชุมชนสู่โรงพยาบาล และการทบทวนระบบส่งต่อที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนสูงไปยังโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และ 5) เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตาม (Digital Technology for follow-up) ได้แก่การใช้โปรแกรม Mental Health Check-in (MHCI) ที่ช่วยให้การเก็บข้อมูลและติดตามผลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ การมีระบบติดตามนัดผ่านการโทรศัพท์และการส่งข้อความเตือน เพื่อลดอัตราการขาดนัดและส่งเสริมความต่อเนื่องของการรักษา มีการจัดตั้งกลุ่ม Line เฝ้าระวังในระดับตำบล ซึ่งเชื่อมโยงการสื่อสารระหว่าง อสม. ผู้ดูแล และบุคลากรโรงพยาบาลเข้าด้วยกัน ทำให้การแจ้งเตือนเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบสามารถทำได้อย่างรวดเร็ว ลดความล่าช้าในการเข้าถึงการรักษา ซึ่งครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ร่วมดูแลหลัก โดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อ
อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อใน อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญทั้งทางด้านกระบวนการและด้านคลินิกในระหว่างปีงบประมาณ 2567 (ก่อนพัฒนาระบบ) และปีงบประมาณ 2568 (หลังพัฒนาระบบ) พบว่า ผลลัพธ์ด้านการคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 10.90 เป็น 18.41 (χ^2=516.918, df=1, p<0.001) และร้อยละในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 60.00 เป็น 80.02 (χ^2=358.404, df=1, p<0.001)

ผลลัพธ์ในด้านการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.25 (จาก 1,283 คน เป็น 1,530 คน) และจำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.87 (จาก

4,666 ครั้ง เป็น 5,360 ครั้ง) ส่วนร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภทและอัตราการส่งต่อมีแนวโน้มที่ลดลงจากร้อยละ 11.46 เป็น 8.55 แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.959, p=0.939 และ p=0.478 ตามลำดับ)

ผลลัพธ์ในด้านการดูแลต่อเนื่องและผลลัพธ์ทางคลินิกในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าถึงบริการสะสมได้รับการดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 58.24 เป็นร้อยละ 80.22) และร้อยละผู้ป่วยขาดนัดได้รับการติดตามเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 70.40 เป็นร้อยละ 90.20) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p=< 0.001 และ p=< 0.001 ตามลำดับ) ส่วนตัวชี้วัดที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ร้อยละผู้ป่วย SMI-V ได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีค่าลดลง (จากร้อยละ 93.14 เป็น ร้อยละ 77.59, p=0.052) ร้อยละผู้ป่วย SMI-V ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ มีค่าลดลง (จากร้อยละ 6.25 เป็นร้อยละ 0, p=0.421) ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงติดตาม (Retention Rate) เพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 86.86 เป็นร้อยละ 92.82, p=0.056) และจำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีค่าที่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.67 (จาก 150 ครั้ง เป็น 280 ครั้ง)

ผลการประเมินความพึงพอใจในการพัฒนาระบบจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 40 คนต่อการพัฒนาระบบภาพรวมทุกมิติอยู่ในระดับมาก (Mean=4.38) โดยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มีคะแนนสูงสุด (4.60) รองลงมาคือกลุ่มญาติ/ผู้ดูแล (4.42) กลุ่มตัวแทนชุมชน (4.37) และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช (4.11) มิติที่ได้คะแนนสูงสุดคือความต่อเนื่องในการดูแล (4.45±0.31) และมิติที่มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงที่สุดคือการมีส่วนร่วมของชุมชน (4.40±0.46)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีปัญหาเชิงระบบครอบคลุมทั้ง 3 ช่วงของการดูแล ได้แก่ ระยะก่อนมาโรงพยาบาล ระยะรักษาในโรงพยาบาล และระยะหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการและความต่อเนื่องของการรักษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้รับการยืนยันความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้วยค่า IOC เท่ากับ 0.96 และมีค่าความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก (Mean=4.38) สะท้อนถึงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน และผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นแสดงให้เห็นการพัฒนาที่มีนัยสำคัญในด้านการคัดกรองสุขภาพจิต (10.90% เป็น 18.41%, p<0.001) การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม (60.00% เป็น 80.02%, p<0.001) การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท (58.24% เป็น 80.22%, p<0.001) และการติดตามผู้ป่วยขาดนัด (70.40% เป็น 90.20%, p<0.001) รวมถึงจำนวนการเยี่ยมบ้านเชิงรุกที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 86.67 ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อที่บูรณาการกับเทคโนโลยีดิจิทัลสามารถพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิผล

สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปัญหาของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นปัญหาที่ครอบคลุมทั้ง 3 ช่วงการดูแล ได้แก่ Pre-hospital, In-hospital และ Post-hospital โดยจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล อสม. และบุคลากรทางการแพทย์ต่างแสดงความต้องการระบบการดูแลที่เชื่อมโยงกันอย่างไร้รอยต่อ ซึ่งครอบคลุมทุกช่วงของการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Wannasewok และคณะ[11] ซึ่งพบว่า ระบบสุขภาพจิตในชุมชนของประเทศไทยมีปัญหาในด้านการขาดแคลนบุคลากร การกระจายทรัพยากรที่ไม่เท่าเทียมโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท และช่องว่างระหว่างการให้บริการในระดับโรงพยาบาลจังหวัดและระดับชุมชน ในระยะก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital) พบปัญหาสำคัญ คือ การคัดกรองสุขภาพจิตที่ไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทั้ง 7 กลุ่ม ขาดการเชื่อมโยงระหว่างชุมชนกับสถานบริการ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดความรู้และทักษะในการดูแลและคัดกรองผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก[12] ที่ระบุว่า การให้บริการสุขภาพจิตในชุมชนที่มีประสิทธิผลจำเป็นต้องมีระบบการคัดกรองเชิงรุกและการสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการและป้องกันการกำเริบของโรค ในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล (In-hospital) พบปัญหาในด้านการขาดระบบการรักษาแบบสหวิชาชีพที่ชัดเจน และบุคลากรสุขภาพจิตมีจำนวนจำกัดเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Reilly และคณะ[13] ที่ทำการศึกษาด้วยการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า รูปแบบการดูแลแบบร่วมมือ (Collaborative care) สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรงนั้นมีประสิทธิผลเมื่อมีการบูรณาการระบบการสื่อสารระหว่างทีมและกลไกการดูแลที่ต่อเนื่อง ในระยะหลังออกจากโรงพยาบาล (Post-hospital) พบว่าผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ระบบการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายไม่ครอบคลุม และมีอัตราการขาดนัดสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ojo และ Ferreira[14] ที่พบว่าการขาดแผนการดูแลหลังจำหน่ายที่ครอบคลุมและการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดการกำเริบและกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ระบบเครือข่ายการดูแลแบบบูรณาการ 2) การฝึกอบรมบุคลากร 3) กิจกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต 4) ระบบดูแลฉุกเฉินและส่งต่อ และ 5) เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Whitfield และคณะ[4] ที่พบว่าหลักการของรูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม (Collaborative Care Model) ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ ระบบการสื่อสารที่มีโครงสร้างชัดเจน และการบูรณาการบริการระหว่างระดับปฐมภูมิกับระดับจิตเวชเฉพาะทาง โดยองค์ประกอบที่ 1 คือ ระบบเครือข่ายการดูแลแบบบูรณาการ ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนมาโรงพยาบาล ระยะรักษา และระยะหลังออกจากโรงพยาบาล โดยมีกลไกการเชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน และชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Inoue และคณะ[15] ที่ศึกษาพบว่า รูปแบบ SCOPE Mental Health ที่ทำการศึกษา เป็นการบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตในบริบทชุมชนท้องถิ่น (Community-specific adaptation) เป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้รูปแบบการดูแลไร้รอยต่อประสบความสำเร็จ เนื่องจากช่วยเพิ่มการรับเอารูปแบบไปใช้โดยแพทย์และผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ องค์ประกอบที่ 2 คือการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับ โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้และทักษะในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Mudiyanselage และคณะ[16] ที่พบว่า การผสมผสานระหว่างบุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ (Non-specialists) ร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพจิตของประเทศรายได้ปานกลาง-ต่ำ มีผลในการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรและพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้รับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญ องค์ประกอบที่ 3 และ 4 คือกิจกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต และระบบดูแลฉุกเฉินและส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก[12] ที่เน้นการบูรณาการบริการ

สุขภาพจิตเข้ากับระบบปฐมภูมิ การรณรงค์ลดการตีตรา (Anti-stigma) และการสร้างระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และองค์ประกอบที่ 5 คือเทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตาม ได้แก่ โปรแกรม Mental Health Check-in (MHCI) และระบบกลุ่ม Line เฝ้าระวังระดับตำบล สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และคณะ[17] ที่นำเสนอว่า เทคโนโลยีดิจิทัลมีศักยภาพสูงในการเพิ่มการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิต โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด ผ่านการสื่อสารแบบทันท่วงทีและการติดตามผู้ป่วยแบบไม่ต้องเผชิญหน้า อย่างไรก็ตาม การนำเทคโนโลยีมาใช้ยังต้องคำนึงถึงความพร้อมของผู้ใช้และการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล

ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ในด้านผลลัพธ์ด้านการคัดกรองสุขภาพจิต พบว่า อัตราการคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 10.90 เป็นร้อยละ 18.41 (χ^2= 516.918, p<0.001) และอัตราการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.00 เป็นร้อยละ 80.02 (χ^2=358.404, p<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jordans และคณะ[5] ที่พบว่า แผนการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนที่มีระบบการคัดกรองเชิงรุกช่วยเพิ่มการเข้าถึงการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ผลการเพิ่มขึ้นของอัตราการคัดกรองสะท้อนถึงประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. และการใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน 2Q/8Q/9Q ที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการ พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.25 (จาก 1,283 คน เป็น 1,530 คน) และจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.87 (จาก 4,666 ครั้ง เป็น 5,360 ครั้ง) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาพร จันทร์สาม[7] ที่รายงานว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อในเขตบริการจังหวัดยโสธรทำให้อัตราการเข้ารับบริการในระบบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.11 เป็น 90.44 ส่วนร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทยังไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.959 และ p=0.939 ตามลำดับ) อาจเนื่องมาจากระยะเวลาของการศึกษาที่ค่อนข้างสั้น ซึ่งผลลัพธ์บางประการอาจต้องใช้เวลาในการสังเกตที่นานขึ้น ผลลัพธ์ด้านการดูแลต่อเนื่อง พบว่า ตัวชี้วัดที่สำคัญ 2 ตัวมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ร้อยละผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 58.24 เป็นร้อยละ 80.22, p<0.001) และร้อยละผู้ป่วยขาดนัดที่ได้รับการติดตามเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 70.40 เป็นร้อยละ 90.20, p<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Maoz และคณะ[18] ที่พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่นำโดยจิตแพทย์อาวุโสและทีมสหวิชาชีพช่วยลดการเยี่ยมห้องฉุกเฉินและอัตราการรับไว้รักษาซ้ำ และความต่อเนื่องของการดูแล มีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ 86.67 (จาก 150 ครั้ง เป็น 280 ครั้ง) สะท้อนให้เห็นถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ว่า การเยี่ยมบ้านเชิงรุกและการติดตามที่สม่ำเสมอเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรง[12] อย่างไรก็ตาม พบว่าตัวชี้วัดบางประการไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ร้อยละผู้ป่วย SMI-V ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง (p=0.052) และ Retention Rate ในผู้ป่วยยาเสพติด (p=0.056) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากลักษณะซับซ้อนของโรค ความต้องการการดูแลที่เข้มข้นกว่า และระยะเวลาสั้นของการติดตามผล สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Reilly และคณะ[12] ที่ระบุว่า หลักฐานสำหรับรูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช

รุนแรงยังอยู่ในระดับที่ต้องพัฒนาต่อเนื่อง และผลการประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก (Mean=4.38) โดยมิติที่ได้คะแนนสูงสุดคือความต่อเนื่องในการดูแล (4.45±0.31) สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นตอบสนองต่อความต้องการของทุกภาคส่วน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wannasewok และคณะ[11] ที่เน้นว่าความสำเร็จของระบบสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทยขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลในโรงพยาบาลชุมชนอื่นในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยปรับให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่

2. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว (ติดตาม 2-3 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการดูแล โดยเฉพาะในตัวชี้วัดที่ยังไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ผู้ป่วย SMI-V

3. ควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ (Cost-effectiveness) ของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น เพื่อสนับสนุนการจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลเมืองสรวงที่สนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ เครือข่ายภาคชุมชนที่เกี่ยวข้องสำหรับการให้ข้อมูลและแลกเปลี่ยนแนวความคิด ความคิดเห็นเพื่อการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพและสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต ประเทศไทย. รายงานระบบสุขภาพไทยภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nationalhealth.or.th/storage/ebooks_attach/Mental_Health_Category.pdf.
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
3. สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. Whitfield S, Reed S, Webster L, Cherian A, Rathod S. Successful ingredients of effective Collaborative Care programs in low- and middle-income countries: A rapid review. Glob Ment Health. 2023;10:e3. https://doi.org/10.1017/gmh.2022.60
5. Jordans MJD, Luitel NP, Kohrt BA, Rathod SD, Garman EC, De Silva M, et al. Community-, facility-, and individual-level outcomes of a district mental healthcare plan in a low-resource setting in Nepal: A population-based evaluation. PLoS Med. 2019;16(2):e1002748. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1002748
6. Srinivasan K, Chatterjee S, Bhat PS, Gururaj G, Varghese M, Benegal V, et al. Collaborative care compared to enhanced standard treatment of depression with co-morbid medical conditions among patients from rural South India: a cluster randomized controlled trial (HOPE Study). BMC Psychiatry. 2022;22:400. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04000-3
7. สุภาพร จันทร์สาม. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อเขตบริการจังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565; 31(supplement 1): S74-S84.

8. กนกศรี จาดเงินและศิพัฒน์กร เชื่อภักดี. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง. 2563; 5(2): 78-85.
9. Health data center (HDC). ข้อมูลตอบสนอง Service plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/ret/public/standard-report-detail/67ce3cd10f4ed5d2b3517f1373ef273d?subcatalogId=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3.
10. American psychiatric association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (DSM-5-TR). [Internet]. 2024 [Cite 20 November 2024]. Available from: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm.
11. Wannasewok K, Suraaroonsamrit B, Jeungsiragulwit D, Udomratn P. Development of community mental health infrastructure in Thailand: from the past to the COVID-19 pandemic. Consortium Psychiatricum. 2022;3(3):95-106. doi:10.17816/CP194.
12.World Health Organization. Deinstitutionalize mental health care, strengthen community-based services [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Jan 20]. Available from: https://www.who.int/southeastasia/news/detail/12-03-2024-deinstitutionalize-mental-health-care--strengthen-community-based-services--who
13. Reilly S, Hobson-Merrett C, Gibbons B, Jones B, Richards D, Plappert H, et al. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2024 May;5:CD009531. doi:10.1002/14651858.CD009531.pub3.
14. Ojo I, Ferreira N. Ensuring continuity of care: effective strategies for the post-hospitalization transition of psychiatric patients in a family medicine outpatient clinic. Cureus. 2024;16(1):e52434. doi:10.7759/cureus.52434
15. Inoue C, Shawler E, Jordan CH, Moore MJ, Jackson CA. Implementation and adaptation of a hub-based psychiatric and primary care program: a qualitative descriptive analysis of the Seamless Care Optimizing the Patient Experience (SCOPE) Mental Health program. Front Public Health. 2022 Nov;10:928148. doi:10.3389/fpubh.2022.928148
16. Mudiyanselage SC, Patton D, Ojo O. Combining non-specialists with digital technologies in delivering mental health care in low- and middle-income countries: a systematic review. BMC Public Health. 2024;24(1):77. doi:10.1186/s12889-023-17417-6
17. Smith KA, Blease C, Faurholt-Jepsen M, Firth J, Van Daele T, Moreno C, et al. Digital mental health: challenges and next steps. BMJ Ment Health. 2023 Feb;26(1):e300670. doi:10.1136/bmjment-2023-300670
18. Maoz H, Sabbag R, Krieger I, Mendlovic S, Lurie I. Long-term efficacy of a continuity-of-care treatment model for patients with severe mental illness who transition from in-patient to out-patient services. Br J Psychiatry. 2024 Apr;224(4):122-126. doi:10.1192/bjp.2024.9