บทความวิจัย

Emergency Psychiatric Care System Development in Prasat District Public Health Services, Surin Province

Sukanya Saisaengjan, M.Sc.[1]
Prueksachat Thobpae, Ph.D.[2]
Monrudee Yuenyaw, M.N.S[3]
Sujitta Ritmontree, Ph.D.[4*]

Received: Dec 1, 2025
Revised: Apr 14, 2026
Accepted: Apr 16, 2026

Abstract

Introduction: The number of psychiatric emergency cases is rising, primarily due to medication nonadherence and substance use, which is negatively impacting on health services.

Research objectives: 1) To assess the current situation and identify existing problems in psychiatric emergency care; 2) To design and implement a tailored care system to address these issues; and 3) To evaluate the effectiveness of the implemented care system.

Research methodology: This research and development study was conducted from January to November 2025 across public health service units in Prasat District, Surin Province, Thailand. The study comprised four phases: situational analysis, system development, system piloting, and effectiveness evaluation. The sample consisted of 30 psychiatric emergency medical records, 30 registered nurses, and 30 psychiatric emergency patients. Research instruments included a data record form, an interview guide, a knowledge test, the Global Assessment of Functioning (GAF), and the Thai version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis.

Results: Most patients experienced recurrent psychiatric emergencies, primarily due to medication nonadherence and substance use. The developed system consisted of three phases: prehospital care, hospital-based care, and continuous care in the community. Following implementation, registered nurses demonstrated significantly higher knowledge scores regarding psychiatric emergency care ($p < .001$). Patients also showed significant improvements in both GAF scores and quality-of-life scores after a 3-month follow-up ($p < .05$).

Conclusions: Implementation of the integrated three-phase psychiatric emergency care system significantly improved nurses' knowledge and enhanced both patient functioning and quality of life.

Implications: The system should be expanded to similar healthcare settings in conjunction with strengthened community follow-up to prevent the recurrence of psychiatric emergencies.

Keywords: system development, psychiatric emergency care, healthcare system

[1-3]Specialist Professional Nurse, [1]Email: sukanyasai1969@gmail.com, [2]Email: tong.p1972@gmail.com, [3]Email: vitchy50@gmail.com
[4]Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, RoiEt Rajabhat University, RoiEt, Thailand. Email:sujittarmt@gmail.com*
[1-3]Prasat Hospital, Surin, Thailand.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุข อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

สุกัญญา สายแสงจันทร์ วท.ม.[1]
พฤกษชาติ ทบแป ปร.ด.[2]
มลฤดี ยืนยาว พย.ม.[3]
สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี ปร.ด.[4*]

Received: Dec 1, 2025
Revised: Apr 14, 2026
Accepted: Apr 16, 2026

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้นและกำเริบซ้ำบ่อยจากการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการใช้สารเสพติด ส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในอำเภอปราสาท 2) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน และ 3) ประเมินผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนาดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม–พฤศจิกายน 2568 ในหน่วยบริการสาธารณสุขอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์ การพัฒนาระบบ การทดลองใช้ และการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 30 แฟ้ม พยาบาลวิชาชีพ 30 คน และผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 30 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบวัดความรู้ แบบประเมินความสามารถโดยรวม และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการกำเริบซ้ำ สาเหตุสำคัญคือการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการใช้สารเสพติด ระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการดูแล 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเข้ารับการรักษา ระยะรักษาในโรงพยาบาล และระยะติดตามต่อเนื่องในชุมชน ภายหลังการนำระบบไปใช้ พยาบาลมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังติดตาม 3 เดือน ($p < .05$)

สรุปผล: ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบบูรณาการ 3 ระยะ ช่วยเพิ่มความรู้ของพยาบาลและส่งเสริมความสามารถโดยรวมรวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ: ควรขยายผลไปยังหน่วยบริการที่มีบริบทใกล้เคียง พร้อมพัฒนาระบบติดตามต่อเนื่องในชุมชนเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ระบบบริการสุขภาพ

[1-3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ [1]Email: sukanyasai1969@gmail.com [2]Email: tong.p1972@gmail.com [3]Email: vitchy50@gmail.com
[4]Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด ประเทศไทย Email: sujittarmt@gmail.com
[1-3]โรงพยาบาลปราสาท สุรินทร์ ประเทศไทย

บทนำ

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก เนื่องจากมีแนวโน้มการเข้ารับบริการฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น และความรุนแรงในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมินและดูแลอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ เพื่อป้องกันผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม รวมทั้งลดผลกระทบต่อระดับการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว[1-2]

ในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2565 – 2567 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรงหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นจาก 27,518 คน เป็น 55,706 คน โดยความรุนแรงที่พบมาก ได้แก่ การทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น และพฤติกรรมหวาดระแวงหรือมุ่งร้ายต่อผู้อื่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท โรคอารมณ์ผิดปกติ และความผิดปกติทางจิตจากการใช้สารเสพติด[3-4] แม้กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบการดูแลครอบคลุมการคัดกรอง การดูแลในห้องฉุกเฉิน การส่งต่อ และการติดตามต่อเนื่องในชุมชน แต่ยังพบข้อจำกัดด้านศักยภาพบุคลากร การประสานงาน การเชื่อมโยงข้อมูล และระบบติดตามต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการกำเริบซ้ำและเข้ารับบริการฉุกเฉินบ่อยครั้ง[4-7]

อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 – 2567 มีผู้ป่วย 1,757 คน 1,778 คน และ 1,917 คน ตามลำดับ และผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V เพิ่มจาก 48 คน เป็น 65 คน แม้พื้นที่มีเครือข่ายบริการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ แต่ยังขาดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ความชัดเจนของบทบาทหน่วยงาน และระบบติดตามต่อเนื่องในชุมชน[8] ปัญหาดังกล่าวสะท้อนช่องว่างของระบบบริการ โดยเฉพาะการขาดระบบการดูแลแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

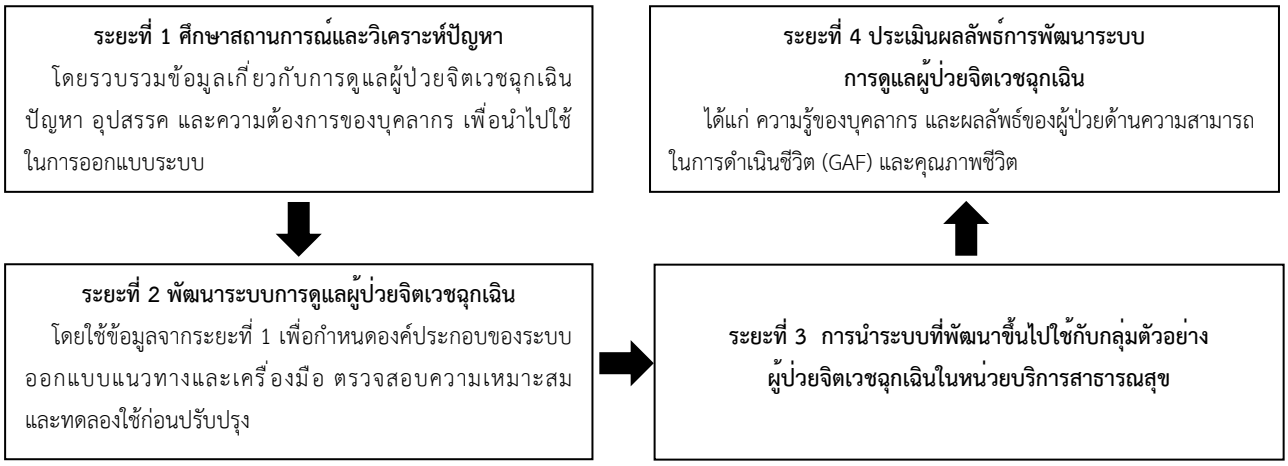
แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพในปัจจุบันเน้นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement: CQI) และการใช้วงจร Plan–Do–Study–Act (PDSA) ร่วมกับการดูแลแบบไร้รอยต่อและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เพื่อเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน การรักษาในโรงพยาบาล จนถึงการติดตามในชุมชน ช่วยลดการกำเริบซ้ำและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและชุมชนได้[1-2,9] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยยังขาดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบบูรณาการในระดับอำเภอที่เชื่อมโยงทุกระดับบริการ และยังมีหลักฐานจำกัดเกี่ยวกับผลลัพธ์ของระบบต่อความรู้ของพยาบาล ระดับการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบบูรณาการในหน่วยบริการสาธารณสุขอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุขอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุข อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ของ Bemelmans[10] ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อระบุปัญหาและความต้องการในการพัฒนา 2) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยออกแบบ ทดลองใช้ และปรับปรุงระบบให้มีความตรงเชิงเนื้อหาและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ 3) การนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน และ 4) การประเมินผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ออกแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม–พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 แบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาการวิเคราะห์สภาพปัญหา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) เวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของโรงพยาบาลปราสาท จำนวน 30 แฟ้ม จากทั้งหมด 65 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นเวชระเบียนที่มีข้อมูลครบถ้วน และ 2) พยาบาลวิชาชีพด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาลปราสาทและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 30 คน จากทั้งหมด 58 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ผู้มีส่วนร่วมประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 30 คน จากระยะที่ 1 และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลจิตเวชและการพัฒนาระบบบริการ 3 ท่าน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 30 คน เป็นกลุ่มเดิมจากระยะที่ 1 – 2 และผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ของระบบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับระยะที่ 3 และผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 30 ราย ที่ได้รับการดูแลครบทั้ง 3 ระยะ ขนาดตัวอย่างผู้ป่วยคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ .80 และขนาดอิทธิพล .50 ตามเกณฑ์ของ Cohen[11] และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา[12] ได้ขนาดตัวอย่าง

อย่างน้อย 27 ราย จึงเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างติดตาม ผู้ป่วยต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินหรือกลุ่ม SMI-V สามารถสื่อสารภาษาไทย มีผู้ดูแล และสามารถติดตามได้ครบ 3 เดือน เกณฑ์คัดออกคือ 1) มีภาวะทางกายรุนแรง 2) บกพร่องด้านการสื่อสาร 3) ถูกส่งต่อไปรับการรักษานอกพื้นที่ และ 4) ถอนตัวจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแล และ 3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน จำนวน 25 ข้อ แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 1.00) และแบบวัดความรู้มีค่าความเชื่อมั่น KR - 20 = .87

ระยะที่ 2 เครื่องมือประกอบด้วยร่างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน คู่มือ แนวปฏิบัติ แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการใช้ระบบ รวมทั้งแบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกผลการทดลองใช้ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI = .90

ระยะที่ 3 ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยคู่มือ แนวปฏิบัติ แบบประเมินความเสี่ยง แบบบันทึกการดูแลรายกรณี แบบเยี่ยมบ้าน คู่มือสำหรับครอบครัว และระบบสื่อสารออนไลน์ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า CVI = .90

ระยะที่ 4 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 3) แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global assessment of functioning; GAF) และ 4) แบบวัดคุณภาพชีวิต (The world health organization quality of life assessment; WHOQOL-BREF-THAI) แบบประเมิน GAF และแบบวัด WHOQOL-BREF-THAI มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ .93 และ .97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 012/2567 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2567 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการศึกษา สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ มีการปกปิดข้อมูลความลับ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ 4 ระยะแต่ละระยะดำเนินการดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา ดำเนินการในเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากเวชระเบียน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งละ 90 - 120 นาที กลุ่มละ 15 คน พร้อมบันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนาม

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 และดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนาของ Bemelmans[10] ในช่วงเดือนมกราคม–กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 จากนั้นทดลองใช้ระบบกับผู้ป่วย 10 ราย เป็นเวลา 1 เดือน และรวบรวมปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงก่อนใช้จริง

ระยะที่ 3 นำระบบไปใช้จริงในหน่วยบริการสาธารณสุขอำเภอปราสาท ระหว่างเดือนมีนาคม–สิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยจัดประชุมชี้แจงและอบรมพยาบาลวิชาชีพ 30 คน เป็นเวลา 1 วัน และคัดเลือกพยาบาลผู้จัดการ

รายกรณี 5 คน เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามระบบ (ภาพที่ 2) พร้อมติดตามอาการผ่านระบบสื่อสารออนไลน์ และกำกับคุณภาพการดำเนินงานด้วยการประชุมทีมและปรับปรุงตามวงจร Plan–Do–Study–Act (PDSA)

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ของระบบ โดยใช้รูปแบบ One-group pretest–posttest design ระหว่างเดือนกันยายน–พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ประเมินความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการใช้ระบบ รวมทั้งติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยตามระบบที่พัฒนาขึ้น โดยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทุกครั้งหลังเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา และจัดเป็นประเด็นหลัก เพื่อนำไปใช้พัฒนาระบบในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมระดมสมอง การสัมภาษณ์ และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบของระบบและแนวทางปรับปรุง ส่วนการตรวจสอบคุณภาพของระบบและเครื่องมือใช้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI)

ระยะที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลความครบถ้วนและความต่อเนื่องของการดำเนินงานตามระบบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงานวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาล แบบประเมิน GAF และแบบวัด WHOQOL-BREF-THAI ของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้ระบบด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

1.1 ผลการวิเคราะห์เวชระเบียนพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.50 อายุเฉลี่ย 38.85 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา และอาชีพรับจ้างพบมากที่สุด ร้อยละ 45.20 โดยร้อยละ 56.70 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 56.70 และร้อยละ 33.30 เป็นความผิดปกติทางจิตจากสารเสพติด ผู้ป่วยร้อยละ 70 มีความคิดหรือพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และทุกรายมีอาการกำเริบซ้ำ 1 - 5 ครั้งในรอบปี โดยสาเหตุสำคัญคือ การไม่รับประทานยาร้อยละ 60 และการใช้สารเสพติด ร้อยละ 40

1.2 ผลการสนทนากลุ่มสามารถสรุปปัญหาได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้ป่วยมีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำสูง สาเหตุสำคัญ ได้แก่ การไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การไม่มาตามนัด และการใช้สุราหรือสารเสพติด ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ช่วงหลังพบว่าผู้ป่วยมีทั้งโรคทางกายร่วมกับอาการทางจิต เช่น เบาหวาน ความดัน ร่วมกับอารมณ์แปรปรวนและพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้การดูแลยากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ผู้ป่วยหลายรายไม่คิดว่าตนเองป่วย พอกลับบ้านแล้วก็หยุดยาเอง ทำให้อาการกำเริบบ่อย และกลับมาในภาวะฉุกเฉินซ้ำ” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9)

“บางคนกลับไปดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอีก ทำให้อาการแย่ลงอย่างรวดเร็วและควบคุมพฤติกรรมไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

ประเด็นที่ 2 ครอบครัวและชุมชนมีข้อจำกัดในการดูแลและเฝ้าระวังอาการ ผลการสนทนากลุ่มพบว่า ญาติส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการสังเกตอาการเตือนและการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ขณะที่ชุมชนบางส่วนมีความกลัวและการตีตราผู้ป่วย ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและติดตามดูแลยังมีจำกัด ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ญาติหลายคนต้องทำงาน ไม่มีเวลาเฝ้าดูอาการ ทำให้พามารักษาช้าเมื่ออาการเริ่มกำเริบ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

“ครอบครัวยังไม่เข้าใจสัญญาณเตือนของอาการกำเริบ พออาการรุนแรงแล้วถึงพามาโรงพยาบาล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“บางชุมชนยังมีความกลัวผู้ป่วย โดยเฉพาะรายที่เคยมีพฤติกรรมรุนแรง ทำให้ไม่กล้าเข้าไปช่วยหรือแจ้งข้อมูล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

ประเด็นที่ 3 บุคลากรขาดความรู้และความมั่นใจในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช พยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 1 – 4 ปี และจำนวนมากไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะด้าน ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“พึ่งจบมามีประสบการณ์ไม่กี่ปี ไม่มั่นใจเรื่องการประเมินความเสี่ยงว่าผู้ป่วยจะกลับไปก่อเหตุซ้ำหรือไม่จะจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินอย่างไร เพราะไม่ได้รับการฝึกเฉพาะทาง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 22)

“เวลาผู้ป่วยก้าวร้าว ทีมจะรู้สึกกังวลเรื่องความปลอดภัย เพราะไม่แน่ใจว่าจะจัดการสถานการณ์อย่างไรให้เหมาะสม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“อยากมีแนวทางที่ชัดเจนและการอบรมเพิ่มเติม เพื่อให้ทีมทำงานได้อย่างมั่นใจมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

ประเด็นที่ 4 ระบบบริการขาดความต่อเนื่องและการประสานงานเชิงระบบ ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินยังมีลักษณะการทำงานแบบแยกส่วน ได้แก่ ไม่มีแนวปฏิบัติมาตรฐานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ การประสานงานและการส่งต่อไม่เป็นเอกภาพ ขาดผู้รับผิดชอบหลักในการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ข้อจำกัดด้านบุคลากร สถานที่ และอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าว ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ตอนเกิดเหตุฉุกเฉินต้องประสานหลายหน่วยงาน แต่ไม่มีเจ้าภาพหลัก ทำให้การจัดการล่าช้า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

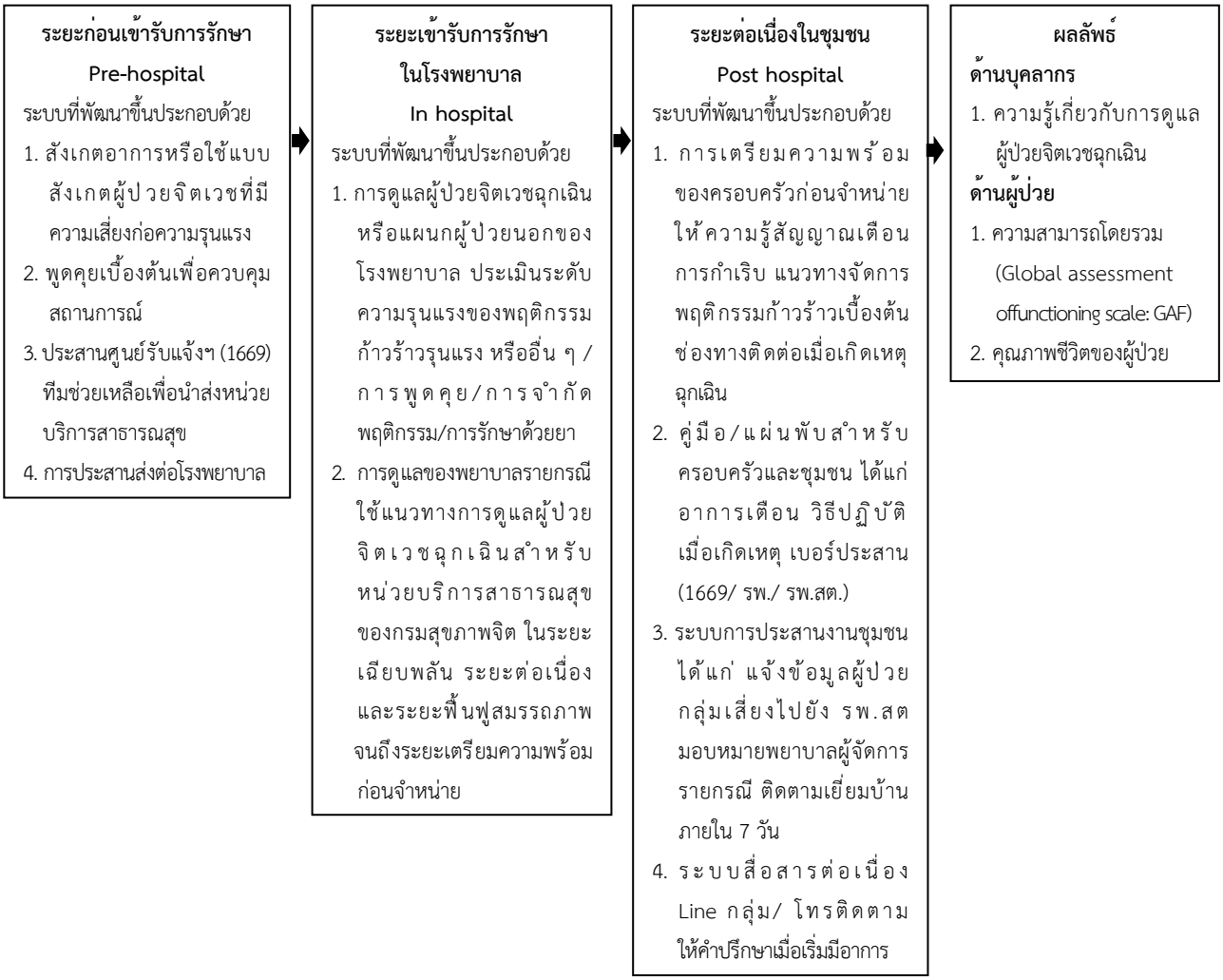
“แต่ละหน่วยบริการมีแนวปฏิบัติไม่เหมือนกัน ทำให้การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องไม่เป็นระบบเดียวกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 28) *“หลังจำหน่ายยังไม่มีผู้รับผิดชอบติดตามอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลต่อเนื่องและกลับมากำเริบซ้ำ”* (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 21)

“บุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้การเยี่ยมบ้านหรือการติดตามทำได้ไม่ครบทุกเคส” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 22)

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์ปัญหาในระยะที่ 1 และการระดมสมองร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ครั้ง พบประเด็นสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) ขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 2) บุคลากรขาดความมั่นใจในการประเมินความเสี่ยงและจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว 3) การส่งต่อและการสื่อสารระหว่างหน่วยบริการกับชุมชนไม่ต่อเนื่อง และ 4) ครอบครัวขาดความรู้ในการสังเกตอาการเตือนและดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย จึงได้พัฒนาระบบการดูแล 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเข้ารับการรักษา ระยะรักษาในโรงพยาบาล และระยะติดตามต่อเนื่องในชุมชน โดยกำหนดบทบาทและช่องทางการประสานงาน

ของแต่ละหน่วยงานอย่างชัดเจน พร้อมปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ การใช้แบบประเมินและแนวปฏิบัติเดียวกันทุกหน่วยบริการ การเพิ่มบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี การเตรียมความพร้อมของครอบครัวก่อนจำหน่าย การติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 7 วัน และการสื่อสารต่อเนื่องผ่านแอปพลิเคชัน Line หรือการโทรติดตาม ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุข อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

3. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุข

3.1 ด้านบุคลากรพยาบาล ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของพยาบาล คะแนนเต็ม 25 คะแนน พบว่า ก่อนการใช้ระบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (M = 13.45, SD = 2.21) ขณะที่หลังการใช้ระบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (M = 21.63, SD = 2.21) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังพบว่า คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 10.22, p < .001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (n = 30)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	M	SD	t	df	P-value
ก่อนใช้ระบบ	13.45	2.21	10.22	29	.001*
หลังใช้ระบบ	21.63	2.1			

*p < .05

3.2 ด้านผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 30 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.30 มีอายุระหว่าง 21 – 40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 53.30 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 70 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.40 การวินิจฉัยส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติทางจิตจากการใช้สารเสพติด ร้อยละ 60 รองลงมาเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 30 และผู้ป่วยทุกรายมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในระดับฉุกเฉิน

ผลการศึกษาความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน เมื่อติดตามครบ 3 เดือน (M = 68.90, SD = 9.20) สูงกว่าก่อนวันจำหน่ายจากโรงพยาบาล (M = 53.20, SD = 8.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเมื่อติดตามครบ 3 เดือน (M = 96.17, SD = 3.75) สูงกว่าก่อนดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (M = 62.36 ,SD = 7.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิตก่อนจำหน่ายและหลังติดตาม 3 เดือน (n = 30)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ	df	t	P-value
ความสามารถโดยรวม						
ก่อนจำหน่าย	53.20	8.40	อาการทางจิตระดับปานกลาง	29	-17.17	.001*
ติดตาม 3 เดือน	68.90	9.20	มีอาการทางจิตเล็กน้อย			
คุณภาพชีวิต						
ก่อนการดูแล	62.36	7.51	กลาง	29	-11.85	.001*
ติดตาม 3 เดือน	96.17	3.75	ดี			

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่ มีการวินิจฉัยหลักเป็นโรคจิตเภทและความผิดปกติทางจิตจากการใช้สารเสพติด และมีประวัติการกำเริบซ้ำหลายครั้งภายใน 1 ปี สะท้อนลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V เป็นกลุ่มหลักที่เข้ารับบริการฉุกเฉินทางจิตเวชและมีแนวโน้มกำเริบซ้ำสูง[1-2,6] สาเหตุสำคัญของการกำเริบ ได้แก่ การไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การใช้สารเสพติด และการขาดระบบติดตามในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการขาดความต่อเนื่องในการรักษาและการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับบริการฉุกเฉินและการเข้ารักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ[13] ในด้านระบบบริการ ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรขาดการอบรมเฉพาะทาง ขาดความมั่นใจในการจัดการภาวะฉุกเฉิน และระบบการประสานงานระหว่างหน่วยบริการยังไม่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บุคลากรด่านหน้ามีความต้องการพัฒนาศักยภาพด้านการประเมินความเสี่ยงและการจัดการพฤติกรรมรุนแรง รวมถึงระบบสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนยังมีข้อจำกัด[6,7] ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนช่องว่างสำคัญของระบบ ได้แก่ การขาดความต่อเนื่องในการดูแล การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบระบบการดูแลในระยะต่อไป

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุข ระบบที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมการดูแลแบบต่อเนื่องใน 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนถึงโรงพยาบาล ระหว่างการรักษา และหลังจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่องและการจัดการรายกรณีที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ที่มีความเสี่ยงสูง[1-2] ในระยะก่อนเข้ารับการรักษา การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงในชุมชนร่วมกับการประสานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินช่วยลดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าระบบการตอบสนองภาวะวิกฤตในชุมชนสามารถลดเหตุการณ์รุนแรงและลดการเข้ารับบริการฉุกเฉินที่ไม่จำเป็น[14] ในระยะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การใช้แนวทางประเมินความเสี่ยงและการจัดการพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ รวมถึงการมอบหมายพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทสำคัญในการวางแผนการรักษาและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานที่ชี้ว่า การใช้การจัดการรายกรณีช่วยลดการเข้ารักษาซ้ำ และเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล[5] ในระยะติดตามต่อเนื่องในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้แก่ครอบครัว และการติดตามผ่านระบบสื่อสารออนไลน์ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยลดการกำเริบซ้ำและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่า การติดตามเชิงรุกและการใช้สุขภาพจิตทางไกล (Tele-mental health) สามารถเพิ่มผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[1,15]

3. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยบริการสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นกลไกสำคัญต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการอบรมและการใช้แนวปฏิบัติมาตรฐานช่วยเพิ่มความมั่นใจและสมรรถนะในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตเวชได้[16] ด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วย พบว่า คะแนนความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังติดตาม 3 เดือน ขณะที่คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงสุขภาวะที่ดีขึ้น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง มีความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนดีขึ้น และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามบทบาทเดิมได้มากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิตและงานวิจัยที่พบว่า ระบบบริการสุขภาพจิตชุมชน การจัดการรายกรณี และการติดตามเชิงรุกหลังจำหน่าย ช่วยลดการกำเริบซ้ำและส่งเสริมการฟื้นฟูทางสังคมของผู้ป่วยได้[1,3,17] สะท้อนว่าการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ใช้รูปแบบ One-group pretest–posttest design ในพื้นที่อำเภอเดียวและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น เช่น การรักษาตามปกติหรือการสนับสนุนจากครอบครัว และจำกัดการสรุปผลทั่วไป ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรใช้กลุ่มเปรียบเทียบและติดตามผลระยะยาวในหลายพื้นที่ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของระบบได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลจิตเวชควรได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องด้านการประเมินความเสี่ยง การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว และการติดตามต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและครอบครัวควรได้รับการวางแผนจำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่ายอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันการกลับมารับบริการฉุกเฉินซ้ำ

2. หน่วยบริการที่มีพยาบาลจิตเวชและเครือข่ายปฐมภูมิ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 – 120 เตียง ในจังหวัดสุรินทร์และพื้นที่ใกล้เคียง สามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ โดยปรับให้เหมาะสมกับทรัพยากรและบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษารูปแบบการดูแลที่เสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชน รวมถึงการพัฒนากลไกความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายสหวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนการดูแลแบบบูรณาการและยั่งยืน

2. ควรมีการศึกษาต่อยอดในหลายพื้นที่ โดยใช้การออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองหรือแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ พร้อมการติดตามระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลของระบบและเพิ่มความสามารถในการสรุปผลทั่วไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลปราสาท สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปราสาท องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2023. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2023.
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Progress report on key operations of the Department of Mental Health. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Monitoring and Evaluation Group, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2025.
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Manual for the care system for psychiatric patients with serious mental illness and high risk to violence (SMI-V). Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2020.
5. Wachiradilok P, Doungthipsirikul S, Sirisamutr T, Neungaud A. Seamless and integrated emergency medical services system for mental health crisis patients in Thailand. Journal of Health Systems Research 2023;17(2):264-78. (in Thai)
6. Sinphum N, Suraphak W, Ritmontree S. The development of a mental health crisis emergency care model in Atsamat Hospital, Roi Et Province. Journal of Nursing Science Christian University of Thailand 2023;10(2):35-50. (in Thai)
7. Limpitikiat S, Sasok A, Suesat S. Development of an integrated nursing program to reduce relapse among patients with schizophrenia at high risk of violence. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2025;39(3):46-63. (in Thai)
8. Prasat Hospital. Annual performance report 2023. Surin: Prasat Hospital; 2023.
9. Supachutikul A. Weaving and crystallizing quality concepts: The foundation of trust. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2021. (in Thai)
10. Bemelmans TMA. Strategic planning for research and development. Long Range Planning 1979;12(2):33-44.

11. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press; 1988.
12. Ritmontree S, Pongkaew O, Suraphak W, Talumphai S, Wetsiriyanan T, Panjachklinakorn A. The development of a package of continuous care activities and innovations for psychiatric patients through the participation of community network partners. Final Research Report. Roi Et: Roi Et Rajabhat University; 2025. (in Thai)
13. Tadesse G, Geremew GW, Alemayehu TT, Getachew D, Demelash D, Fentahun S, et al. Psychotropic medication non-adherence and its determinants among people living with mental illnesses in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis study. BMC Public Health 2025;25:1333. doi: 10.1186/s12889-025-22408-w.
14. Compton MT, Pope LG, Watson AC. Community-based mental health crisis response: An overview of models and workforce implications. Psychiatric Clinics of North America 2024;47(3):491-509.
15. Zangani C, Ostinelli EG, Smith KA, Hong JSW, Macdonald O, Reen G, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the global delivery of mental health services and telemental health: systematic review. Journal of Medical Internet Research Mental Health 2022;9(8):e38600. doi: 10.2196/38600.
16. Sinphum N, Suraphak W, Ritmontree S. Effects of a training program for managing violent behavior in psychiatric patients and drug addicts on knowledge, attitude, and confidence among hospital personnel at Atsamat Hospital, Roi Et Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2024;18(3):1091-104. (in Thai)
17. Austin EE, Cheek C, Richardson L, Testa L, Dominello A, Long JC, et al. Improving emergency department care for adults presenting with mental illness: a systematic review of strategies and their impact on outcomes, experience, and performance. Frontiers in Psychiatry 2024;15:1368129. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1368129