Vol. 3 No. 2 May - August 2023
Phetchabun Medical Journal

The development of family and community participation model in integrated emergency care for mental health crisis patients

Chanya Chainun, M.N.S.
Psychiatric and Drug ward, Somdejphajaotaksin Maharaj hospital, Tak province, Thailand

Article Info: Received: 30 June 2023 Revised: 9 August 2023 Accepted: 10 Augustr 2023

Abstract

Psychiatric and drug abuse patients have an increased tendency to develop mental health crises, causing negative effects on themselves, others and society. Families and communities are fearful, unacceptable and abandon patients. Consequently, patients have violent and aggressive behavior towards themselves and others and also have problems relapsing into drug use. This research and development aimed to develop a model for family and community participation in integrated emergency care for mental health crisis patients, and evaluation the use of family and community participation models in integrated emergency mental health crisis patients care. The research process consists of 3 phases including 1) study the problems and needs of the community 2) design and develop a model to solve the problem of emergency care for mental health crisis patients in the Mueang district, Tak province, and 3) evaluate the use of the developed model in the community. The sample consisted of 53 subjects of community leaders, village headmen, village health volunteers, public health officers, government officials and related officials, 28 patients and relatives of patients with mental health emergencies in 22 areas in Mueang Tak district, Tak province. Research tools included models of family and community participation in Integrated care for emergency mental health crisis patients, emergency mental health crisis patient assessment form, follow-up form for chronic psychiatric patients in the community in 10 areas and satisfaction assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results found that the family and community participation model in integrated emergency care for mental health crisis patients consists of 3 steps: 1) community surveillance and referral to access services, 2) hospital treatment, and 3) follow-up in the community after treatment. After applying the developed model of family and community participation in integrated mental health crisis patients care, the outcomes of follow-up care in psychiatric patients in the community in all 10 areas over a period of 3 and 6 months, all aspects of the symptoms of emergency mental health crisis patients were better than before development. Patients had no psychotic symptoms, that were 96.4% and 92.9%, respectively. Their behavior of taking drugs regularly increased to 96.4% and 89.3%, respectively. Relationships within the family improved 89.3% and 85.7%, respectively. Their behavior of relapsing to take drugs decreased that only 7.1 %. Patient families, community leaders, community network partners, and those involved were at a high level of satisfaction. The average values were 3.87 and 4.21, respectively. The research suggest that these should be extended to use the family and community participation model in integrated mental health crisis emergency care to be used in other areas to increase quality care for mental health crisis emergency patients in community.

Keywords: participation model, emergency mental health crisis patients, integration

Corresponding author: Chanya Chainun, Psychiatric and Drug ward, Somdejphajaotaksin Maharaj hospital, Tak province, Thailand
E-mail address: chanyatsm@hotmail.com

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ

จรรยา ใจหนุน พย.ม.

หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

การรับบทความ: วันที่รับ: 30 มิถุนายน 2566 วันที่แก้ไข: 9 สิงหาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 10 สิงหาคม 2566

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีแนวโน้มการเกิดปัญหาวิกฤตของสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้นเกิดผลกระทบทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคม ครอบครัวและชุมชนเกิดความหวาดกลัว ไม่ยอมรับและทอดทิ้งผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่นและมีปัญหาการกลับไปเสพยาซ้ำ การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ และประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน 2) ออกแบบและพัฒนารูปแบบในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดตาก 3) ประเมินผลการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจำนวน 53 คน ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตจำนวน 28 คน ในพื้นที่อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก จำนวน 22 แห่ง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ แบบประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน และแบบประเมินความพึงพอใจ นำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังในชุมชนและส่งต่อเข้าถึงการบริการ 2) การบำบัดรักษาในโรงพยาบาล และ 3) การติดตามในชุมชนหลังการบำบัดรักษา ภายหลังจากนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั้ง 10 ด้าน ในระยะ 3 และ 6 เดือน อาการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตทุกด้านมีอาการดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนา ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงทางจิต ร้อยละ 96.4 และ 92.9 ตามลำดับ มีพฤติกรรมการกินยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.4 และ 89.3 ตามลำดับ สัมพันธภาพภายในครอบครัวดีขึ้น ร้อยละ 89.3 และ 85.7 ตามลำดับ มีพฤติกรรมกลับไปเสพยาซ้ำลดลงเพียงร้อยละ 7.1 เท่ากันทั้ง 3 และ 6 เดือน ครอบครัวผู้ป่วย ผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่ายในชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 และ 4.21 ตามลำดับ ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยควรขยายผลการนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในชุมชน

คำสำคัญ: รูปแบบการมีส่วนร่วม, ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติสุขภาพจิต, บูรณาการ

ผู้รับผิดชอบบทความ: จรรยา ใจหนุน หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก
E-mail address: chanyatsm@hotmail.com

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มเกิดปัญหาวิกฤตสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้นเกิดผลกระทบทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคม ครอบครัวและชุมชนเกิดความหวาดกลัว ไม่ยอมรับและทอดทิ้งผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตหลังจากได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลแล้วกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชน ทำให้ต้องกลับมารับการรักษาซ้ำด้วยอาการขาดยา ก้าวร้าวรุนแรงและเสพยาเสพติดซ้ำ [1] จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตในคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบความชุกปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อาจเป็นปัจจัยหรือสาเหตุการเกิดอาการคลุ้มคลั่งและมีภาวะทางจิตประสาทและอารมณ์ โดยพบคนไทยมีความชุกชั่วชีวิตและความชุก 12 เดือน ของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดร้อยละ 30.8 และ 13.4 ตามลำดับ [2] ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ถือเป็นอาการแสดงทางจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการทำอันตรายตนเองผู้อื่น ชุมชนและสิ่งแวดล้อม [3-4] โดยแต่ละปีมีผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต มีโอกาสก่อความรุนแรงที่เป็นผลมาจากความผิดปกติของระบบประสาท เช่น ประสาทหลอน หูแว่ว หรือเห็นภาพต่างๆ ว่าจะถูกทำร้ายจึงตอบโต้กลับ [4] เกิดผลกระทบทำให้เกิดการสูญเสียทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยจิตเวชคนไทยเข้าถึงบริการดูแลรักษาเพียงร้อยละ 11.5 เท่านั้น [2] ซึ่งการที่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสม ส่งผลเสียอย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ เพราะปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงญาติ ครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวนี้ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่สามารถเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ให้ไปรับและนำส่งยังสถานบริการสุขภาพ ซึ่งตามระบบการคัดแยกในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน [5] ซึ่งเป็นการเพิ่มการเข้าถึงการรักษาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ แต่หากผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเหล่านี้ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ทั้งตัวผู้ป่วย ผู้อื่น และทรัพย์สิน [3,4,6] นโยบายในการดำเนินการช่วยเหลือจึงมักจะเกี่ยวข้องกับหลายฝ่ายตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน และระบบการช่วยเหลือทั้งทางสังคมและทางสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวซึ่งต้องดำเนินการเชิงระบบโดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับนโยบาย ระดับชาติ การดำเนินงานในพื้นที่ จนถึงระดับชุมชน ครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง [7] จากรายงานวิจัยของพรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ [8] ได้ทำการศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งแบบบูรณาการในประเทศไทยไว้ว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดอาการฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาไม่ต่อเนื่องและผู้ใช้สารเสพติด ควรได้รับการคัดกรองและเฝ้าระวังโดยชุมชน มีมาตรการหรือแนวทางชุมชนในการ “กันก่อนแก้” และหทัยกาญจน์ เสียงเพราะ [9] ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชม ทำให้ผู้ป่วยมีการกินยาสม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมดีขึ้น โดยปัจจัยความสำเร็จเกิดจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการออกมาตรการ และนำมาตรการนั้นไปใช้ภายในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการสร้างและดำเนินงานเครือข่ายดูแลผู้ป่วยร่วมกัน รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดำเนินงานในชุมชน

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 – 2562 โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตมีแนวโน้มเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น กล่าวคือมีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลในปี 2560, 2561 และ 2562 จำนวน 235, 248 และ 264 ตามลำดับ [10] การดำเนินการที่ผ่านมาได้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต [1] แต่จากการดำเนินงาน พบว่า ครอบครัวและชุมชนยังมีแนวทางหรือขั้นตอนไม่ชัดเจนในการขอความช่วยเหลือ การดำเนินงานจึงขึ้นอยู่กับประสบการณ์และศักยภาพของครอบครัวและชุมชน ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการรวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องยังสับสนเรื่องการดำเนินงานด้านการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ด้านแนวทางการส่งต่อ และแนวทางการประสานงาน และบางหน่วยงานยังขาดความรู้และ

ทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตหลังจากได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลแล้ว เมื่อกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนต้องกลับมารับการรักษาซ้ำด้วยอาการขาดยามีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและเสพยาเสพติดซ้ำ ทำให้คนรอบข้างและประชาชนในชุมชนเกิดความหวาดกลัว ปัจจุบันได้มีการนำครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยยาเสพติดบ้าง แต่การศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีจำนวนน้อยและยังไม่เป็นระบบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ซึ่งเป็นแนวทางที่น่าจะเหมาะสมกับบริบทของพื้นทีผลการศึกษาจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ศึกษาหลักการแนวคิด ทฤษฎี ความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา 2) ออกแบบและพัฒนารูปแบบในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดตาก นำมาทดลองใช้และปรับปรุง 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบโดยการประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ปัญหาทางจิตหรือจิตเวช และบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องในชุมชน จำนวน 22 แห่งของจังหวัดตาก ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน มิถุนายน 2562- กันยายน 2564

นิยามศัพท์

รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ หมายถึง รูปแบบใหม่ในการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของครอบครัวและชุมชน ร่วมกับการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย การนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการช่วยให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตเข้าถึงบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการติดตามดูแลหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ และดำรงชีวิตในชุมชนได้ตามอัตภาพ

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวช และเข้ารับบริการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่กลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เริ่มต้นตั้งแต่การค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่มาของปัญหา ร่วมเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ร่วมดำเนินการตามแผนที่วางไว้ มีส่วนร่วมในการประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จและร่วมรับผลที่จะเกิดขึ้น

การบูรณาการ หมายถึง การดำเนินการที่ประสานกับครอบครัว ชุมชน หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานอื่นๆนอกกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R & D) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ศึกษา

หลักการแนวคิด ทฤษฎี ความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา 2) ออกแบบและพัฒนารูปแบบในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดตาก นำมาทดลองใช้และปรับปรุง 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบโดยการประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรทั้ง 3 ระยะเป็นกลุ่มเดียวกันเป็นผู้ป่วยที่ปัญหาทางจิตหรือจิตเวช และบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องในชุมชน จำนวน 22 แห่งของจังหวัดตาก

ขนาดกลุ่มกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ระยะ เป็นผู้ป่วยที่ปัญหาทางจิตหรือจิตเวชจำนวน 28 คน และบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องในชุมชนทุกแห่งจำนวน 22 แห่งของจังหวัดตาก จำนวน 53 คน คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้านและกำนัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในพื้นที่อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ที่ผ่านการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในชุมชน 2) ทำหน้าที่ดูแลและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตทั้ง 22 ชุมชน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ระยะเวลาทำหน้าที่ดูแลและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตน้อยกว่า 3 เดือน 2) ไม่อยู่ในพื้นที่ในระหว่างดำเนินการวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) และข้อมูลจากระยะที่ 1 ที่ได้จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เกี่ยวกับสภาพจริงทางกายภาพ สังคม ลักษณะความต้องการ ปัญหาในพื้นที่ และข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในพื้นที่อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก รวมถึงความร่วมมือของหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง โดยรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ประกอบด้วย ขั้นตอนของการดูแล 3 ขั้นตอน คือ 1) การเฝ้าระวังในชุมชนและส่งต่อเข้าถึงการบริการ 2) การบำบัดรักษาในโรงพยาบาล และ 3) การติดตามในชุมชนหลังการบำบัดรักษา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้จะดำเนินการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 3 เพื่อเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ส่วนขั้นตอนที่ 2 ให้บริการในระบบปกติของโรงพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ที่อยู่ปัจจุบัน อาชีพ และบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว

2.2 แบบประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ซึ่งมีเกณฑ์การจำแนก ดังนี้ 1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงในชุมชน 3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต/มุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง และ 4) มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง เช่น ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง ฯลฯ

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน ซึ่งมีระดับความก้าวร้าวรุนแรงแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ฉุกเฉินเร่งด่วน และกึ่งเร่งด่วน

2.4 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน ใช้ในการติดตามเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยโรคจิตและโรคจิตจากยาเสพติด ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน ให้ครอบคลุมประเด็นความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยและเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยจำนวน 10 ด้าน

3. แบบประเมินความพึงพอใจ

3.1 แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวและชุมชน ต่อรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต

แบบบูรณาการ จำนวน 10 ข้อ ประเมินด้วยการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแบ่งเป็น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด และให้คะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 คะแนนตามลำดับ การแปลผลการประเมินความพึงพอใจใช้เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1) 4.50 - 5.00 ระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติมากที่สุด 2) 3.50 - 4.49 ระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติมาก 3) 2.50 - 3.49 ระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติปานกลาง 4) 1.50 - 2.49 ระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติน้อย และ 5) 1.0 - 1.49 ระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติน้อยที่สุด

3.2 แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องต่อการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จำนวน 10 ข้อ ประเมินด้วยการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแบ่งเป็น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด และให้คะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 คะแนนตามลำดับ การแปลผลการประเมินความพึงพอใจใช้เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1) 4.50 - 5.00 ระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติมากที่สุด 2) 3.50 - 4.49 ระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติมาก 3) 2.50 - 3.49 ระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติปานกลาง 4) 1.50 - 2.49 ระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติน้อย และ 5) 1.0 - 1.49 ระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือ

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ที่ผู้วิจัยพัฒนาได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต 2 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน แล้วนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) และแก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ0.90 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จำนวน 2 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา และนำมาปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน เป็นแบบประเมินซึ่งเป็นที่ยอมรับและใช้อย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาของแบบประเมิน จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

3. แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ และแบบประเมินความพึงพอใจสำหรับภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องต่อการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต 2 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน แล้วนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) และแก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92 และ 0.88 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ

แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ และแบบประเมินความพึงพอใจสำหรับชุมชน/ภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องต่อการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ผู้วิจัยนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้วิธีการของคอนบาร์ค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83, 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R and D) แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปสัมภาษณ์โดยการจัดสนทนากลุ่ม (focus group) กับกลุ่มผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.1669) เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในพื้นที่อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพจริงทางกายภาพ สังคม ลักษณะความต้องการ สภาพปัญหาในพื้นที่ และข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดตาก รวมถึงความร่วมมือของหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2562

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบและการทดลองใช้ โดยการนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้จากการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นของพื้นที่ในระยะที่ 1 ร่วมกับการสังเคราะห์องค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต มาใช้ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ไปทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง 1 แห่ง ติดตามประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปใช้ในพื้นที่นำร่อง 2 แห่ง นำผลการดำเนินงานมาสรุป ประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เมื่อได้ข้อเสนอแนะแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขใหม่และนำไปใช้หรือทดลองซ้ำในสถานการณ์จริงในการดูแลและติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในพื้นที่อำเภอเมืองตากทั้ง 22 ชุมชน ดำเนินการวิจัยในเดือน สิงหาคม 2562 - กุมภาพันธ์ 2564

ระยะที่ 3 การประเมินผล การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ภายหลังการใช้รูปแบบฯ โดยติดตามอาการของผู้ป่วยในระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน ดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้ป่วยตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน ซึ่งใช้ในการติดตามเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยโรคจิตและโรคจิตจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน ให้ครอบคลุมประเด็นความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยและเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย

2. การติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติมตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ โดยการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแก่ครอบครัวและชุมชน ได้แก่ การให้ความรู้และส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการทางจิตกำเริบ การส่งเสริมอาชีพ การป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ ฯลฯ ตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน โดยนัดติดตามอาการในระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน

3. ผู้วิจัยพบผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน และให้ทำแบบประเมินความพึงพอใจ หลังสิ้นสุดการติดตามในระยะ 6 เดือน โดยประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จำนวน 28 ราย และประเมินความพึงพอใจสำหรับชุมชน/ภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องต่อการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จำนวน 53 ราย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำแบบประเมินความพึงพอใจ และให้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง

4. เก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่ม (focus group) ใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสังเกตภาพรวมทางกายภาพ และสังคมของชุมชน และสัมภาษณ์เครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้องในประเด็นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และใช้การสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) นำเสนอข้อมูลลักษณะเฉพาะปัญหา และความต้องการของชุมชนให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ร่วมกัน ตรวจสอบความ ถูกต้องของข้อมูล และระดมความคิดหาแนวทางร่วมกันของชุมชน 2) ประเมินผล โดยให้ชุมชนเสนอข้อจำกัดและข้อเสนอการดำเนินการ รูปแบบและแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมกับชุมชนมากที่สุด 3) สรุปแนวทางและรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต

3. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่และร้อยละ

4. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ และความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ วิเคราะห์โดยการจัดกลุ่มของเนื้อหาแล้วนำไปแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เอกสารการรับรองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 25/2564 โดยนักวิจัยได้ประชุมชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดความสำคัญของการวิจัย สอบถามความสมัครใจและลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา หากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียไม่อยากแสดงความคิดเห็นในประเด็นหนึ่งประเด็นใด การตัดสินใจ ปฏิเสธแสดงความคิดเห็น ถือเป็นสิทธิขาดของบุคคลเหล่านั้น การนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวม ข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยและครอบครัวจะถูกเก็บเป็นความลับ หากผู้ป่วยและครอบครัวมีความเครียดในระหว่างให้ข้อมูล สามารถยุติได้ทันที และจะได้รับการส่งต่อให้การปรึกษาเพื่อลดความเครียด

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นของพื้นที่

สภาพปัญหาในพื้นที่ และข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในพื้นที่อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก พบว่า ชุมชนเป็นชนบทกึ่งชุมชนเมือง ต่างคนต่างอยู่ สภาพพื้นที่แห้งแล้ง คนในพื้นที่จึงประกอบอาชีพหลักรับจ้างและคนตกงานทำให้ไม่มีรายได้ มีการระบาดของยาเสพติด ยาบ้า ฝิ่น และขาดความรู้การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและขาดความร่วมมือจากชุมชน

การทบทวนแนวคิด ทฤษฎี สรุปการทบทวนในด้านบริบทชุมชนหรือท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การสร้างความผูกพันในครอบครัวและชุมชน การแพร่ระบาดของยาเสพติด ศักยภาพของโรงพยาบาลจังหวัดและการบูรณาการ

บริบทงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการศึกษาการพัฒนาระบบการส่งต่อ ดูแลช่วยเหลือ การสร้างความผูกพันในครอบครัวและชุมชน การควบคุมการแพร่ระบาดยาเสพติด และบูรณาการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติสุขภาพจิต ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นของพื้นที่ในภาพรวมดังแสดงในภาพที่ 1

2. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ

จากการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นของพื้นที่ นำผลการวิเคราะห์เนื้อหามาทำการสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อสร้างแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต นำข้อมูลผ่านกระบวนการร่วมคิดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ซึ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่

1) การเฝ้าระวังในชุมชนและส่งต่อเข้าถึงบริการ เนื้อหาในการเรียนรู้ประกอบด้วย การประเมินและการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 [1, 3, 5, 7] 2) การบำบัดรักษาในโรงพยาบาล เป็นการให้บริการในระบบปกติของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการตามศักยภาพของโรงพยาบาล และ 3) การติดตามในชุมชนหลังการบำบัดรักษา เนื้อหาในการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรมการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ของสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต [11] การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการศึกษาในประเด็นที่ 1 และ 3 เพื่อมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ และมีคู่มือการใช้รูปแบบที่ประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ กระบวนการ และการประเมินผล

ภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์เนื้อหาสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นของพื้นที่

3. การประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจากชุมชนในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดตาก จำนวน 22 แห่ง ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต จำนวน 28 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.7 อายุ 31-40 ปี มากที่สุดร้อยละ 35.8 และร้อยละ 7.1 เป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้างร้อยละ 75.0 ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 53.5 (ตารางที่ 1)

2) ครอบครัวของผู้ป่วยจำนวน 28 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.4 อายุส่วนใหญ่อยู่ช่วง 51 – 60 ปี ร้อยละ 35.7 รองลงมาอยู่ช่วง 31 – 40 ปี ร้อยละ 32.1 (ไม่ได้แสดงข้อมูล)

3) ผู้นำชุมชน/ภาคีเครือข่ายในชุมชนจำนวน 53 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.8 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51 – 60 ปี ร้อยละ 52.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ/ตำแหน่ง อสม. ร้อยละ 56.6 รองลงมาเป็นผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 16.9 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต (n=28)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	60.7
หญิง	11	39.3
อายุ		
21 – 30 ปี	8	28.6
31 – 40 ปี	10	35.8
41 – 50 ปี	6	21.4
51 – 60 ปี	2	7.1
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	2	7.1
อาชีพ		
รับจ้าง	21	75.0
ไม่มีอาชีพ	7	25.0
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1-5 ปี	15	53.5
6-10 ปี	6	21.4
11-15 ปี	4	14.3
16-20 ปี	1	3.6
21-25 ปี	1	3.6
26-30 ปี	1	3.6

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่ายในชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง (n=53)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	30.2
หญิง	37	69.8
อายุ		
21 – 30 ปี	1	1.9
31 – 40 ปี	2	3.8
41 – 50 ปี	17	32.1
51 – 60 ปี	28	52.8
61 ปีขึ้นไป	5	9.4
อาชีพ/ตำแหน่ง		
พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	7	13.2
ตำรวจ	2	3.8
อสม.	30	56.6
ปลัดอำเภอ	1	1.9
เจ้าหน้าที่ศูนย์ 1669	2	3.8
กำนัน	2	3.8
ผู้ใหญ่บ้าน	9	16.9

3.2 ผลการรักษาและการติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจากการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ

การติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลังการรักษาและจำหน่ายผู้ป่วยกลับชุมชน มีการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน ผลการเยี่ยมติดตามผู้ป่วย พบว่า หลังจากใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ การติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 10 ด้าน เป็นไปในทางที่เหมาะสม โดยพบว่า ก่อนรับการรักษาผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุกราย ร้อยละ 100 ภายหลังการดูแลในชุมชน 3 และ 6 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงทางจิต ร้อยละ 96.4 และ 92.9 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ยังคงแสดงอาการทางจิตเพียงร้อยละ 3.6 และ 7.1 ตามลำดับ ในด้านการกินยา ก่อนรับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่กินยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 96.4 ระยะติดตามผล 3 และ 6 เดือน ผู้ป่วยที่ไม่กินยาเลยลดลงเหลือเพียงร้อยละ 3.6 และ 10.7 ตามลำดับ มีพฤติกรรมการกินยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.4 และ 89.3 ตามลำดับ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ก่อนรับการรักษา พบว่า มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ร้อยละ 92.9 แต่ระยะติดตามผล 3 และ 6 เดือน สัมพันธภาพภายในครอบครัวดีขึ้น ร้อยละ 89.3 และ 85.7 ตามลำดับ ส่วนในด้านการใช้สารเสพติด ก่อนรับการรักษาผู้ป่วยไม่มีการใช้ยาเสพติด จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.8 และระยะติดตามผล 3 และ 6 เดือน ผู้ป่วยไม่มีการใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นเป็น 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.9 ส่วนอีกสองรายคิดเป็นร้อยละ 7.1 ยังคงมีพฤติกรรมกลับไปเสพยาซ้ำ แต่การเสพยาลดลงเหลือเดือนละ 1–2 ครั้ง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการรักษาและการติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจากการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ในระยะก่อนรับการรักษา การติดตามเยี่ยมในชุมชนหลังการรักษา 3 เดือน และ 6 เดือน (n=28)

การประเมิน	การประเมินผลการรักษาและติดตามเยี่ยมในชุมชน					
	ก่อนรับการรักษา		หลังการรักษา 3 เดือน		หลังการรักษา 6 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านอาการทางจิต: ผู้ป่วยไม่มีอาการจิต	0	0	27	96.4	26	92.9
2. ด้านการกินยา: ผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอ	0	0	27	96.4	25	89.3
3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ: การดูแลระดับดี	6	21.4	25	89.3	21	75
4. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน: ผู้ป่วยทำได้ด้วยตนเอง	17	60.7	28	100	27	96.4
5. ด้านการประกอบอาชีพ: ผู้ป่วยทำงานได้	1	3.6	14	50	3	10.7
6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว: สัมพันธภาพที่ดี	2	7.1	25	89.3	24	85.7
7. ด้านสิ่งแวดล้อม: ระดับดี	28	100	28	100	28	100
8. ด้านการสื่อสาร: ระดับดี	27	96.4	27	96.4	27	96.4
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น: ระดับดี	25	89.3	26	92.9	26	92.9
10. ด้านการใช้สารเสพติด: ผู้ป่วยที่ไม่มีการใช้สารเสพติด	24	85.8	26	92.9	26	92.9

3.3 ความพึงพอใจของครอบครัว ผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่ายในชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง

ครอบครัว ผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่ายในชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 3.87 (S.D.=0.31) และความพึงพอใจของผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่ายในชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องอยู่ในระดับมากเช่นกัน ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.21 (S.D.=0.57) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของครอบครัว ผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่ายในชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ

กลุ่มเป้าหมาย	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ครอบครัวของผู้ป่วย (n=28)	3.87	0.31	ระดับมาก
ผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่ายในชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง (n=53)	4.21	0.57	ระดับมาก

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและดูแลที่ถูกต้องที่บ้านและในชุมชน การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผน และจากความร่วมมือของทั้งครอบครัวและชุมชนที่มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ สถานการณ์ สิ่งแวดล้อม ทำให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเกียรติภูมิ วงศ์รจิตและคณะ (2550) [12] ที่ว่าการที่ประชาชนตระหนักในปัญหาของตนอง มองเห็นความสำคัญความจำเป็นในการแก้ปัญหา มีความอิสระในการตัดสินใจ ได้ใช้ศักยภาพในการทำกิจกรรม จะก่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ด้วยลักษณะทางกายภาพของอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของผู้เสพที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวการมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตในแต่ละปีเพิ่มขึ้นและสภาพสังคมที่เป็นกึ่งชนบทกึ่งเมือง ประชาชนมีฐานะยากจน ตกงาน มีความเครียดสะสม ขาดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่อาจส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเวช เช่น ขาดการรักษาต่อเนื่อง กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จนเกิด

ภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต จากปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวที่นำไปพัฒนาและใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติสุขภาพจิตแบบบูรณาการ และจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนหลังการรักษาระยะ 3 และ 6 เดือน ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั้ง 10 ด้านดีขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงทางจิต ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการกินยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่มีการเสพยาซ้ำลดลงเพียงร้อยละ 7.1 สอดคล้องกับการศึกษาของไพลิน ปรัชญคุปต์ [13] รายงานผลการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการกินยาต่อเนื่อง การศึกษาของอรสา วัฒนศิริและเสาวภา ศรีภูสิตโต [14] รายงานผลการพัฒนารูปแบบเพิ่มการรับประทานยาต่อเนื่องลดการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงลงได้ นอกจากนี้หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ [9] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าทำให้ผู้ป่วยมีการกินยาสม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับไพจิตร พุทธรอด [15] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ ทำให้คะแนนความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนยังทำให้มีการกำหนดบทบาทของผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนเพื่อการดำเนินกิจกรรมการดูแลต่อเนื่องได้ด้วย

ความพึงพอใจของครอบครัว ผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่ายในชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องอยู่ในระดับมากจากผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ทั้งนี้เนื่องจากที่ผ่านมาครอบครัวและชุมชนมีภาวะหมดไฟในการดูแล คิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถหายเป็นปกติได้แล้ว จึงไม่สนใจดูแลและปล่อยไปตามเวรตามกรรม แต่หลังจากได้รับทราบข้อมูลและมีรูปแบบการดูแลที่เป็นรูปธรรมนำไปใช้ได้จริง ทำให้ครอบครัวและชุมชนรู้สึกมีความหวังในการรักษามากขึ้น นอกจากนี้ก่อนที่จะมีการนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการไปใช้ในพื้นที่อำเภอเมืองตาก เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องยังมีการปฏิบัติที่หลากหลาย ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติ ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร หลังจากนำรูปแบบที่ได้พัฒนาแล้วไปใช้ ทุกคนเกิดความเข้าใจและช่วยเหลือส่งต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ประกอบกับการที่ครอบครัวและชุมชน ได้ทำตามบทบาทหน้าที่ที่ร่วมกันจัดทำขึ้น การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม ส่งผลให้ครอบครัวและชุมชนมีความปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้มีการอ้างอิงและนำความรู้เรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562 ไปใช้ในการปฏิบัติค่อนข้างมาก แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความรู้ของทีมเครือข่ายซึ่งควรต้องมีการเพิ่มเติมความรู้เป็นระยะๆ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ และผลจากการดำเนินงานด้านการติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตทำให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญ มีส่วนร่วมในระบบการดูแล ถือเป็นโอกาสพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 ควรมีการให้ความรู้บุคลากร ภาคีเครือข่าย และครอบครัวผู้ป่วยเพื่อทบทวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และเพิ่มเติมความรู้เรื่องพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562 อย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดในชุมชนให้เข้มแข็งและมีระบบการติดตามต่อเนื่องในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษารูปแบบ/แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในโรงพยาบาล

2.2 ควรทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการไปขยายต่อในพื้นที่อื่นๆ ต่อไปและเพิ่มระยะเวลาการติดตามเป็น 1 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก นายอำเภอเมืองตาก ทีมสาธารณสุขอำเภอเมืองตาก และเจ้าหน้าที่งานสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลทุกท่านที่สนับสนุนให้งานวิจัยนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

[1] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพ: บริษัทพรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2563.

[2] พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัญณางค์กรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย ระดับชาติ 2556. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2560; 25:1-19.

[3] พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, บุญศิริ จันศิริมงคล. การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้เสพสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา; 2556.

[4] Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. สุขภาพจิตสร้างระบบนำส่งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 25 ก.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: https://www.hfocus.org/content/2014/11/8557.

[5] สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2558.

[6] สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว; 2557.

[7] ธีระ ศิริสมุด, พรทิพย์ วชิรดิลก, อนุรัตน์ สมตน. การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28: 157-171.

[8] พรทิพย์ วชิรดิลก, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ธีระ ศิริสมุด, อัญชุลี เนื่องอุตม์. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งแบบบูรณาการในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: อัลทิเมทพริ้นติ้ง จำกัด; 2562.

[9] หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564; 36: 413-426.

[10] กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. รายงานผลการดำเนินงานด้านจิตเวชและยาเสพติด. ตาก: โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช; 2562.

[11] สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. กรุงเทพ: แสงจันทร์การพิมพ์; 2559.

[12] เกียรติภูมิ วงศ์รจิต และคณะ. รูปแบบ/กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน. กรุงเทพฯ ; ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2550.

[13] ไพลิน ปรัชญคุปต์, วรรณมณี รวมจิต, พรชนก ทานา และธนิต โคตรมะ. กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: http://library.dmh.go.th/jvkk//fulltext/fulltext/38688/20200305133144_3241.pdf.

[14] อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล 2556; 40(1): 67-83.

[15] ไพจิตร พุทธรอด. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561; 27(3): 479-860.