

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติด
ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)
จังหวัดปทุมธานี

Development of a care model for psychiatric patients, drug and addictive substance abuse patients at high risk of violence using District Health Boards (DHB), Pathum Thani Province.

(Received: March 26,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย¹ รณพงศ์ ไทยแท้²

Piyaporn Chokreansukchai¹ Ronapong Thaitthae²

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดปทุมธานี ดำเนินการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจากคณะกรรมการ พขอ. 130 คน และประชาชน 400 คน โดยใช้แบบสอบถาม (2) ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยสัมภาษณ์ เชิงลึก ผู้เกี่ยวข้อง 49 คน (3) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (4) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ จากทีมสหวิชาชีพ 50 คน โดยใช้แบบสอบถาม และญาติผู้ป่วย 50 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์เอกสารรายงาน และ (5) ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จโดยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง 49 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ การทำงานแบบแยกส่วนและขาดกลไกกลางในการประสานงาน รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ PATHUM-UCCARE model ซึ่งเน้นการวางแผนการทำงานแบบมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบจากทุกภาคส่วนโดยใช้กลไกของ พขอ. ในการขับเคลื่อน หลังการพัฒนาทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลและมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ญาติผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$) จำนวนอุบัติเหตุการก่อความรุนแรงลดลง และเกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่สำคัญ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีการประสานการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ และจังหวัดปทุมธานีเป็น “เมืองแห่งการเรียนรู้และคืนคนดีสู่สังคม” ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีความชัดเจนเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบด้วยภาวะผู้นำของทีม พขอ. และความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติด การก่อความรุนแรง การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop and evaluate the effectiveness of a care model for psychiatric patients, drug and addictive substance abuse patients at high risk of violence using the District Health Boards, Pathum Thani Province. The study was conducted in five phases: (1) assessing the needs for developing the care model among 130 District Health Boards committee members and 400 people using questionnaires; (2) examining the current situation and operational barriers through in-depth interviews with 49 stakeholders; (3) developing the care model for psychiatric patients, drug and addictive substance abuse patients at high risk of violence (4) evaluating the effectiveness of the model among 50 multidisciplinary teams using questionnaires and 50 patients' relatives using interviews, along with document analysis; and (5) identifying key success factors through in-depth interviews with 49 stakeholders. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics, while qualitative data were analyzed using content analysis.

¹ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ การกิจด้านพัฒนาการแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

² กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด การกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

The results revealed that most participants expressed a high level of need for developing the care model. Key barriers included a lack of service integration and the absence of a central coordination mechanism. The developed model, namely the PATHUM-UCCARE model, emphasizes participatory planning and shared accountability across all sectors, driven by the District Health Boards mechanism. After implementation, multidisciplinary teams demonstrated increased participation in patient care and higher satisfaction with the model. Patients' relatives showed improved knowledge, attitudes, and satisfaction toward the care model at the .01 level of statistical significance ($p < .001$). The incidence of violent behavior decreased, and significant system-level changes were observed, including improved coordination among multidisciplinary teams and network partners. Pathum Thani Province was recognized as a "learning city and a place for social reintegration." A key factor in this success is a clear, systematically interconnected patient care model, driven by the leadership of the District Health Boards and collaboration from all sectors.

Keywords: psychiatric patients, drug and substance abuse patients, violent behavior, District Health Boards (DHB)

บทนำ

องค์การอนามัยโลกระบุว่า 1 ใน 8 ของคนทั่วโลกหรือกว่า 970 ล้านคนมีปัญหาด้านสุขภาพจิตสำหรับประเทศไทยมีประชากรราว 10 ล้านคนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต¹ ซึ่ง 4.4 ล้านคนเคยมีโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตในรอบ 12 เดือน โดยพบความชุกในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเท่ากับ 3 เท่า และ 2.8 เท่าตามลำดับ² ในปี 2566 คาดว่ามีผู้ป่วยจิตเวชสูงถึง 4 ล้านคน รวมกับกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดจาก 2.5 ล้านคนในปี 2565 คิดเป็นร้อยละ 6.44 ของประชากรไทยทั้งหมด โดยมีเพียงร้อยละ 38.75 ที่เข้าถึงการรักษา³ มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำนวน 5,172 คนหรือเท่ากับ 7.9 ต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยวันละ 14 คน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก 2 ชั่วโมง อีกทั้งยังมีผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 31,110 คน หรือเท่ากับ 47.7 ต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยวันละ 85 คน หรือมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 7 คน ในทุก 2 ชั่วโมง⁴ นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 18 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถดูแลตนเองได้ทำให้ครัวเรือนต้องจัดหาผู้ดูแลเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคล⁵

ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการทั้งหมด 2.9 ล้านคน ในปี 2566 พบว่าเป็นโรคซึมเศร้ามากถึง 1.5 ล้านคน ซึ่งมีแนวโน้มทำร้ายตัวเองเพิ่มสูงขึ้น⁶ และมีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมด้วยจำนวน 381,631 ราย ส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) มีจำนวนผู้ที่คลุ้มคลั่งเพิ่มขึ้นทุกปี

⁷ ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) หมายถึง 1) ผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัวและสะท้อนขวัญในชุมชน 3) มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง และ 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง ได้แก่ ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง โดยที่ผู้ป่วย SMI-V มีสัญญาณของความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง 5 ประการคือ "ไม่หลับ ไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง"⁸

ในปีงบประมาณ 2568 กรมสุขภาพจิตได้กำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยจัดให้มีทีม Psychiatric Emergency และทีม HOPE Task Force ในชุมชน เพื่อนำเข้าสู่การบริการอย่างทันที่ที่มีคุณภาพและปลอดภัย ตลอดจนพัฒนาระบบการติดตามเฝ้าระวังดูแลต่อเนื่องร่วมกับภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ไม่ก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น⁹

การแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ควรดำเนินการภายใต้การบูรณาการความ

ร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้กลไกของ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขที่มีนโยบายบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กลไกของ พชอ.¹⁰⁻¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยในชุมชนแบบ Assertive Community Treatment (ACT) โดยทีมสหวิชาชีพที่ทำงานเชิงรุกและมีการประสานความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ที่เน้นการเยี่ยมบ้าน การติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และการประสานเครือข่ายบริการสุขภาพและสังคม เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงหรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่าช่วยเพิ่มการคงอยู่ในระบบการรักษาและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปลอดภัยมากขึ้น¹³ แนวคิดการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนแบบบูรณาการซึ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพจิตที่สมดุลระหว่างบริการในโรงพยาบาลและบริการในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน ครอบครัว และเครือข่ายสังคม สามารถลดการตีตรา เพิ่มการเข้าถึงบริการ และลดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพและใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁴ และแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคม โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการดำรงชีวิต การทำงาน และการมีบทบาทในสังคม ช่วยลดการกำเริบของโรค เพิ่มความต่อเนื่องในการรักษา และลดพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจนำไปสู่ความรุนแรง¹⁵ แนวคิดตามที่กล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การใช้โปรแกรม Foundations psychosocial outreach support program เป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับเครือข่ายชุมชนผ่านการเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนทางสังคม และการเชื่อมโยงบริการในพื้นที่พบว่าผู้ป่วยที่

เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น และระยะเวลาการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง¹⁶

งานวิจัยในประเทศที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กลไกของ พชอ. พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ และสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการอาละวาดและก้าวร้าวลงได้ เกิดระบบการดูแลที่มีเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย SMI-V มีแนวทางปฏิบัติต่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตและกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูล มีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช และพบว่าบทบาทของคณะกรรมการ พชอ. สูงกว่าเกณฑ์ที่คาดหวังและมีความสอดคล้องกับการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE¹⁷⁻¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลยส่งผลให้มีระบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V และผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิตดีขึ้น¹⁹

ในปีงบประมาณ 2568 จังหวัดปทุมธานี มีผู้ป่วย SMI-V รวมทั้งสิ้น 268 คน ซึ่งมากเป็นอันดับที่ 3 ของเขตสุขภาพที่ 4 สะท้อนให้เห็นว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินและคุณภาพชีวิตของประชาชน ครอบครัว และสังคมโดยรวม ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วย SMI-V ที่ถูกนำส่งโรงพยาบาลชุมชนมักมีอาการก้าวร้าวรุนแรง มีอาการทางกายร่วมด้วย ซึ่งโรงพยาบาลเฉพาะทางจะปฏิเสธการรับผู้ป่วยโดยจะให้ทางโรงพยาบาลชุมชนรักษาอาการทางกายให้หายก่อน ทั้งนี้ พื้นที่จังหวัดปทุมธานีมีคนเร่ร่อนไร้สิทธิการรักษาอยู่เป็นจำนวนมาก ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดด้านสถานที่ที่ให้การดูแล ประกอบกับอัตราค่าส่งมีน้อยซึ่งส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่หญิง จึงขาดความปลอดภัยในขณะปฏิบัติหน้าที่ โดยที่ฝ่ายปกครองและเจ้าหน้าที่ตำรวจเมื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลแล้วก็ไม่ได้มีการติดตามผลแต่อย่างใด²⁰

แม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาได้เสนอแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งช่วยลดการกำเริบของโรคและพฤติกรรมเสี่ยงได้ แต่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดบริการหรือโปรแกรมเฉพาะด้าน ยังขาด

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยที่บูรณาการการทำงานของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบผ่านกลไกของ พชอ. รวมทั้งยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการดำเนินงานในบริบทพื้นที่จริงค่อนข้างจำกัด จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในชุมชน ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยประยุกต์ใช้องค์ความรู้เรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ของ Kemmis & McTaggart²¹ เทคนิครวมพลังสร้างอนาคตหรือกระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control)²² แนวคิดการดูแลผู้ป่วย จิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง^{8,11-12} และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)¹⁰ เพื่อยกระดับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ป้องกันการกำเริบซ้ำและป้องกันพฤติกรรมก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความต้องการดูแลและพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดปทุมธานี

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D: research and development) แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาความต้องการการดูแลผู้ป่วย SMI-V ของคณะกรรมการ พชอ. และประชาชน

ประชากร ได้แก่

1. คณะกรรมการ พชอ. จำนวน 7 อำเภอๆ ละ 23 คน รวม 161 คน กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้ตาราง

คำนวณของเครจซี่และมอร์แกน²³ ได้ขนาดตัวอย่าง 118 คน ผู้วิจัยเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างและป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 130 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีจับสลากจากบัญชีรายชื่อของคณะกรรมการ พชอ. ในแต่ละอำเภอๆ ละ 18-19 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1) ได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ พชอ. มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1) ผู้ที่อยู่ระหว่างการยื่นเรื่องขอลาออกจากการเป็นคณะกรรมการ พชอ. และ 2) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์ให้เลิกการศึกษา (discontinuation criteria)

1) ผู้ที่เจ็บป่วยจนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัย 2) ผู้ที่ขอลอนตัวออกจากโครงการศึกษาวิจัย และ 3) ผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการศึกษาวิจัย

2. ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 20-70 ปี ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 898,726 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ตามข้อ 1 ได้ขนาดตัวอย่าง 384 คน เพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 400 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน 1) สุ่มเลือกอำเภอได้ อ.คลองหลวง อ.ลำลูกกา และ อ.สามโคก 2) สุ่มเลือกตำบลโดยใช้อำเภอละ 3 ตำบล รวม 9 ตำบล 3) สุ่มเลือกหมู่บ้านใช้ตำบลละ 1 หมู่บ้านได้ 9 หมู่บ้าน 4) สุ่มตัวอย่างแบบง่ายเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 9 หมู่บ้าน

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1) สามารถสื่อสารได้ตามปกติ และ 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1) เป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพจิต 2) ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินและความจำ 3) ผู้ที่ย้ายออกนอกเขตจังหวัดปทุมธานี และ 4) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์ให้เลิกการศึกษา (discontinuation criteria)

1) ผู้ที่เจ็บป่วยจนเป็นอุปสรรคต่อการ

ศึกษาวิจัย 2) ผู้ที่ขอลถอนตัวออกจากโครงการศึกษาวิจัย และ 3) ผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการศึกษาวินิจฉัย

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V มีลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดคะแนนเป็น 0 การแปลผลค่าคะแนนใช้เกณฑ์ดังนี้²⁴ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (0-7 คะแนน) มีความรู้ต่ำ คะแนนร้อยละ 60.00-79.99 (8-9 คะแนน) มีความรู้ปานกลาง คะแนน ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (10-12 คะแนน) มีความรู้สูง

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วย SMI-V จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน²⁵ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง²⁶ ใช้คะแนนสูงสุด (5) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (1)หารด้วย 3 แปลผลดังนี้ น้อย = 10.00-23.33 คะแนน, ปานกลาง = 23.34-36.66 คะแนน, มาก = 36.67-50.00 คะแนน

ส่วนที่ 4 ความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V จำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน²⁵ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง²⁶ ใช้คะแนนสูงสุด (125) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (25)หารด้วย 3 แปลผลดังนี้ น้อย = 25.00-58.33 คะแนน, ปานกลาง = 58.34-91.66 คะแนน, มาก = 91.67-125.00 คะแนน

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่าแบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์รายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับคณะกรรมการ พขอ. และประชาชนในจังหวัดลพบุรีจำนวนกลุ่มละ 30 คน ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V

โดยใช้ KR-20²⁷ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .891 และ .886 ตามลำดับ และใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค²⁸ วิเคราะห์ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .914 และ .903 ตามลำดับ และวิเคราะห์ความต้องการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วย SMI-V ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .922 และ .908 ตามลำดับ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบงาน พขอ.ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 7 อำเภอเพื่อแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างและรวบรวมส่งคืนผู้วิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ขั้นที่ 2 ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย SMI-V

ประชากร ได้แก่ คณะทำงานดูแลผู้ป่วย SMI-V ของแต่ละ พขอ. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอ้อมตัวของข้อมูล²⁹ จำนวน 49 คน ได้แก่ ผู้แทน พขอ. 7 คน ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ได้แก่ งานสุขภาพจิตและยาเสพติด 1 คน งาน พขอ. 1 คน และงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 1 คน และทีมสหวิชาชีพ 39 คน

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของประเด็นคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดลพบุรี กลุ่มละ 2 ราย และปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บข้อมูลจริง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่าง โดยประสานและนัดหมายวันเวลาและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลารายละประมาณ 45 นาที และขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)³⁰

ขั้นที่ 3 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

นำผลการวิเคราะห์ในขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 มาพิจารณาร่วมกับแนวคิดและทฤษฎี^{8-15,21-22} เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยอาศัยแนวคิดการสร้างรูปแบบเชิงโครงสร้างตามแนวทางของ Keeves³¹ แล้วนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 9 ท่านพิจารณาคำเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ จากนั้นจึงนำรูปแบบไปใช้กับเครือข่ายสุขภาพอำเภอทั้ง 7 เครือข่ายต่อไป

ขั้นที่ 4 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พขอ.

ดำเนินการตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในเครือข่ายสุขภาพอำเภอทั้ง 7 เครือข่ายตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2569 รวมระยะเวลา 8 เดือน และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย SMI-V และ 2) ญาติผู้ป่วย กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1.9.2 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน ผู้วิจัยเพิ่มอีก ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างและการสูญหายของข้อมูล จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มละ 50 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากจากบัญชีรายชื่อ

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ รูปแบบฯ ตามขั้นตอนที่ 3 และแบบบันทึกข้อมูล

1. แบบสอบถามทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย SMI-V จำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน²⁵ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง²⁶ ใช้คะแนนสูงสุด (125) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (25)หารด้วย 3 แปลผลดังนี้ น้อย = 25.00–58.33 คะแนน, ปานกลาง = 58.34–91.66 คะแนน, มาก = 91.67–125.00 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พขอ. จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน²⁵ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง²⁶ ใช้คะแนนสูงสุด (75) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (15)หารด้วย 3 แปลผลดังนี้ น้อย = 15.00–35.00 คะแนน, ปานกลาง = 35.01–55.00 คะแนน, มาก = 55.01–75.00 คะแนน

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่าแบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์รายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับทีมสหวิชาชีพในจังหวัดลพบุรีจำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค²⁸ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .916 และ .921 ตามลำดับ

2. แบบสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V มีลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดคะแนนเป็น 0 การแปลผลค่าคะแนนใช้เกณฑ์ดังนี้²⁴ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (0–7 คะแนน) มีความรู้ต่ำ คะแนนร้อยละ 60.00–79.99 (8–9 คะแนน) มีความรู้ปานกลาง คะแนน ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (10–12 คะแนน) มีความรู้สูง

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วย SMI-V จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน²⁵ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง²⁶ ใช้คะแนนสูงสุด (50) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (10)หารด้วย 3 แปลผลดังนี้ น้อย = 10.00–23.33 คะแนน, ปานกลาง = 23.34–36.66 คะแนน, มาก = 36.67–50.00 คะแนน

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พขอ. จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน²⁵ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง²⁶ ใช้คะแนนสูงสุด (50) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (10) ทหารด้วย 3 แปลผลดังนี้ น้อย = 10.00–23.33 คะแนน, ปานกลาง = 23.34–36.66 คะแนน, มาก = 36.67–50.00 คะแนน

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่าแบบสัมภาษณ์มีค่าความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์รายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยในจังหวัดลพบุรี จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้ KR-20²⁷ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .883 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค²⁸ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .905 และ .913 ตามลำดับ

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ จากทีมสหวิชาชีพ และญาติผู้ป่วยตามลำดับ และใช้แบบบันทึกข้อมูลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ paired-samples t test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นที่ 5 ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พขอ.

ประชากร ได้แก่ คณะทำงานดูแลผู้ป่วย SMI-V ของแต่ละ พขอ. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอ้อมตัวของข้อมูล²⁹ จำนวน 49 คน ได้แก่ ผู้แทน พขอ. 7 คน ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดประกอบด้วย งานสุขภาพจิตและยาเสพติด 1 คน งาน พขอ. 1 คน และงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ

มนุษย์ 1 คน ญาติผู้ป่วย 7 คนและทีมสหวิชาชีพ 32 คน

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของประเด็นคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดลพบุรี กลุ่มละ 2 ราย และปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บข้อมูลจริง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่าง โดยประสานและนัดหมายวันเวลาและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลารายละประมาณ 45 นาที และขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)³⁰

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์จังหวัดลพบุรี ตามใบรับรองเลขที่ PPHO-REC 2568/35 ลงวันที่ 17 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

ความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พขอ.

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นคณะกรรมการ พขอ. และประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในระดับสูงร้อยละ 63.8 (mean = 10.43, SD = 1.43) และระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2 (mean = 9.68, SD = 1.48) ตามลำดับ มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในระดับมาก ร้อยละ 52.3 (mean = 36.97, SD = 6.46) และระดับมาก ร้อยละ 60.8 (mean = 37.90, SD = 6.41) ตามลำดับ มีความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พขอ. ในระดับมาก ร้อยละ 70.0 (mean = 100.10, SD = 18.79) และระดับมาก ร้อยละ 79.5 (mean = 105.24, SD = 17.31) ตามลำดับ โดยเฉพาะมีความต้องการด้านการดำเนินงานแบบบูรณา

การ การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการมีระบบติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

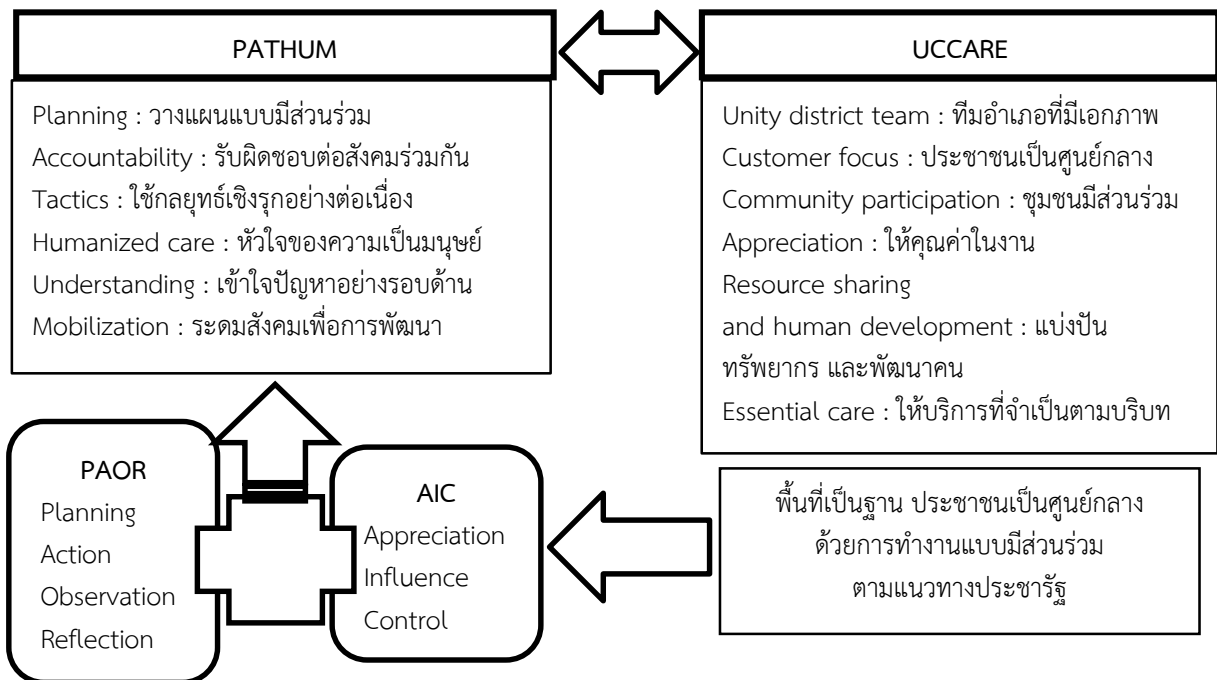
สภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

พบว่า การดูแลผู้ป่วยยังประสบปัญหาเนื่องจากการเป็นการทำงานแบบแยกส่วนและขาดกลไกกลางในการประสานงาน แนวทางปฏิบัติไม่มีความชัดเจน มีข้อจำกัดด้านบุคลากร ความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน และการขาดระบบติดตามผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุรุนแรงซ้ำ

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พขอ.

ผู้วิจัยได้ร่วมกับคณะทำงานดูแลผู้ป่วย SMI-V ของ พขอ. และภาคีเครือข่ายในชุมชนวางแผนและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยใช้วงจร PAOR ได้แก่ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ร่วมกับเทคนิค AIC (Appreciation-Influence-Control)²² แล้วใช้กลไก พขอ. ในการตรวจประเมินและติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานตาม

กระบวนการ UCCARE สำหรับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ PATHUM-UCCARE เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่เน้นการวางแผนการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยทุกภาคส่วนมีความรับผิดชอบร่วมกันแก้ไขปัญหาเชิงรุก ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ รวมทั้งเสริมพลังญาติให้มีบทบาทในการดูแลและเฝ้าระวัง 5 สัญญาณเตือนของผู้ป่วย ผู้เกี่ยวข้องเรียนรู้ทำความเข้าใจต่อปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัวอย่างรอบด้าน เน้นการทำงานแบบบูรณาการของทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย และชุมชน ครอบคลุมการคัดกรอง การเฝ้าระวัง การดูแลกรณีฉุกเฉิน และติดตามต่อเนื่องในชุมชน ป้องกันการกำเริบซ้ำ ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนเป็นการคืนคนดีสู่สังคม ขณะเดียวกันได้สื่อสารเชิงบวกกับประชาชนในชุมชนไม่ให้เกิดการตีตราผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ ได้ใช้กลไก พขอ. เป็นศูนย์กลางในการตรวจประเมินและติดตามความก้าวหน้า โดยรูปแบบมีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด (mean = 4.83, 4.36; SD = .15, .45 ตามลำดับ) ดังมีรายละเอียดตามรูปภาพต่อไปนี้



รูปภาพที่ 1 แสดงรายละเอียดของ PATHUM-UCCARE model

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พขอ.

1. ทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย SMI-V เพิ่มขึ้นจาก 82.86 คะแนน (SD = 22.69) เป็น 104.74 คะแนน (SD = 19.42) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 48.98 คะแนน (SD = 9.46) เป็น 61.92 คะแนน (SD = 7.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value < .001)

2. ญาติผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 7.38 คะแนน (SD = 1.57) เป็น 9.44 คะแนน (SD = 1.48) มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 34.10 คะแนน (SD = 6.49) เป็น 43.76 คะแนน (SD = 6.20) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 36.84 คะแนน (SD = 5.91) เป็น 46.12 คะแนน (SD = 5.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value < .001) ดังมีรายละเอียดตามตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ (n = 50)

ประเด็น	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean Diff.	95%CI		t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		Lower	Upper		
การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	82.86 (22.69)	104.74 (19.42)	-21.88	-23.60	-20.15	-25.56	< .001
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย	48.98 (9.46)	61.92 (7.84)	-12.94	-13.82	-12.05	-29.39	< .001

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ (n = 50)

ประเด็น	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean Diff.	95%CI		t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		Lower	Upper		
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย	7.38 (1.57)	9.44 (1.48)	-2.06	-2.77	-1.34	-5.76	< .001
ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย	34.10 (6.49)	43.67 (6.20)	-9.57	-9.92	-8.49	-33.36	< .001
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย	36.84 (5.91)	46.12 (5.31)	-9.28	-9.62	-8.93	-35.22	< .001

3. ตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิตมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ดังนี้ 1) จำนวนอุบัติเหตุการก่อความรุนแรงลดลงจาก 173 ครั้ง เหลือ 108 ครั้ง โดยลดลงร้อยละ 37.57 2) ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำเพิ่มจากร้อยละ 71.14 เป็นร้อยละ 87.52 3) ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.26 เป็นร้อยละ 100 4) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจาก 2.38 ต่อแสนประชากร เหลือ 0.08 ต่อแสนประชากร และ 5) ผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.01 เป็น ร้อยละ 90.70

4. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พขอ. ตามองค์ประกอบ UCCARE พบว่าเครือข่ายสุขภาพอำเภอทุกอำเภอสามารถพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบได้เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ชั้น

5. เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบดังนี้

1) ระดับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนสามารถลดการเกิดอาการกำเริบซ้ำ ส่งผลให้ความหวาดระแวงในครอบครัวลดลง

2) ระดับชุมชน ได้แก่ เปลี่ยนจากชุมชนที่เฝ้ามองเป็นชุมชนที่จัดการตนเองด้วยกลไกการฟื้นฟูบำบัดผู้ป่วยโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based

Treatment and Rehabilitation : CBTx) โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางด้วยการทำงานแบบมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐ และมีการสื่อสารเชิงบวกเพื่อให้ประชาชนไม่ตีตราผู้ป่วย

3) ระดับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ได้แก่ เปลี่ยนจากการทำงานแบบแยกส่วนเป็นระบบนิเวศการดูแลร่วมกันโดยได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดปทุมธานี

4) ระดับจังหวัด ได้แก่ จังหวัดเป็นต้นแบบ “เมืองแห่งการเรียนรู้และคืนคนดีสู่สังคม” ภายใต้ “เมืองปทุมโมเดล” โดยใช้กลไก พชอ. อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดในการหมุน “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ซึ่งสามารถเชื่อมโยงนโยบายจากจังหวัดสู่การปฏิบัติจริงของฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน สาธารณสุข ชุมชน และภาคส่วนต่างๆ ได้อย่างไร รอยต่อจนสามารถสร้างพื้นที่ปลอดภัยและลดอัตราการก่อความรุนแรงลงได้อย่างเป็นรูปธรรม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีความชัดเจนเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ด้วยภาวะผู้นำของ พชอ. ความร่วมมือของทุกภาคส่วน การสื่อสารและการประสานงานอย่างต่อเนื่อง การใช้ข้อมูลจริงประกอบการวางแผนและตัดสินใจ การเสริมพลังชุมชน และการเสริมพลังให้ญาติผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามโอกาสพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ ควรมีการประชุม case conference ของผู้ป่วยทุกราย และพัฒนา Dashboard โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อแสดงข้อมูลและสถานการณ์แบบ real-time และเชื่อมโยงข้อมูลเข้ากับ Cardiff Model³² โดยบูรณาการข้อมูลแบบเชิงรุกระหว่างสถานพยาบาลกับฝ่ายตำรวจ เน้นการวิเคราะห์ข้อมูลสถานที่และเวลาที่เกิดเหตุการณ์รุนแรงเพื่อระบุพื้นที่เสี่ยงอันจะนำไปสู่การวางมาตรการป้องกันเชิงรุกร่วมกันระหว่างทุกภาคส่วนเพื่อลดอุบัติการณ์การก่อความรุนแรงต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งคณะกรรมการ พชอ. และประชาชนส่วนใหญ่มีความต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พชอ. โดยเฉพาะมีความต้องการด้านการทำงานแบบบูรณาการ การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการมีระบบติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน สะท้อนให้เห็นว่าสังคมต้องการให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลที่ดี ซึ่งจะทำให้ประชาชนในชุมชนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินและมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁰⁻¹² จึงมีความจำเป็นต้องเชื่อมโยงระบบบริการโดยมีกลไกกลางในการประสานงาน ลดข้อจำกัดด้านขีดความสามารถของบุคลากร เพิ่มความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน และพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีระบบป้องกันเชิงรุกโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอันจะนำไปสู่การลดอุบัติการณ์การก่อความรุนแรงต่อไป¹³⁻¹⁵

รูปแบบ PATHUM-UCCARE ที่พัฒนาขึ้นเกิดจากความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยและคณะทำงานของ พชอ. ทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนภาคส่วนต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาความรุนแรงที่เกิดจากผู้ป่วย SMI-V โดยใช้ชุมชนเป็นฐานขับเคลื่อนด้วยกลไก พชอ. เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม²¹ โดยใช้ข้อมูลประกอบการวางแผน ปฏิบัติการ สังเกตติดตามผล และสะท้อนผลร่วมกัน ประกอบกับการใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วมที่เน้นสร้างความเข้าใจบริบท กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหอย่างสร้างสรรค์ และวางแผนควบคุมกำกับดำเนินการร่วมกันเพื่อให้ทุกฝ่ายรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและแนวทางแก้ไขเพื่อเป้าหมายเดียวกัน²² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับเครือข่ายชุมชนผ่านการเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนทางสังคม และการเชื่อมโยงบริการในพื้นที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น และระยะเวลาการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง¹⁶

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ ลดจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการอาละวาดและก้าวร้าวลงได้ เกิดระบบการดูแลที่มีเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง มีแนวทางปฏิบัติต่อผู้มีอาการทางจิตและกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูล มีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช และพบว่าบทบาทของคณะกรรมการ พชอ. สูงกว่าเกณฑ์ที่คาดหวังและสัมพันธ์กับการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE¹⁷⁻¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดส่งผลให้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิตดีขึ้น¹⁹

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษายืนยันว่า PATHUM-UCCARE model สามารถเชื่อมประสานระบบบริการผ่านกลไกพชอ. จนเกิดการบูรณาการเชิงโครงสร้างอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทุกระดับดีขึ้น และตัวชี้วัดความรุนแรงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนพลังของระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดที่ยึดชุมชนเป็นฐานและมีธรรมาภิบาลที่ชัดเจน การเปลี่ยนผ่านจากการดูแลแบบแยกส่วนสู่ระบบการดูแลแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงกันทั้งเครือข่ายเป็นปัจจัยชี้ขาดต่อการลดความรุนแรงและเพิ่มความต่อเนื่องของการ

ดูแลผู้ป่วย ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือควรยกระดับรูปแบบดังกล่าวเป็น “มาตรฐานระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ” พร้อมกำหนดตัวชี้วัดด้านการลดเหตุความรุนแรงและความต่อเนื่องของการดูแล ในเชิงระบบบริการควรพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศแบบทันสถานการณ์โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และมีการประชุมทบทวนรายการกรณีในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อเพิ่มการเฝ้าระวังและตอบสนองได้อย่างทันต่อสถานการณ์ ในเชิงปฏิบัติการควรเสริมศักยภาพทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายให้มีความปลอดภัยต่อการจัดการภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งพัฒนาระบบบำบัดรักษาโดยชุมชนเป็นฐานให้เป็นกลไกปกติของพื้นที่ และในเชิงวิชาการควรต่อยอดการวิจัยแบบติดตามผลระยะยาวและศึกษาเปรียบเทียบเพื่อยืนยันผลลัพธ์เชิงประจักษ์และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านนายแพทย์อภิชน จินเสวก รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และอาจารย์ชยา เครื่องทิพย์ นักวิชาการอิสระที่สละเวลาให้คำปรึกษาการวิจัย รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้สถิติในการวิจัย ขอขอบคุณทีม พชอ. ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายทุกอำเภอที่ร่วมแรงร่วมใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจนเกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม คุณค่าและประโยชน์ของงานวิจัยนี้ขอมอบไว้เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมความรุนแรง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).(2567). นศ.ไทยเครียด-ซึมเศร้าสูง 30% พบ 5 ปีฆ่าตัวตายสำเร็จ 14 ราย สสส.รุกรสร้างเครือข่ายมหาลัยดูแลสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/a1b92cf7-91ec-ee11-8103-0015d1aab6f>
2. กรมสุขภาพจิต.(2568). ความชุกโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: ผลสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1742>
3. ไทยพีบีเอส (Thai PBS). (2567). คาคคนไทยป่วยสุขภาพจิต มากกว่าผู้รับการรักษา 5 เท่า [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-35>

23. Krejcie RV, Morgan DW.(1970). Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607–10. doi: 10.1177/001316447003000308.
24. Bloom BS.(1976). *Human characteristics and school learning*. New York: McGraw-Hill Book Company; 1976.
25. อัจศรา ประเสริฐสิน.(2563). เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษา และจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
26. Best JW, Kahn JV.(1986). *Research in education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall; 1986.
27. บุญชัย เมฆแก้ว.(2562). รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาชุดช่วยวิเคราะห์ข้อมูลแบบเรียลไทม์หาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (KR-20). พังงา: วิทยาลัยชุมชนพังงา; 2562.
28. Cronbach LJ.(1977). *Educational Psychology*. New York: Harcourt Brace Jevanovich; 1977.
29. Creswell JW, Poth CN.(2018). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2018.
30. Crabtree BF, Miller WL.(1992). *Doing qualitative research: multiple strategies*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1992.
31. Keeves JP.(1988). *Educational research, methodology, and measurement: an international handbook*. Oxford: Pergamon Press; 1988.
32. Shepherd JP.(2024). *The Cardiff model for violence prevention*. London: Royal College of Emergency Medicine; 2024 [cited 2025 June 9]. Available from: https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2024/03/The_Cardiff_Model_for_Violence_Prevention_Jonathan_Shepherd.pdf