

## การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย

### Development of psychiatric patient care system by the network partners of Loei Province.

(Received: October 20,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 27,2024)

ชติยา แก้วสมบัติ<sup>1</sup> อิศรา ขุนพิลึก<sup>1</sup>, อัญชลี วิจิตรปัญญา<sup>2</sup>เพ็ญสุดา ไชยเมือง<sup>2</sup>ประภาพร จันทร์นาม<sup>3</sup>  
Kuttiya Kaewsombat<sup>1</sup> Issara khunpiluek<sup>1</sup>Anchalee Wijitpanya<sup>2</sup>Pensuda Chaimueang<sup>2</sup>Prapapon channam<sup>3</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่จังหวัดเลย การพัฒนาระบบและผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ศึกษาในทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย จำนวน 48 คน และญาติผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 380 คน เก็บข้อมูลโดยเครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินคุณภาพงานบริการสุขภาพจิต, แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาและเปรียบเทียบ คะแนนความพึงพอใจ ด้วยสถิติ Paired t-test นำเสนอด้วยค่า t-test ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean different: Mean diff.) ค่าช่วงเชื่อมั่น 95% (95%CI ของ Mean diff.) ค่า P-value และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า 1) สภาพปัญหาการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมและการป้องกันปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช ด้านการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในผู้ป่วยจิตเวช และด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) ผลการออกแบบและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้กำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย และระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 3) ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย พบว่า ผลงานบริการสุขภาพจิตตามตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต เพิ่มขึ้น ยกเว้นผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่เข้าถึงบริการได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หายทุเลา (Remission) และผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.= 34.60, 95%CI: 20.40 - 40.32, P<.01) คะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย (Mean diff.=36.62, 95%CI:24.42 - 42.28, P<.01)

**คำสำคัญ :** การพัฒนาระบบ, ผู้ป่วยจิตเวช, ภาคีเครือข่าย

#### Abstract

This research study the system and the development as well as the outcomes of the provincial network's mental health patient care system. The objectives are to investigate the issues surrounding the provision of psychiatric patient care in Loei Province. The information is collected from multidisciplinary team including 48 members from Loei Province's network and 380 relatives of psychiatric patients. Both the satisfaction and quality assessment forms for mental health services are used to gather data. Pairing t-test statistics with t-test values, mean difference values, 95% confidence interval values, and p-values are used to assess descriptive and comparative data for satisfaction scores. While content analysis is used to analyze the qualitative material.

According to the findings, 1) there are four main areas where there are issues with mental health care delivery, such as promoting and preventing mental health problems in patients, developing a system of care that meets their needs in terms of quality, developing a surveillance system for patients, and establishing network partner participation 2) These results have clarified the functions network's of multidisciplinary team and the mental health care system for patients who pose a high risk of violence. 3) The provincial network partners' development of the

<sup>1</sup> Loei Provincial Public Health Office

<sup>2</sup> Loei Ratchanakharin Psychiatric Hospital

<sup>3</sup> Phulaung hospital

patient care system discovered that, as measured by the Department of Mental Health's KPIs, the performance of mental health services has improved, with the exception of patients with schizophrenia who use the service and get ongoing care, patients with depression who get well (remission), and patients with psychiatric illnesses that put them at high risk of violence (SML-V) who start treatment and continue to get care. The multidisciplinary team's and the patients' families' satisfaction levels are shown to be significantly different before and after the development. The multidisciplinary team's satisfaction scores are mean diff. = 34.60, 95%CI: 20.40 - 40.32,  $P < .01$  and the relatives' satisfaction ratings for the patients are with a 95% confidence interval of 24.42 to 42.28 and a p-value of less than .01, respectively.

**Keywords:** system development, psychiatric patients, network partners

## บทนำ

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยระหว่างปี 2564 - 2567 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าในปี 2564 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั่วประเทศสูงถึง 2.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับปี 2558 ที่มีจำนวนผู้ป่วยเพียง 1.3 ล้านคน<sup>1</sup> การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยอาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น ความเครียดจากการดำเนินชีวิต ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และปัญหาทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของประชาชน<sup>2</sup> โรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่ โรคจิตเภท (schizophrenia) และโรคซึมเศร้า โรคจิตเภทเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมและมักพบในช่วงอายุ 15-35 ปี<sup>3</sup> ในขณะที่โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อประชากรในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มักประสบปัญหาความเหงาและความรู้สึกถูกทอดทิ้ง<sup>4</sup> จากข้อมูลสถิติการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในระดับจังหวัด พบว่า จังหวัดขนาดใหญ่มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก โดยจังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยจำนวน 87,261 คน และจังหวัดเชียงใหม่มีผู้ป่วยจำนวน 105,276 คน<sup>5</sup> การรักษาผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย การใช้ยาปรับสมดุลสารสื่อประสาทและการบำบัดตามที่แพทย์สั่ง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ<sup>6</sup>

โรคจิตเวชเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ โดยโรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และ

โรควิตกกังวล<sup>7</sup> แต่ละโรคมีอาการและแนวทางการรักษาที่แตกต่างกัน โรคจิตเภทมีอาการที่สามารถแบ่งได้เป็นสองกลุ่มหลัก คือ อาการด้านบวกและด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วย หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด และพูดกวน ส่วนอาการด้านลบ ได้แก่ เฉื่อยชา แยกตัวจากสังคม และแสดงออกทางอารมณ์น้อย<sup>8</sup> การรักษาหลักใช้ยาต้านโรคจิตทั้งรุ่นที่หนึ่งและรุ่นที่สอง ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม<sup>9</sup> สำหรับโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยมักมีอาการเศร้า เบื่อหน่าย นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว รู้สึกไร้ค่า และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย<sup>10</sup> การรักษาประกอบด้วยการใช้ยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRIs หรือ SNRIs ร่วมกับการบำบัดทางจิตวิทยา เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม<sup>11</sup> โรควิตกกังวลมีอาการสำคัญคือความกังวลที่มากเกินไป ร่วมกับอาการทางกายเช่น ใจสั่น หายใจเร็ว เหงื่อออก และนอนไม่หลับ<sup>12</sup> การรักษาใช้ทั้งยาคลายกังวลและการบำบัดทางจิตวิทยา โดยเฉพาะการฝึกการผ่อนคลายและการฝึกสติ<sup>13</sup> นอกจากการรักษาทางการแพทย์ การดูแลตนเองเบื้องต้นมีความสำคัญ ได้แก่ การรักษาสุขอนามัยการนอน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการหลีกเลี่ยงสารเสพติด<sup>14</sup> ผู้ที่มีอาการควรพบแพทย์เมื่ออาการรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน มีความคิดทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรือมีอาการต่อเนื่องนานเกิน 2 สัปดาห์<sup>15</sup> โดย 1 ใน 5 ของประชากรมีปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจนถึงญาติผู้ดูแลและบุคคลในสังคม ทำให้เกิดความพิการและสูญเสียเป็นจำนวน

มากโดยเฉพาะผลกระทบต่อด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ผลทำให้เกิดภาวะสูงในการดูแล ประกอบกับอาการของผู้ป่วยไม่คงที่ อาการกำเริบบ่อยครั้งทำให้เสี่ยงต่อผู้ป่วยก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่นและชุมชน สอดคล้องกับสถานการณ์ก่อนความรุนแรงสะท้อนขวัญตามสื่อต่าง ๆ ความรุนแรงที่เกิดกับครอบครัวหรือกับประชาชนทั่วไป พบว่าผู้ก่อเหตุเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ขาดยา มีการใช้สารเสพติด ขาดผู้ดูแลรวมไปถึงระบบการดูแลยังขาดฐานข้อมูลที่ครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องและการติดตามอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบ<sup>16</sup>

สถานการณ์ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชของจังหวัดเลย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 , 2567 พบว่า อัตราความชุกของผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 6,601, 7,183 คนต่อแสนประชากร อัตราป่วยของผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 555 , 581 คนต่อแสนประชากร และอัตราผู้พยายามฆ่าตัวตาย เท่ากับ 5, 5 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึง แนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและยังเกินเป้าหมายที่กำหนด คือ ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน <sup>17</sup> ปัญหาดังกล่าวนี้เป็นปัญหาสำคัญสูงสุดระดับจังหวัด ซึ่งการพัฒนาบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการทุกระดับและในชุมชนยังคงเป็นความท้าทายจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าระบบหรือแนวทางที่รองรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานบริการแต่ละระดับยังขาดการวิเคราะห์และกำหนดให้ชัดเจนเป็นรูปธรรม ด้านการส่งเสริมและการป้องกันปัญหา

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่จังหวัดเลย การพัฒนาระบบและผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย

### วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)<sup>20</sup> ขั้นตอนการวิจัย (Research) ใช้

ผู้ป่วยจิตเวช ด้านการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้านการฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง และด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยขาดยา ขาดการติดตามต่อเนื่อง อย่างเป็นระบบ เกิดอาการกำเริบและมีภาวะแทรกซ้อน การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นแนวคิดสำคัญในการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรหรือกลุ่มบุคคล โดยต้องมีการกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วมกัน สร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการใช้ทรัพยากรร่วมกัน รวมถึงการให้โอกาสทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน นอกจากนี้ ยังต้องมีการประเมินและพัฒนาศักยภาพ เคารพในความหลากหลาย และสร้างแรงจูงใจเพื่อให้การทำงานร่วมกันประสบความสำเร็จ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานด้านสุขภาพ การศึกษา การพัฒนาชุมชน หรือการแก้ไขปัญหาสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>18</sup>

ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย โดย การวิจัยและพัฒนา ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action Research) ของ Kemmis S. & Mc Taggart R<sup>19</sup> ประยุกต์ใช้เทคนิควางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) ผลการศึกษาจะส่งผลให้การจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของเคมมิสและแม็คแท็กการ์ด<sup>18</sup> โดยประยุกต์ใช้เทคนิควางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC)<sup>21</sup> เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Group Discussion)<sup>22</sup> และการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม และขั้นตอนการพัฒนา (Development) ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) และการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 ตุลาคม 2567 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (ระยะเวลา 1 ตุลาคม 2566 - 30 เมษายน 2567) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ปัญหาการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่จังหวัดเลย และตัวชี้วัดการดำเนินงานในการให้บริการงานสุขภาพจิต (Analysis : Research1 (R1)) กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในสังกัดจังหวัดเลยและภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 4 คน พยาบาล จำนวน 8 คน เภสัชกร จำนวน 4 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 4 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 4 คน ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล จำนวน 8 คน ตำรวจ(สภต.) จำนวน 4 คน อสม. จำนวน 4 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 4 คน และ สมาชิก อบต. จำนวน 4 คน รวมทั้งหมด 48 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน ดำเนินกระบวนการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) กับผู้ปฏิบัติงานทีมสหวิชาชีพเครือข่ายจังหวัดเลย ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่จังหวัดเลย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมและการป้องกันปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช 2) ด้านการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 3) ด้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในผู้ป่วยจิตเวช 4) ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ร่วมกับการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม บันทึกข้อมูลตามประเด็นที่กำหนดไว้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และประเมินความพึงพอใจทีมสหวิชาชีพเครือข่าย จำนวน 48 คน และญาติผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 380 คน ก่อนการพัฒนาระบบโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan<sup>23</sup> ญาติผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดเลย ช่วงเดือนตุลาคม 2565 จนถึงเดือนกันยายน 2566

ขั้นตอนที่ 2 (ระยะเวลา 1 พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2567) การออกแบบและพัฒนาระบบการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ( Design and Development :Development (D1)) เป็นการนำผลวิเคราะห์จาก ขั้นตอนที่ 1 มาดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ได้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis & McTaggart<sup>19</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล ร่วมกับกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม AIC<sup>21</sup> ดังนี้

#### 1. ขั้นตอนการวางแผน(Planning)

1.1. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติดและผู้เกี่ยวข้องจังหวัดเลย จำนวน 48 คน

1.2. จัดเวทีสนทนากลุ่มโดยประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพได้นำเสนอแนวทาง ความคิดเห็น ความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้าง (discussion guideline)<sup>22</sup> ตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ได้แก่

1.2.1 ชั้น A1 การทบทวนอดีตและสถานการณ์ ปัญหา ปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเวช

1.2.1 ชั้น A2 การกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

1.2.3 ชั้น I1 กิจกรรมหรือโครงการที่สามารถนำมาแก้ปัญหาที่เป็นอยู่ สู่เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและชุมชน

1.2.4 ชั้น I2 จัดลำดับและความสำคัญของปัญหาโครงการและกิจกรรมที่จะนำไปแก้ไขปัญหาที่เป็นอยู่ สู่เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

1.2.5 ชั้น C1 กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมที่สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.2.6 ชั้น C2 1) กำหนดแนวทางบทบาทการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย 2) กำหนดแนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาล 3)

กำหนดแนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน 4) แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยทำการตรวจสอบตรวจสอบร่างระบบการพัฒนาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence) ได้ค่าเฉลี่ย 0.86 ถือว่ามีความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ดำเนินการที่อำเภอภูหลวง จังหวัดเลยประกอบด้วย โรงพยาบาลภูหลวง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง เป็นระยะเวลา 1 เดือน

3. ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) ผู้วิจัย ทีมสหวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องร่วมกันติดตามสังเกตการณ์การดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยใช้เครื่องมือโดยเข้าไปร่วมอยู่ในสถานการณ์ตอนทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อสังเกตการณ์มีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่าย ตั้งแต่เริ่มโครงการ การทำกิจกรรมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น หาแนวทางและการวางแผนในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันในทุกขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) นำข้อมูลจากขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) มาวิเคราะห์และอภิปรายในเวทีประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็น โดยผู้วิจัย ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบ

ขั้นตอนที่ 3 (ระยะเวลา 1 กรกฎาคม 2567 - 30 กันยายน 2567) การทดลองใช้รูปแบบ (Implementation: Research2 (R2)) นำระบบการพัฒนาที่สร้างขึ้นใน ขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลในจังหวัดเลย จำนวน 14 แห่ง ได้แก่ 1) บทบาทการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 14 แห่ง 2) แนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลในจังหวัดเลย จำนวน 14 แห่ง 3) แนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล

และชุมชน จำนวน 96 แห่ง และ 4) แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 14 แห่ง โดยผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันติดตามสังเกตการณ์ดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน ตลอดช่วงระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 (ระยะเวลา 1 - 30 ตุลาคม 2567) การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ (Evaluation: Development (D2)) นำผลการทดลองการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม โดย 1) ประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 เครื่องมือใช้แบบประเมินคุณภาพงานบริการสุขภาพจิตตามตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต ปี 2562 2) ประเมินความพึงพอใจทีมสหวิชาชีพ จำนวน 48 คน และญาติผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 380 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยจิตเวชด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan<sup>23</sup> ในการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ใช้แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบและทดสอบเครื่องมือก่อนนำมาใช้ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าเฉลี่ย 0.82 และ 3) เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบที่พัฒนาขึ้น ก่อนและหลัง ขยายผลการพัฒนาระบบเพื่อนำไปใช้ต่อไป เมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้วิจัยจะสรุปผลการการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ .ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสูงสุด – ต่ำสุด (Max - Min) เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย และญาติผู้ป่วยจิตเวช, ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ประเมินโดยใช้สถิติ Paired t-

test นำเสนอด้วยค่า  $t$ -test, ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean different: Mean diff.) ค่าช่วงเชื่อมั่น 95% (95%CI ของ Mean diff.) และค่า  $P$ -value

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการรวบรวมข้อมูลจากการระดมสมองที่มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตราชบุรี, การสนทนากลุ่ม (group discussion) ร่วมกับการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม จากนำผลการศึกษา

1. ผลการออกแบบและพัฒนารูปแบบระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ประกอบด้วย 1) บทบาทของทีมนิสิตวิชาชีพภาคี

ข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

### จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 020/2567 ลงวันที่ 26 เมษายน 2567

เครือข่ายจังหวัดเลย 2) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง SMI-V ต่อเนื่องในชุมชน ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 บทบาทของทีมนิสิตวิชาชีพภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย

ภาคีเครือข่าย	บทบาท
1. ทีมนิสิตวิชาชีพ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำแนวทางการดูแลรักษา และการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชรายบุคคล</li> <li>2. จัดทำแนวทาง การรักษา การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช</li> <li>3. การให้บริการดูแลรักษาทางการแพทย์ การพยาบาล การบำบัดทางจิต และให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเวช</li> <li>4. การติดตามอาการ ประเมินผลการรักษา และปรับแผนการรักษาผู้ป่วยจิตเวช</li> <li>5. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อประสานงานกับหน่วยงานในชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช</li> <li>6. การส่งเสริมสุขภาพจิต ให้ความรู้ และการป้องกันโรคทางสุขภาพจิต</li> </ol>
2. โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การรักษาพยาบาล ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่มวัย ใช้จ่ายและการบำบัดที่ได้มาตรฐานสากล มีทีมผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชคอยดูแลอย่างใกล้ชิด</li> <li>2. การฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อพัฒนาความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน สนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างราบรื่น มีบริการปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ครอบครัว</li> <li>3. การป้องกันและควบคุมโรค จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและวิธีการดูแลตนเองค้นหาและรักษาผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น</li> <li>4. การพัฒนาบุคลากร จัดอบรมและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ</li> </ol>
3. โรงพยาบาลชุมชน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การคัดกรองและประเมินเบื้องต้น ค้นหาผู้ป่วย ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงไปยังโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์</li> <li>2. การให้บริการดูแลเบื้องต้น ให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวจ่ายยาตามที่แพทย์สั่งได้ และติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ</li> <li>3. การประสานงานกับโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ในการส่งต่อผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาในชุมชน ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวชในภาคีเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกันแก้ไขปัญหา</li> <li>4. การส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชนในชุมชน จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน</li> <li>5. การรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูล ให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ลดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคจิตเวช</li> </ol>
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การคัดกรองและประเมินเบื้องต้น สังเกตอาการผู้ป่วย ประเมินความเสี่ยง และส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงให้โรงพยาบาลชุมชน</li> </ol>

ตารางที่ 1 บทบาทของทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย

ภาคีเครือข่าย	บทบาท
	<p>2. การส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชนในชุมชน จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต สร้างความเข้าใจลดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคจิตเวช และสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้นำชุมชน</p> <p>3. การดูแลผู้ป่วยระยะยาว ติดตามอาการ ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวันแก่ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแล และผู้นำชุมชน การประสานงานกับภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจิตเวช เลยราชนครินทร์ ร่วมประชุม ส่งต่อข้อมูล และขอรับการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน</p>
5. ชุมชน	<p>1. สร้างความเข้าใจและลดความเกรงกลัว จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชเพื่อคลายความเข้าใจผิดและสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยในชุมชน สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว สร้างเครือข่ายสนับสนุนและกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>2. มีส่วนร่วมในการดูแลเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยและช่วยให้เข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงสนับสนุนกิจกรรมในชีวิตประจำวัน สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นตัว สร้างสภาพแวดล้อมปลอดภัยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน</p> <p>3. ร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ป่วย</p>

ตารางที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV)

ระบบ	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล
การแจ้งข้อมูลเครือข่าย	สื่อสารผ่านทางโทรศัพท์, LINE กลุ่มภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจังหวัดเลย, โปรแกรมสำเร็จรูป Home Health Care online และหนังสือราชการ	สื่อสารผ่านทางโทรศัพท์, LINE กลุ่มภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจังหวัดเลย, โปรแกรมสำเร็จรูป Home Health Care online และหนังสือราชการ
การติดตาม	- เยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 1 เดือน ติดตามข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยทุก 3 เดือน เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี หลังจากนั้นติดตามทุก 6 เดือน ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรง และผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ เป็นต้น	- ติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ให้พบแพทย์ตามนัด ทุก 1 เดือน และกรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัด ภายใน 1 สัปดาห์ - ประเมินติดตามและเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องพร้อมให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามและแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
ระบบการส่งต่อฉุกเฉิน	จัดช่องทางด่วนสำหรับ (รับ- ส่งต่อ) ระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	ประสานงานปรึกษาส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม รวดเร็วปลอดภัย ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลชุมชน

2. ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดเลย จำนวน 45,410 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.68 มีอายุเฉลี่ย 38.90 ปี (SD = 6.52) สูงสุด 68 ปี สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 47.15 สัญชาติไทย ร้อยละ 97.88 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 32 สถานภาพในครอบครัว เป็นสมาชิกครอบครัวร้อยละ 62 อาชีพหลักเกษตรกร ร้อยละ 50 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 58 สูบบุหรี่ ร้อยละ 81.46 ดื่มสุรา

ร้อยละ 73.38 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคจิตเวช 6 - 10 ปี ร้อยละ 56.40 ยาจิตเวชที่รับประทานในปัจจุบัน 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 46 ญาติสายตรงป่วยเป็นโรคจิตเวช พี่น้องร่วมสายโลหิต ร้อยละ 48 ไปตามนัดพบแพทย์/จนท.สาธารณสุขตรงตามนัด ไปตรงนัดทุกครั้ง ร้อยละ 72 แหล่งให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวชและการดูแลรักษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 42

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่า 1) ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือป้องกันไม่

กระทำซ้ำในระยะเวลา 1 ปี เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.18 2) ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.14 3) ผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์วิกฤตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานจนความเสี่ยงลดลง เท่าเดิม ร้อยละ 100 4) ผู้ป่วยโรคจิตเภท

(Schizophrenia) ที่เข้าถึงบริการได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ลดลง ร้อยละ 9.11 5) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission) ลดลง ร้อยละ 35.97 และ 6) ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V)ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดลง ร้อยละ 29.30

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมนิสิตวิชาชีพเครือข่ายจังหวัดเลย และญาติผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ผู้ประเมิน	n	$\bar{X}$	SD	Mean diff.	95%CI	t-test	P-value
<b>ทีมนิสิตวิชาชีพภาคีเครือข่าย</b>							
ก่อนการพัฒนาระบบ	48	60.28	5.27				
หลังการพัฒนาระบบ	48	82.14	6.56	21.86	20.40 - 40.32	20.66	<.01
<b>ญาติผู้ป่วยจิตเวช</b>							
ก่อนการพัฒนาระบบ	380	64.64	6.72				
หลังการพัฒนาระบบ	380	97.32	7.34	32.68	24.42 - 42.28	23.66	<.01

ตารางที่ 4 แสดงผลลัพธ์เปรียบเทียบสภาพปัญหาการออกแบบและพัฒนาระบบให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่จังหวัดเลย ก่อนและหลังการพัฒนา

ปัญหา	ก่อนการพัฒนาระบบ	หลังการพัฒนาระบบ
1. ด้านการส่งเสริมและการป้องกันปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช	<ol style="list-style-type: none"> <li>ขาดทีม MCATT ระดับตำบลที่เพียงพอ ส่งผลต่อการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจในภาวะวิกฤต</li> <li>ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะการป้องกันปัญหาทางจิตเวช</li> <li>ขาดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในชุมชนด้านการป้องกันปัญหาจิตเวช</li> <li>ระบบแจ้งเหตุกรณีผู้ป่วยทำร้ายตนเองและผู้อื่นในชุมชนยังไม่ทันสมัย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวม ทั้งการรักษาด้วยยา การบำบัดจิต การสนับสนุนจากครอบครัว และการฟื้นฟูสมรรถภาพ</li> <li>ป้องกันปัญหาผ่านการสร้างความเข้าใจโรค การดูแลต่อเนื่อง และการจัดการสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย</li> <li>ประเมิน SMIV ในผู้ป่วยจิตเวชทุกราย</li> <li>เสริมสร้างความรู้เรื่องสัญญาณเตือนและการจัดการเบื้องต้นแก่ครอบครัวและชุมชน</li> <li>บูรณาการงานสุขภาพจิตในทุกภาคส่วนผ่านกลไก พขอ.</li> <li>ให้ความรู้ด้านกฎหมายสุขภาพจิตและยาเสพติดแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง</li> </ol>
2. ด้านการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช(ต่อ)	<ol style="list-style-type: none"> <li>โรงพยาบาลชุมชน ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางจิตเวชใน รพ.สต. ขาดบุคลากรที่ชำนาญด้านจิตเวชชุมชน และทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย</li> <li>ไม่มีพื้นที่เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยจิตเวชทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต.</li> <li>ชุมชนขาดสถานที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ปลอดภัย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรุนแรง</li> <li>ขาดแนวทางปฏิบัติและเอกสารการทำงานที่เป็นระบบ</li> <li>ไม่มีแผนทางประสานงานที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลและชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาบุคลากรผ่านการอบรมและให้ทุนศึกษาต่อเฉพาะทางจิตเวช</li> <li>จัดสรรพื้นที่บริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวช แยกจากแผนกทั่วไป</li> <li>กำหนดแนวทางปฏิบัติและระบบบริการที่เชื่อมโยงระหว่าง รพท. รพช. และ รพ.สต.</li> <li>พัฒนาระบบส่งต่อที่ชัดเจนจาก รพ.สต. สู่อปท. และ รพ.จิตเวช</li> <li>สร้างระบบติดตามต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคโนโลยีสื่อสาร ส่งเสริมการมีส่วนร่วมระหว่างสถานพยาบาล อปท. ตำรวจ และชุมชน</li> </ol>

**ตารางที่ 4** แสดงผลลัพธ์เปรียบเทียบสภาพปัญหาการออกแบบและพัฒนาระบบให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช  
ในพื้นที่จังหวัดเลย ก่อนและหลังการพัฒนา

ปัญหา	ก่อนการพัฒนาระบบ	หลังการพัฒนาระบบ
3. ด้านการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังใน ผู้ป่วยจิตเวช	<ol style="list-style-type: none"> <li>ขาดเทคโนโลยีและแอปพลิเคชันในการเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยแบบเรียลไทม์</li> <li>ไม่มีระบบแจ้งเตือนการนัดพบแพทย์ล่วงหน้า</li> <li>การติดตามและตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วยโดยผู้ดูแลยังไม่สม่ำเสมอ</li> <li>ผู้ป่วยขาดทักษะการดูแลและจัดการอาการด้วยตนเอง</li> <li>ครอบครัวและชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอผ่านการประเมินและสัมภาษณ์</li> <li>ใช้เทคโนโลยีและแอปพลิเคชันติดตามสุขภาพจิตแบบเรียลไทม์</li> <li>พัฒนาระบบเตือนล่วงหน้าเพื่อการแทรกแซงทันท่วงที</li> <li>ติดตามการใช้ยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ</li> <li>พัฒนาทักษะการดูแลและจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วย</li> <li>ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแล</li> <li>เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น</li> <li>จัดทำแผนรับมือกรณีวิกฤติสุขภาพจิต</li> </ol>
4. สร้างการมีส่วน ร่วมของภาคี เครือข่าย	<ol style="list-style-type: none"> <li>ขาดการเฝ้าระวังอาการและการกำกับการทานยาจากครอบครัว รวมถึงการยอมรับจากชุมชน</li> <li>ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</li> <li>ขาดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างครอบครัวชุมชน และหน่วยงานท้องถิ่นในการฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผลักดันเชิงนโยบาย (Policy advocate) ผ่านการประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด เสนอข้อมูลสุขภาพจิตผ่านการประชุมจังหวัดเลย</li> <li>บูรณาการขับเคลื่อนกับหน่วยงานอื่น</li> <li>การขับเคลื่อนสื่อสารการใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551และกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่</li> </ol>

### สรุปและอภิปรายผล

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ทำให้เกิดการพัฒนาระบบที่สำคัญ ประกอบด้วย

1. การกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ต่อเนื่องในชุมชนส่งผลดีคือ ช่วยเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ การบริหารจัดการกับสถานการณ์บางอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ยกเว้น ผู้ป่วยโรคจิตเภท(Schizophrenia) ที่เข้าถึงบริการได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง จากร้อยละ 65.12 ลดลงเป็น ร้อยละ 48.76 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา(Remission) จากร้อยละ 90.97 ลดลงเป็น ร้อยละ 55 และผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 98.85 ลดลงเป็น ร้อยละ 69.55 ซึ่งยังไม่ผ่านตาม

เกณฑ์ตามตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต เนื่องจากปัญหาครอบครัว สิ่งแวดล้อมในชุมชน เศรษฐกิจสังคม และยาเสพติดที่แพร่ระบาดเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวัฒน์ ผิวเรือนนท์ และสกุลรัตน์ ทองจันทร์<sup>24</sup> พบว่า การกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีการปฏิบัติตามแนวทางดูแลภายหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นทุกด้าน ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน มีความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและจัดการดูแลตามความเร่งด่วน ได้รับการรักษาครบถ้วนตามแผนการรักษา เพื่อการรักษาต่อเนื่องและส่งต่อ ร้อยละ 100 และไม่พบอุบัติการณ์ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวณีย์ จันทร์ฉาย<sup>25</sup> พบว่า การดูแลผู้จิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงต่อเนื่องในชุมชนของเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม พ.ศ.

2559-2564 ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น มีการกำเริบที่ต้องนอนโรงพยาบาลหรือส่งตัวไปรักษาต่อลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิวาวรรณ ปิยกุลมาลา และธีรพัฒน์ สุทธิประภา<sup>26</sup> พบว่า การให้บริการตามตัวชี้วัดงานสุขภาพจิตบางส่วนยังไม่บรรลุเกณฑ์เป้าหมายหลังจากการพัฒนาระบบ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 3 เดือนลดลงร้อยละ 3.02 อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) ของผู้ป่วยจิตเวช ภายใน 3 เดือนลดลงร้อยละ 1.58 อัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.40 และมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด

2. ผลลัพธ์ความพึงพอใจการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ของทีมสหวิชาชีพ และญาติผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการพัฒนาาระบบ พบว่า คะแนนความพึงพอใจการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร จันทร์สาม<sup>27</sup> พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรงานสุขภาพจิตและญาติผู้ป่วยจิตเวช พบว่า คะแนนความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.07 เป็นร้อยละ 91.11 ส่วนในญาติผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.97 เป็นร้อยละ 95.23 ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างไร้รอยต่ออย่างมีนัยสำคัญ เกิดการทำงานที่เชื่อมโยงกันไหลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่ระดับชุมชนให้เข้าถึงระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ

3. ผลลัพธ์หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย ทำให้เกิดการพัฒนาระบบที่เป็นแนวทางปฏิบัติอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม ด้านการส่งเสริมและการป้องกันปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ด้านการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในผู้ป่วยจิตเวช และด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยวุฒิ สุขสมานวงศ์<sup>28</sup> พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เครือข่ายทีมสุขภาพจิตมี

ความรู้เพิ่มขึ้น และพื้นที่เกิดแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับการศึกษา ทิวาวรรณ ปิยกุลมาลา และธีรพัฒน์ สุทธิประภา<sup>26</sup> พบว่าการสนับสนุนการปฏิบัติงานโดยการจัดอบรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการสนทนากลุ่ม การ coaching และสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย ทำให้การรับรู้ ความคาดหวังและพฤติกรรมตามขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตดีขึ้นกว่าก่อนและหลังดำเนินงาน 6 เดือน

### ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและญาติผู้ป่วยผ่านการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและลดความเสี่ยงการกำเริบ
2. ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะรายเรื้อรังและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรง
3. พัฒนาระบบแจ้งเหตุ ให้คำปรึกษา และส่งต่อผู้ป่วยระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาล
4. เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนในการรองรับภาวะวิกฤตสุขภาพจิต
5. ติดตามประเมินผลระยะยาวของระบบการดูแลผู้ป่วยโดยเครือข่าย
6. ศึกษาแนวทางเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
7. ประเมินความคุ้มค่าและความยั่งยืนของระบบการดูแล
8. พัฒนาระบบการรักษาต่อเนื่องและใช้เทคโนโลยีติดตามผู้ป่วยแบบเรียลไทม์

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. บูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานระดับกระทรวงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ปกครอง ตำรวจ พัฒนาชุมชน อปท. และสาธารณสุข)

2. เพิ่มการผลิตบุคลากรเฉพาะทางด้านจิตเวช  
โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ให้เพียงพอในทุก  
โรงพยาบาล

3. สนับสนุนงบประมาณและจัดสรรพื้นที่  
เฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลรัฐทุกระดับ

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวชประจำปี 2564. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565.
2. วิชัย เอกพลากร, สมพร เตชะงามสุวรรณ. ผลกระทบของโควิด-19 ต่อสุขภาพจิตคนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2564;66(2):195-211.
3. สมชาย จักรพันธุ์. โรคจิตเภท: การวินิจฉัยและการรักษา. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2563.
4. นิตยา ตันตินาครินทร์. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย: การศึกษาระดับชาติ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2565;52(1):45-58.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
6. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
7. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 2019.
8. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. Schizophr Res. 2013;150(1):3-10.
9. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. London: NICE; 2020.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
11. Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet. 2018;392(10161):2299-2312.
12. Craske MG, Stein MB. Anxiety. Lancet. 2016;388(10063):3048-3059.
13. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. Dialogues Clin Neurosci. 2017;19(2):93-107.
14. Walsh R. Lifestyle and mental health. Am Psychol. 2011;66(7):579-592.
15. Wang PS, Berglund P, Olfson M, et al. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):603-610.
16. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 11 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/report/>
17. โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์. แบบรายงานผลปฏิบัติงานสำหรับผู้บริหารของกรมสุขภาพจิต 2567 [อัดสำเนา]. เลข: โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์; 2567.
18. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
19. Kemmis S, McTaggart R. The Action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1998.
20. Bucha P, Sangduang N. Research and Development: Process and Application. 2021;1(1):77-89. Thai.
21. วะสี ป, วัฒนศิริธรรม พ. เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC. กรุงเทพฯ: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา; 2542.
22. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
23. Morgan DL. Focus Groups as Qualitative Research. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1997.
24. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607-10.

24. ปิยวัฒน์ ผิวเรื่อนนท์ และสกุลรัตน์ ทองจันทร์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วม ของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอภูดั่ง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการแพทย์พยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;1(4):185-198.
25. เสาวณีย์ จันทร์ฉาย. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2565 ; 41(2) : 221-232.
26. ทิววรรณ ปิยกุลมาลา และธีรพัฒน์ สุทธิประภา. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตจากนโยบายสู่การปฏิบัติ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563; 29(2): 293 - 302
27. สุภาพร จันทร์สาม. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อเขตบริการจังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565; 31( ฉบับเพิ่มเติม): S74 -S84
28. ชัยวุฒิ สุขสมานวงศ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา .วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566; 8(4): 374-383.