การประเมินผลระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

ภรณี ศรีกงพาน, พย.บ.*
พัชรี ศรีกุตา, ส.ด.**

Received: September 19, 2025
Revised: May 25, 2026
Accepted: August 20, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ใช้กรอบแนวคิด แบบจำลองซิปป์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 143 คน ประกอบด้วย ผู้ดูแล 24 คน ผู้นำระดับตำบล 108 คน และผู้นำระดับอำเภอ 11 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง 0.67–1.00 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านผลผลิต และความพึงพอใจต่อระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเท่ากับ 0.91, 0.85, 0.96, 0.88, 0.97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์เนื้อหาและการตรวจสอบสามเส้า

ผลการวิจัยพบว่า ด้านบริบท (M = 3.83, SD = 0.53) ด้านกระบวนการ (M = 3.67, SD = 1.03) และด้านผลผลิต (M = 3.71, SD = 0.97) อยู่ในระดับดี ส่วนด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.44, SD = 1.06) ระบบการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่มีความจำเป็น ขาดบุคลากรเฉพาะทาง งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ แม้ระบบการดูแลในโรงพยาบาลจะชัดเจนและมีเครื่องมือพร้อม แต่ระบบจัดการก่อนเกิดเหตุและการติดตามหลังจำหน่ายในชุมชน ยังขาดความต่อเนื่องและการมีส่วนร่วม ส่งผลให้อัตราการกำเริบและกลับเป็นซ้ำยังสูง ข้อเสนอแนะ การนำผลการวิจัยและแนวปฏิบัติที่ดี จากพื้นที่ต้นแบบ “บ้านใหม่โมเดล” ซึ่งเน้นการบูรณาการภาคีเครือข่ายชุมชนร่วมกับระบบสาธารณสุข มาขยายผลและบรรจุในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับอำเภอ เพื่อจัดตั้งระบบเฝ้าระวังและการติดตามเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การประเมินผลระบบ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยง แบบจำลองซิปป์

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: phatcharee.s@nrru.ac.th

Evaluating the Caring System for Substance-Induced Psychosis with High Risk to Violence in Communities, Nakhon Ratchasima Province

Poranee Srikongpan, B.N.S.[*]
Phatcharee Srikuta, Dr.P.H.[**]

Abstract

This evaluation research aims to assess the psychiatric and substance abuse care system for high-risk groups prone to violence in the community of Nakhon Ratchasima Province. The study employs the SIP model framework. The sample consists of 143 stakeholders, including 24 caregivers, 108 sub-district leaders, and 11 district leaders. Research instruments include questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussions, with content validity (IOC) ranging from 0.67 to 1.00 and reliability scores for the productivity and satisfaction questionnaires regarding the psychiatric and substance abuse care system in the community being 0.91, 0.85, 0.96, 0.88, and 0.97, respectively. Quantitative data were analyzed using statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data were analyzed through content analysis and triangulation.

Research results found that in the context aspect (M = 3.83, SD = 0.53) process aspect (M = 3.67, SD = 1.03) and the output aspect (M = 3.71, SD = 0.97) are at a good level, while the input factors are at a moderate level (M = 3.44, SD = 1.06). The patient care system in the area is necessary but lacks specialized personnel, budget, and equipment. Although the hospital care system is clear and equipped, the pre-incident management and post-discharge follow-up system in the community lack continuity and participation, resulting in a high rate of relapse and recurrence. Recommendation: Utilize research findings and best practices from the "BANMAI Model" prototype area, which emphasizes the integration of community network partners with the public health system, to expand and incorporate into the district-level mental health and substance abuse service development plan. This aims to establish a continuous proactive monitoring and follow-up system.

Keywords: Evaluating the caring system, Substance-induce psychosis with high risk to violence (SMI-V), CIPP model

[*] Master of Public Health Student, Faculty of Public Health, Nakhonratchasima Rajabhat University

[**] Assistant Professor Doctor, Faculty of Public Health, Nakhonratchasima Rajabhat University; Corresponding Author E-mail: phatcharee.s@nrru.ac.th

บทนำ

ปัญหายาเสพติดยังคงเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุขทั้งในระดับโลกและประเทศไทย เนื่องจากส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศ สถานการณ์ปัจจุบันสะท้อนแนวโน้มการใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับความซับซ้อนจากปัญหาสุขภาพจิตร่วม (dual diagnosis) ซึ่งส่งผลให้ภาระของระบบบริการสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น (มานพ คณะโต และคณะ, 2562; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.], 2566)

ในระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม ร่วมกับความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง และเป็นระบบตามมาตรฐานทางคลินิก (กรมสุขภาพจิต, 2566) หลักฐานระดับประเทศชี้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงในชุมชนที่เพิ่มสูงขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา (กรมสุขภาพจิต, 2566) นอกจากนี้การใช้สารเสพติดยังมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน (วรวรรณ จุฑา และคณะ, 2566)

ในบริบทพื้นที่อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา มีประชากรประมาณ 95,796 คน ครอบคลุม 12 ตำบล 153 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่ที่ยังคงเผชิญปัญหายาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลครบุรีช่วงปี พ.ศ. 2561–2566 พบผู้ป่วยโรคจิตจากแอลกอฮอล์ (F10) และความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (F11–F19) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว สอดคล้องกับแนวโน้มระดับประเทศที่แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้สารเสพติดมีอัตราการเข้ารับบริการทางจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2563) โรงพยาบาลครบุรีร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ได้พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561 โดยครอบคลุมการคัดกรอง การเฝ้าระวัง การส่งต่อ การรักษา และการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ภายใต้ความร่วมมือของโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัวผู้ดูแล ปัจจุบันมีผู้ป่วย SMI-V สะสมจำนวน 95 ราย อย่างไรก็ตามแม้ระบบดังกล่าวดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 5 ปีแต่ยังไม่เคยมีการประเมินผลเชิงระบบอย่างเป็นรูปธรรมในบริบทพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบข้อจำกัดสำคัญของระบบ ได้แก่ ความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่ก่อความรุนแรงในชุมชน ความไม่ต่อเนื่องของการดูแล (continuity of care) ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรเฉพาะทาง การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (relapse) และความเปราะบางของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้เกิดการกำเริบของอาการและเหตุการณ์ความรุนแรงซ้ำในชุมชน (กำทร ดานา, 2564; สุภาพร จันทร์สาม, 2565; สมถวิล แพรขาว และธิดารัตน์ ห้วยทราย, 2565) แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาจะมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดในหลายบริบท แต่ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาเชิงรูปแบบหรือประเมินผลเพียงบางมิติ ทำให้ยังขาดการประเมินระบบแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงบริบท กระบวนการ และผลลัพธ์ภายใต้กรอบ CIPP Model

ดังนั้นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับระบบ (system-level evidence) ที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบริบท กระบวนการ และผลลัพธ์ของระบบบริการ SMI-V ในบริบทชุมชนยังมีข้อจำกัด การศึกษาวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ในชุมชน อำเภอครบุรี

จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ของ Stufflebeam (1971) ครอบคลุมการประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เพื่อระบุจุดแข็ง ข้อจำกัดของระบบ และพัฒนาแนวทางการปรับปรุงบริการ โดยเฉพาะการเสริมความต่อเนื่องของการดูแล การเพิ่มประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการพัฒนาการดูแลในระยะอาการสงบ (remission phase) เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดการกำเริบของโรค ลดความเสี่ยงต่อความรุนแรงซ้ำ และสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับอำเภออย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (evaluation research) โดยประเมินผลระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยใช้รูปแบบการวิจัยประเมินผลตามกรอบแนวคิดแบบจำลอง CIPP Model (Stufflebeam, 1971) ดำเนินการวิจัยใน 12 ตำบลในอำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการศึกษา เดือนพฤษภาคม 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในพื้นที่การศึกษา 12 ตำบล รวม 143 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มตัวแทนครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 24 คน (การสัมภาษณ์เชิงลึกและตอบแบบสอบถาม) 2) กลุ่มผู้นำระดับตำบล ได้แก่ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำชุมชน/องค์การบริหาร ส่วนตำบล/เทศบาล อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 108 คน (สนทนากลุ่มและตอบแบบสอบถาม) 3) กลุ่มผู้นำระดับอำเภอ ได้แก่ นายอำเภอครบุรีหรือผู้แทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรอำเภอ ปลัดอำเภอฝ่ายความมั่นคง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ บุคลากรสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลครบุรี ได้แก่ แพทย์ ตัวแทนพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่กู้ชีพกู้ภัย จำนวน 11 คน (การสัมภาษณ์เชิงลึกและตอบแบบสอบถาม)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ขนาดกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณกำหนดจากความเหมาะสมของพื้นที่และการครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนในอำเภอครบุรี โดยเริ่มจากกลุ่มผู้นำระดับตำบล กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละพื้นที่เป็นผู้คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเป็นกลุ่มผู้นำระดับตำบลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จากนั้นใช้วิธีเลือกจากการบอกต่อแนะนำไปยังกลุ่มตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยในพื้นที่ ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V ในเวชระเบียนของโรงพยาบาลครบุรีอย่างน้อย 1 ปี ได้รับการวินิจฉัยตามรหัส ICD 10 รหัสโรคได้แก่ F20.xx , F30.xx – F39.xx ร่วมกับ F10.xx – F19.xx ส่วนกลุ่มผู้นำระดับอำเภอหน่วยงานต้นสังกัดเป็นผู้คัดเลือก จนกว่าจะได้ข้อมูลที่อิ่มตัว การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการความอิ่มตัวของข้อมูลสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพโดยอ้างอิงแนวคิดของ Guest et al. (2006) ที่ระบุว่าการสัมภาษณ์เชิงลึก 12-15 รายมักเพียงพอต่อการได้ข้อมูลอิ่มตัวในกลุ่มที่มีความเป็นเนื้อเดียวกัน สำหรับกลุ่มผู้นำระดับตำบล 108 คน กำหนดจากจำนวนตำบล 12 แห่ง โดยแต่ละตำบลมีตัวแทน 8-10 คนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้ปฏิบัติงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการจัดการระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ในพื้นที่อำเภอครบุรี

2. มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ

3. แสดงความจำนงในการศึกษาครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และได้มีการลงนามใน "ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลภายใต้กรอบแนวคิดการประเมินแบบ CIPP Model ของ Stufflebeam (1971) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท (context evaluation) ด้านปัจจัยนำเข้า (input evaluation) ด้านกระบวนการ (process evaluation) และด้านผลผลิต (product evaluation) โดยใช้เป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นและออกแบบข้อคำถามทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ครอบคลุมการประเมินระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชนอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เครื่องมือวิจัยได้รับการพัฒนาบนฐานกรอบแนวคิดทางทฤษฎี (theoretical framework-based instrument development) เพื่อให้ข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และองค์ประกอบของการประเมินตามกรอบ CIPP Model ประกอบด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview guideline)

ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างแบบปลายเปิด (semi-structured interview) สำหรับการสัมภาษณ์รายบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่

1.1 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มตัวแทนครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

1.2 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้นำระดับอำเภอ

แบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ชุด พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิด CIPP Model โดยกำหนดประเด็นคำถามให้ครอบคลุมองค์ประกอบของการประเมินทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เพื่อสะท้อนสภาพปัญหา ความจำเป็น ทรัพยากร กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ของระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 ข้อมูลการประเมินระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยแบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มตัวแทนครอบครัวหรือผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ และแบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้นำระดับอำเภอ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ครอบคลุม 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) สถานการณ์และความจำเป็นของการจัดการระบบจิตเวชฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 2) การจัดการดูแลและการนำส่งผู้ป่วยในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล 3) การดูแลรักษาในโรงพยาบาล ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบส่งต่อผู้ป่วย 4) การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายและการดูแลในชุมชน และ 5) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

ทั้งนี้ประเด็นคำถามดังกล่าวได้รับการออกแบบให้เชื่อมโยงกับองค์ประกอบของ CIPP Model โดยประเด็นด้านสถานการณ์และความจำเป็นของระบบสอดคล้องกับการประเมินด้านบริบท (context) ประเด็นด้านทรัพยากร บุคลากร และการสนับสนุนระบบสอดคล้องกับการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (input) ส่วนกระบวนการดูแล การส่งต่อ และการติดตามต่อเนื่องสอดคล้องกับการประเมินด้านกระบวนการ (process) ขณะที่ผลลัพธ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะสะท้อนการประเมินด้านผลผลิต (product)

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (focus group discussion guideline)

ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้นำระดับตำบล ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ แนวคำถามประกอบด้วย 13 ข้อ ครอบคลุม 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สถานการณ์การดูแลและการจัดการระบบจิตเวชฉุกเฉินในพื้นที่ 2) การดูแลและการนำส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล 3) ระบบการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย 4) การดูแลต่อเนื่องในชุมชนหลังจำหน่าย และ 5) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน โดยแนวคำถามทั้งหมดได้รับการพัฒนาภายใต้กรอบแนวคิด CIPP Model

เช่นเดียวกับแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ข้อมูลที่ได้สามารถสะท้อนการประเมินระบบทั้งด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตได้อย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. แบบสอบถามประเมินผลระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

ใช้สำหรับเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวแทนครอบครัวหรือผู้ดูแล กลุ่มผู้นำระดับตำบล และกลุ่มผู้นำระดับอำเภอ จำนวน 28 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 การประเมินผลระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ครอบคลุมการประเมิน 4 ด้านตามกรอบ CIPP Model ได้แก่ 1) การประเมินด้านบริบท 2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า 3) การประเมินด้านกระบวนการ และ 4) การประเมินด้านผลผลิต ข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert Scale) (Best & Kahn, 1993) โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คือ เห็นด้วยน้อยที่สุดถึงเห็นด้วยมากที่สุด จากนั้นคำนวณค่าเฉลี่ยคะแนนเพื่อสรุประดับความคิดเห็นโดยรวม และแปลผลออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง ระดับควรปรับปรุง 2.34-3.66 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง ระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จำนวน 24 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตามแนวคิดของลิเคิร์ท โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คือ พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง พึงพอใจมากที่สุด และแปลผลคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับควรปรับปรุง ระดับปานกลาง และระดับดี ทั้งนี้ ความพึงพอใจถือเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินด้านผลผลิต (product evaluation)

4. แบบบันทึกภาคสนาม (field note) ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกปลายเปิดสำหรับบันทึกข้อมูลภาคสนามจากการสังเกต การสนทนากลุ่ม บริบทแวดล้อม และประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล เพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เครื่องมือวิจัยซึ่งเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางสาธารณสุข 1 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 1 ท่าน โดยตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของเนื้อหา จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขและคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือแต่ละฉบับ โดยมีคะแนนค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ของเครื่องมือแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการการสนทนากลุ่มและความพึงพอใจ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 โดยเกณฑ์ในการพิจารณาค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5

2. ค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทใกล้เคียงกันกับอำเภอครบุรี คือ ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 30 คน พื้นที่อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค โดยมีค่าความเที่ยงด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิตและความพึงพอใจต่อระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เท่ากับ 0.91, 0.85, 0.96, 0.88, 0.97 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าไม่น้อยกว่า 0.7 สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ภายใต้กรอบแนวคิดการประเมินแบบ CIPP Model ของ Stufflebeam (1971) ดำเนินการในพื้นที่อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ระหว่าง

เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตวิจัยผ่านหนังสือราชการจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และประสานงานกับโรงพยาบาลครบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผ่านผู้ประสานงานในพื้นที่ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ทั้งนี้การนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยดำเนินการล่วงหน้าตามความเหมาะสมของบริบทพื้นที่ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยเพียงผู้เดียวในทุกขั้นตอน ทั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่ทั้งผู้เก็บข้อมูลและผู้บันทึกภาคสนาม โดยคงบทบาทเชิงเป็นกลาง (neutral role) เพื่อลดอคติจากการตีความข้อมูลระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ และลงนามแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้นำระดับตำบล 2) กลุ่มตัวแทนครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด 3) กลุ่มผู้นำระดับอำเภอ

การสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้นำระดับตำบลดำเนินการตำบลละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60–90 นาที ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานที่ประชุมในชุมชนที่เหมาะสม ส่วนการสัมภาษณ์เชิงลึกดำเนินการกับตัวแทนครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย อย่างน้อยตำบลละ 2 ราย ใช้เวลาประมาณ 30–60 นาทีต่อราย ณ สถานที่ที่เป็นส่วนตัวและเอื้อต่อการเปิดเผยข้อมูล สำหรับกลุ่มผู้นำระดับอำเภอดำเนินการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30–60 นาทีต่อราย ณ สถานที่ปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการจนกว่าจะถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) โดยพิจารณาจากการไม่ปรากฏข้อมูลใหม่เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องในการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่มอย่างน้อย 2–3 ครั้งสุดท้าย (Guest et al., 2006) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (data triangulation) ระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และบันทึกภาคสนาม รวมทั้งใช้การตรวจสอบย้อนกลับ (audit trail) จากบันทึกการถอดเทปและรหัสข้อมูลที่จัดเก็บแยกจากข้อมูลระบุตัวตน ผู้วิจัยถอดเทปแบบคำต่อคำและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยตนเอง ใช้รหัสแทนผู้ให้ข้อมูล (de-identification coding) เพื่อรักษาความลับและลดความเสี่ยงในการระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การนำเสนอผลใช้รหัส เช่น “ผู้นำระดับอำเภอคนที่ 1”

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

ประกอบด้วยข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิด CIPP Model เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยในแต่ละด้านอย่างเป็นระบบ

1) ข้อมูลทุติยภูมิ เก็บรวบรวมจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ของโรงพยาบาลครบุรี ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงรายงานสถานการณ์ เอกสารนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และเอกสารระบบบริการที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ประกอบการประเมินด้านบริบท (context evaluation) เพื่ออธิบายความสอดคล้องของนโยบาย สถานการณ์ปัญหา และความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ในพื้นที่ศึกษา รวมทั้งใช้ประกอบการประเมินด้านผลผลิต (product evaluation) ได้แก่ อัตราการกลับมามีอาการกำเริบก่อความรุนแรง (relapse rate) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 120 วัน (readmission rate) และผลการติดตามบำบัดรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วย เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานของระบบดูแลผู้ป่วยในระดับอำเภอ

2) ข้อมูลปฐมภูมิ เก็บรวบรวมจากแบบสอบถามประเมินระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ซึ่งเก็บจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้นำระดับตำบล กลุ่มตัวแทนครอบครัวหรือผู้ดูแล และกลุ่มผู้นำระดับอำเภอ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกับการลงพื้นที่ภาคสนามของการวิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และความครบถ้วนของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การป้องกันการถูกตีตราในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว และขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาก่อนทำการเก็บข้อมูล เลขที่ HE-086-2567 รับรองเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและรายละเอียดการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ เปิดโอกาสให้ซักถามแสดงความจำนงในการให้ข้อมูลในการศึกษาด้วยความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยข้อมูลปฐมภูมิจากแบบสอบถาม และข้อมูลทุติยภูมิจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดของโรงพยาบาลครบุรี รวมถึงรายงานสถิติ และตัวชี้วัดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ข้อมูลทุติยภูมิถูกกำหนดไว้ตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบการวิจัยและเป็นส่วนหนึ่งของแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลภายใต้กรอบแนวคิด CIPP Model โดยดำเนินการเก็บร่วมกับข้อมูลปฐมภูมิผ่านแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ (document extraction form) ซึ่งใช้สกัดข้อมูลจากเวชระเบียนและเอกสารระบบบริการ การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลและระดับการดำเนินงานของระบบบริการ ภายใต้การวิจัยประเมินผล (evaluation research) ตามกรอบ CIPP Model ซึ่งมุ่งเน้นการอธิบายบริบท กระบวนการ และผลลัพธ์มากกว่าการทดสอบสมมติฐาน สำหรับตัวชี้วัดเชิงระบบ เช่น relapse และ remission ใช้นิยามตามมาตรฐานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และคำนวณเป็นอัตราอุบัติการณ์ (incidence rate) หรือเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานของระบบบริการอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยถอดเทปแบบคำต่อคำ และตรวจสอบความถูกต้องก่อนเข้าสู่การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ดำเนินการ coding และจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามกรอบแนวคิด CIPP Model เพื่ออธิบายความหมายเชิงลึกของปรากฏการณ์ในระบบบริการ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา ใช้วิธีตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (data triangulation) ตามแนวคิดของ Denzin (1970) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ช่วงเวลา และบริบทพื้นที่ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องหรือความแตกต่างของข้อมูล จากนั้นจึงสังเคราะห์เป็นประเด็นเชิงพรรณนา (descriptive thematic synthesis) และนำผลไปสนับสนุนการตีความข้อมูลเชิงปริมาณในรูปแบบการบูรณาการผล (integrated mixed-methods interpretation) ภายใต้กรอบ CIPP Model เพื่อให้การประเมินระบบมีความครบถ้วนในทุกมิติ

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินบริบท

1.1 บริบททั่วไปของพื้นที่ อำเภอครบุรีตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดนครราชสีมาห่างจากตัวจังหวัด 58 กิโลเมตร พื้นที่ 1,784 ตารางกิโลเมตรหรือประมาณ 1,115,000 ไร่ แบ่งการปกครอง 12 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลแชะ ตำบลบ้านใหม่ ตำบลเฉลียง ตำบลโคกกระชาย ตำบลครบุรี ตำบลจระเข้หิน ตำบลอรพิมพ์ ตำบลมาบตะโกเอน ตำบลลำเพียก ตำบลสระว่านพระยา ตำบลตะแบกบานและตำบลครบุรีใต้

1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล

1.2.1 กลุ่มผู้นำระดับอำเภอ จำนวน 11 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.70 อายุเฉลี่ย 44.36 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 45.50 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 36.40 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 63.60 ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ค่าเฉลี่ย 11.09 ปี แบ่งกลุ่มประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ 5-10 ปี ร้อยละ 45.50

1.2.2 กลุ่มผู้นำระดับตำบล จำนวน 108 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.80 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.57 ปี อยู่ในกลุ่มอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 42.60 ผู้นำระดับตำบลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 38.00 กำนันผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 16.60 ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ร้อยละ 15.70 พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 12.10 เจ้าหน้าที่เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 7.50 หัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 6.50 ผู้บริหารเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 1.90 แพทย์ประจำตำบล ร้อยละ 0.90 และตำรวจสายตรวจประจำตำบล ร้อยละ 0.90

1.2.3 กลุ่มตัวแทนครอบครัวหรือผู้ดูแล จำนวน 24 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.70 อายุผู้ดูแลเฉลี่ยเท่ากับ 56.96 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 41.70 อายุของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเฉลี่ยเท่ากับ 34.83 ปี ต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 55 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 41.70 ชนิดของการใช้สารเสพติดหลักของผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า ร้อยละ 45.80 ใช้สารเสพติดมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 41.70 กัญชา ร้อยละ 4.20 กระท่อม ร้อยละ 4.20 และสุรา ร้อยละ 4.20 การดูแลผู้ป่วย (นับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มอาการเจ็บป่วย) ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 7.92 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 21 ปี การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 37.50 ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.30 อาชีพของผู้ดูแลส่วนใหญ่เกษตรกร ร้อยละ 54.20 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดามารดา ร้อยละ 66.70

ตารางที่ 1

ผลประเมินระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ในชุมชน อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต

ด้านการประเมิน	รวมทุกกลุ่ม (n=143) Mean ± SD	กลุ่มผู้นำระดับอำเภอ (n=11) Mean ± SD	กลุ่มผู้นำระดับตำบล (n=108) Mean ± SD	กลุ่มผู้ดูแลและญาติ (n=24) Mean ± SD
ด้านบริบท (Context)	3.83 ± 0.53 (ดี)	4.00 ± 0.41 (ดี)	3.82 ± 0.52 (ดี)	3.77 ± 0.61 (ดี)
ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	3.44 ± 1.06 (ปานกลาง)	3.38 ± 0.80 (ปานกลาง)	3.45 ± 1.03 (ปานกลาง)	3.42 ± 1.23 (ปานกลาง)
ด้านกระบวนการ (Process)	3.67 ± 1.03 (ดี)	3.67 ± 0.96 (ดี)	3.68 ± 0.97 (ดี)	3.61 ± 1.19 (ดี)
ด้านผลผลิต (Product)	3.71 ± 0.97 (ดี)	3.53 ± 1.04 (ปานกลาง)	3.60 ± 0.93 (ปานกลาง)	4.29 ± 0.89 (ดี)

หมายเหตุ: การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งระดับ ดังนี้ 1.00-2.33 = ปรับปรุง, 2.34-3.66 =ปานกลาง, 3.67-5.00 = ดี

1.3 ผลการประเมินบริบท พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับดี (*M* = 3.83, *SD* = 0.53) คะแนนสูงสุด คือความจำเป็นในการจัดตั้งเครือข่ายจิตเวชฉุกเฉินให้มีกระบวนการการทำงานที่เหมาะสมเป็นขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติชัดเจนในทิศทางเดียวกัน (*M* = 4.03, *SD* = 0.93) คะแนนต่ำสุด คือระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชนมีการดำเนินงานครอบคลุมทุกพื้นที่อำเภอครบุรีและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบในปัจจุบัน (*M* = 3.62, *SD* = 1.01) รายด้าน พบว่า ความสอดคล้องตามนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชนของจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับดี (*M* = 3.86, *SD* = 0.97) ความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี (*M* = 4.03, *SD* = 0.93) ความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงระดับชุมชนอยู่ในระดับดี (*M* = 3.74, *SD* = 0.99) เมื่อแยกตามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มผู้นำระดับอำเภออยู่ในระดับดี (*M* = 4.00, *SD* = 0.41) กลุ่มผู้นำระดับตำบลอยู่ในระดับดี (*M* = 3.82, *SD* = 0.52) และกลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลอยู่ในระดับดี (*M* = 3.77, *SD* = 0.61) และผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม พบว่า

1.3.1 การประเมินความสอดคล้องตามนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชนของจังหวัดนครราชสีมา พบว่า นโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานด้านสุขภาพจิตมีทิศทางที่ชัดเจนและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านการป้องกัน บำบัดรักษา และดูแลต่อเนื่อง เพื่อลดอาการทางจิตกำเริบ การก่อความรุนแรง และการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวังและติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลทั้งระดับตำบลและอำเภอให้ข้อมูลว่า “แม้นโยบายจะมีความชัดเจนในด้านแนวทางและเป้าหมาย แต่เมื่อถ่ายทอดสู่ระดับพื้นที่ยังพบข้อจำกัดด้านการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้การดำเนินงานไม่ทั่วถึงและขาดความต่อเนื่อง” โดยข้อจำกัดดังกล่าวเกี่ยวข้องกับความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพของบุคลากร งบประมาณสนับสนุน ความพร้อมของภาคีเครือข่าย ลักษณะภูมิศาสตร์ที่ทำให้เข้าถึงผู้ป่วยได้ยาก ตลอดจนความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนในการติดตามดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การดำเนินงานในบางพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้นโยบายระดับจังหวัดจะมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ แต่การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติยังจำเป็นต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทในแต่ละชุมชน ดังนั้นจึงควรสนับสนุนกลไกการดำเนินงานระดับพื้นที่ให้สามารถประยุกต์ใช้แนวทางตามนโยบายได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง รวมทั้งเสริมสร้างศักยภาพของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงเกิดประสิทธิภาพ ความต่อเนื่อง และความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

1.3.2 ความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการสุขภาพ พบว่า บุคลากรในสถานบริการสุขภาพระดับอำเภอและระดับตำบลตระหนักถึงความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย ในชุมชน สถานบริการสุขภาพเป็นหน่วยงานแรกที่รับมือและมีข้อจำกัด เช่น บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดการอบรมจิตเวชฉุกเฉินและไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาระงานมากไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง การติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นภาระของเจ้าหน้าที่ไม่กี่คนและขาดระบบสนับสนุนทางจิตสังคมในพื้นที่ เช่น กลุ่มช่วยเหลือผู้ดูแลหรือเครือข่ายฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบบริการให้สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

1.3.3 ความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในระดับชุมชนพบว่า ชุมชนตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

สร้างความหวาดกลัวและความเครียด ตีตราผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือครอบครัวขาดทักษะในการดูแล ไม่มีระบบสนับสนุนจากภายนอก เป็นโรคเรื้อรังซึ่งภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง บำบัดรักษาไม่ต่อเนื่องและกลับมาเสพสารเสพติดซ้ำ ผู้นำระดับชุมชนเห็นว่ามีความจำเป็นในการสร้างระบบดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน มีการจัดอบรมให้ความรู้กับผู้ดูแล ครอบครัว อสม. และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมีทีมจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน เสนอให้มีระบบการประสานงานที่ชัดเจนต่อเนื่องระหว่าง รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและลดภาระให้ผู้ดูแลและครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพระหว่างระดับสถานบริการสุขภาพ และระดับชุมชน พบทั้งความเหมือนและความแตกต่างที่สำคัญ โดยความเหมือนกันสะท้อนว่า ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงมีความซับซ้อนสูง มีความเสี่ยงต่อการกำเริบของอาการและการใช้สารเสพติดซ้ำ อีกทั้งระบบการดูแลยังขาดความต่อเนื่อง (continuity of care) และขาดการสนับสนุนเชิงระบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้การดูแลต้องอาศัยการประสานงานหลายภาคส่วนร่วมกัน อย่างไรก็ตามความแตกต่างพบว่า ระดับสถานบริการสุขภาพเน้นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบบริการ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง การไม่มีแนวทางปฏิบัติมาตรฐานด้านจิตเวชฉุกเฉิน ภาระงานที่สูง และข้อจำกัดด้านการติดตามหลังจำหน่าย ขณะที่ระดับชุมชนเน้นมิติทางสังคมและครอบครัว ได้แก่ การขาดทักษะของผู้ดูแล การตีตราทางสังคม (stigma) การขาดเครือข่ายสนับสนุน และภาระการดูแลที่ตกอยู่กับครอบครัวเป็นหลัก ดังนั้นผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าปัญหาดังกล่าวมีลักษณะเป็นปัญหาหลายระดับ (multi-level problem) ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลแบบบูรณาการทั้งในระดับบริการสุขภาพและระดับชุมชนควบคู่กันเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและลดความเสี่ยงของการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำอย่างยั่งยืน

2. ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า

ผลการประเมินพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.44, SD = 1.06) คะแนนสูงสุดคือบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจิตเวชและยาเสพติดในพื้นที่มีความพร้อมในการคัดกรอง การดูแล เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย การเข้าระงับเหตุจิตเวชฉุกเฉินเบื้องต้น การจำกัดพฤติกรรมและสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาลครบุรี โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา และโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบำบัดฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสมตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ (M = 3.85, SD = 0.97) ค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุด ในเรื่องมีการสนับสนุนและจัดสรรทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ ยานพาหนะ ยาหรือเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น ไม้ง่าม ชุดตรวจหาสารเสพติดปัสสาวะ อุปกรณ์ระงับเหตุ ปืนไฟฟ้า โล่ เป็นต้น เพียงพอต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (M = 3.24, SD = 1.22) แยกรายด้าน พบว่า ด้านการจัดการมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด (M = 3.68, SD = 1.01) ด้านบุคลากร (M = 3.56, SD = 0.98) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (M = 3.24, SD = 1.22) และด้านงบประมาณ (M = 2.90, SD = 1.15) วิเคราะห์ข้อมูลแยกตามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มผู้นำระดับอำเภออยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.38, SD = 0.80) กลุ่มผู้นำระดับตำบลอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.45, SD = 1.03) และกลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.42, SD = 1.23) ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม พบว่า

2.1 ด้านบุคลากร การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับตำบลมีข้อจำกัดด้านกำลังคน โดยพึ่งพาบุคลากรจาก รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชน ซึ่งมีภาระงานสูง ขณะที่ยังขาดบุคลากรเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชฉุกเฉิน ส่งผลให้สมรรถนะและความมั่นใจในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ อีกทั้งการดำเนินงานยังขาดมาตรฐานทางวิชาชีพ มักอาศัยประสบการณ์มากกว่าคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ ส่งผลต่อคุณภาพและความต่อเนื่องในการดูแล โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อความรุนแรงที่ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพเฉพาะทาง

นอกจากนี้การเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญยังมีข้อจำกัด ทำให้ต้องพึ่งพาโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งผลให้การตอบสนองในภาวะฉุกเฉินอาจล่าช้า จึงควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องผ่านการอบรมด้านการประเมินอาการทางจิต การสื่อสารเชิงบวก การลดอคติ และการทำงานเป็นทีม ควบคู่กับการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน เพื่อลดความซ้ำซ้อน ทั้งนี้ ควรมีการสร้างแรงจูงใจ เช่น ค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในวิชาชีพ และการยกย่องเชิดชู เพื่อเสริมสร้างขวัญกำลังใจและความยั่งยืนในการปฏิบัติงาน

2.2 ด้านงบประมาณ ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานในระดับตำบลและชุมชนยังเผชิญข้อจำกัดด้านงบประมาณอย่างชัดเจน โดยงบประมาณไม่ได้ถูกจัดสรรเฉพาะสำหรับงานด้านสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช แต่กระจายจากงบประมาณงานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุมโรค หรือกองทุนฉุกเฉิน ส่งผลให้ไม่เพียงพอต่อกิจกรรมที่จำเป็น เช่น การเยี่ยมบ้าน การติดตามอาการ และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน นอกจากนี้กระบวนการของบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีข้อจำกัดด้านระเบียบ ขั้นตอน และข้อกำหนดทางวิชาการ โดยเฉพาะการขาดรหัสงบประมาณเฉพาะ ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนความจำเป็นเร่งด่วน และการขาดแผนบูรณาการร่วมระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ส่งผลให้บางกรณีไม่สามารถเบิกจ่ายได้ทันเวลา หรือไม่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่อย่างแท้จริง ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า “ควรมีการกำหนดกรอบงบประมาณเฉพาะด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดในระดับพื้นที่อย่างชัดเจน” ทั้งจากระดับจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมพัฒนาแผนงานเชิงหลักฐาน (evidence-based plan) เพื่อประกอบการจัดสรรงบประมาณ ส่งเสริมความร่วมมือเชิงนโยบายระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและอปท. เพื่อให้การสนับสนุนงบประมาณมีความยืดหยุ่น เหมาะสม ตอบสนองต่อปัญหาจิตเวชและยาเสพติดในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.3 ด้านวัสดุอุปกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ระบบบริการระดับชุมชนยังมีข้อจำกัดด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ขาดแคลนอุปกรณ์และเครื่องมือเฉพาะทางสำหรับการประเมินอาการทางจิตและการดูแลเบื้องต้นในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ส่งผลให้ศักยภาพในการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงยังไม่เพียงพอ ผู้ปฏิบัติงานสะท้อนว่า “อุปกรณ์ที่มีอยู่ไม่สามารถรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ” ผู้ให้ข้อมูลระดับอำเภอเสนอว่า “ควรมีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น พร้อมกำหนดแนวทางมาตรฐานกลางในการคัดเลือกอุปกรณ์และเทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งส่งเสริมการบูรณาการทรัพยากรร่วมระหว่างโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรและความยั่งยืนของระบบบริการในระดับพื้นที่” สะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ให้มีความเพียงพอได้มาตรฐาน และสอดคล้องกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในระดับชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

2.4 ด้านการจัดการ ในระดับพื้นที่ยังขาดความเป็นระบบและขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน แม้จะมีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน แต่ขาดโครงสร้างการบริหารจัดการที่ชัดเจนส่งผลให้การทำงานร่วมกันยังเป็นลักษณะเฉพาะกิจ ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสถานการณ์มากกว่าจะเป็นระบบที่มีแผนงานและบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ การจัดการกรณีฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วยคุ้มคลั่งก้าวร้าว ขาดแผนรับมือการตอบสนองเหตุล่าช้า หรือเกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วย ประชาชนและผู้ปฏิบัติงาน การจัดการข้อมูลไม่เป็นระบบเดียวกัน บางพื้นที่ไม่มีการจัดเก็บประวัติหรือการวางแผนดูแลต่อเนื่อง ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า “ควรมีการกำหนดนโยบายการจัดการในระดับพื้นที่อย่างชัดเจนโดยเฉพาะการแต่งตั้งทีมจิตเวชฉุกเฉินระดับตำบล กำหนดแผนดำเนินงานประจำปี มีระบบรายงานผลที่ชัดเจนและเชื่อมโยงข้อมูลกันระหว่างหน่วยงานโดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้

พัฒนาแผนเผชิญเหตุจิตเวชฉุกเฉินร่วมกับชุมชนและมีระบบข้อมูลการดูแลผู้ป่วย มีผู้รับผิดชอบฐานข้อมูลหลักและสามารถดึงข้อมูลมาใช้เป็นปัจจุบันได้” เพื่อให้สามารถดูแลติดตามผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงการก่อเหตุซ้ำในชุมชน

3. ผลการประเมินกระบวนการ

ผลการประเมิน พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดี (*M* = 3.67, *SD* = 1.03) มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุดเรื่องมีระบบการขอคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง/จิตแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน อาการทางจิตก้าวร้าวรุนแรง มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทางอย่างเหมาะสมเมื่อเกินศักยภาพในการดูแลรักษา (*M* = 3.98, *SD* = 0.92) ค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดในเรื่องกระบวนการค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ค้นหาคัดกรอง ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดและผู้มีอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเพื่อเข้ารับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่มีอาการเจ็บป่วย (*M* = 3.30, *SD* = 1.28) ผลการประเมินรายขั้นตอน พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินจนไปถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทางที่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด (*M* = 3.76, *SD* = 0.97) รองลงมาคือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงหลังการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (*M* = 3.59, *SD* = 1.09) และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงและนำส่งผู้ป่วยช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล (*M* = 3.55, *SD* = 1.05) ตามลำดับ เมื่อแยกตามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มผู้นำระดับอำเภอผลการประเมินอยู่ในระดับดี (*M* = 3.67, *SD* = 0.96) กลุ่มผู้นำระดับตำบลผลการประเมินอยู่ในระดับดี (*M* = 3.68, *SD* = 0.97) และกลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลผลการประเมินอยู่ในระดับดี (*M* = 3.61, *SD* = 1.19) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม พบว่า

3.1 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงและนำส่งผู้ป่วยช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลยังเป็นช่วงที่มีความเปราะบางของระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากยังขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบและชัดเจนในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชและพฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจำนวนมากถูกนำส่งเมื่ออาการรุนแรงแล้ว ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการรักษาและเพิ่มความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในหลายพื้นที่ยังไม่มีแนวทางมาตรฐานหรือคู่มือในการประเมินอาการเบื้องต้น การประสานงาน และการส่งต่อผู้ป่วยในระยะ pre-hospital การดำเนินงานจึงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจและประสบการณ์ของบุคลากรในพื้นที่ ซึ่งยังมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ทางสุขภาพจิต ส่งผลให้บางกรณีมีการจัดการที่ไม่เหมาะสม เช่น การควบคุมตัวหรือใช้ความรุนแรงในการระงับเหตุ แม้บางพื้นที่จะมีการจัดตั้งทีมจิตเวชฉุกเฉินและการซักซ้อมการส่งต่อร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และขาดกลไกสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านงบประมาณ ยานพาหนะ และทรัพยากรสนับสนุน รวมถึงข้อจำกัดด้านการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม โดยเสริมสร้างศักยภาพครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชนในการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น พัฒนาทีมจิตเวชฉุกเฉินที่มีความพร้อมด้านทรัพยากร และจัดระบบการประสานงานและการส่งต่อที่มีความต่อเนื่องระหว่างชุมชนและสถานบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ลดความเสี่ยงต่อความรุนแรง และยกระดับความปลอดภัยของระบบบริการโดยรวม

3.2 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาล (In-hospital care) ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจนไปถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทางที่เหมาะสม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในโรงพยาบาลมีระบบบริการที่เป็นโครงสร้างชัดเจน ครอบคลุมตั้งแต่การรับผู้ป่วยฉุกเฉิน การดูแลรักษาในโรงพยาบาล และการส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพเหมาะสม ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถ

รองรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้ในระดับหนึ่ง โดยมีการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เช่น Over Aggression Scale (OAS) ร่วมกับการประเมินสภาพจิตเบื้องต้น อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดด้านความพร้อมของอุปกรณ์ สมรรถนะบุคลากร และความมั่นใจในการปฏิบัติงานในสถานการณ์ฉุกเฉิน การดูแลในโรงพยาบาลประกอบด้วย การรักษาทางการแพทย์ การใช้ยา การประเมินสุขภาพจิต และการดำเนินงานแบบสหวิชาชีพร่วมกัน แม้ในโรงพยาบาลชุมชนไม่มีจิตแพทย์ประจำสามารถใช้ระบบปรึกษาทางไกลและการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ตามเครือข่ายบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดด้านศักยภาพเตียงผู้ป่วย ขาดหอผู้ป่วยเฉพาะทางจิตเวชและสารเสพติด และข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก การส่งต่อผู้ป่วยยังเผชิญข้อจำกัดด้านความล่าช้าในการสื่อสารข้อมูล ความไม่เพียงพอของบุคลากร และทรัพยากรในการนำส่ง ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบส่งต่อโดยรวม ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า “ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชและสารเสพติด การใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐาน และพัฒนาระบบส่งต่อที่รวดเร็ว ปลอดภัยและได้มาตรฐาน เสริมสร้างระบบเครือข่ายบริการสุขภาพและการสนับสนุนทรัพยากรที่เหมาะสม” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ลดความเสี่ยง และป้องกันการเกิดเหตุซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

3.3 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงหลังการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (post-treatment care) การดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่ายยังสะท้อนการขาดระบบที่เป็นรูปธรรมและต่อเนื่องของการดูแลในระยะยาว โดยยังไม่ปรากฏโครงสร้างการบริการที่เป็นมาตรฐานรองรับการดูแลหลังจำหน่ายอย่างชัดเจนในระดับพื้นที่ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่สะท้อนว่า “แม้จะมีการวางแผนร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ดูแลก่อนจำหน่าย แต่เมื่อผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชน การติดตามและการฟื้นฟูในระยะยาวไม่เป็นไปตามแผน เนื่องจากครอบครัวขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยและไม่มีระบบสนับสนุนจากชุมชน” ขณะที่เจ้าหน้าที่ระดับตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลไกหลักในการติดตามผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “การติดตามหลังจำหน่ายมักดำเนินการเฉพาะรายที่มีประวัติความรุนแรงหรือได้รับการแจ้งเตือนจากชุมชน การเยี่ยมบ้านในหลายพื้นที่ยังไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากภาระงานของเจ้าหน้าที่สูง ขาดงบประมาณสนับสนุน และไม่มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างเป็นระบบ” นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนว่าครอบครัวผู้ดูแลเผชิญภาวะเครียดและความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตไม่คงที่ ประกอบกับการขาดแหล่งให้คำปรึกษาและแนวทางจัดการภาวะจิตเวชฉุกเฉิน ส่งผลให้บางครอบครัวเลือกปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง และมีแนวโน้มกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำโดยไม่เข้าสู่ระบบการติดตาม ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุรุนแรงในชุมชน และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสุขภาพจิตและการกลับคืนสู่สังคมอย่างเหมาะสม แม้ว่าบางพื้นที่จะมีการจัดตั้ง “ทีมจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน” แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกตำบล อีกทั้งยังขาดฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำคัญของการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า “ควรพัฒนาระบบความต่อเนื่องของการดูแล (continuity of care system) ที่เชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม เน้นการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน กำหนดบทบาทเครือข่ายระดับพื้นที่ชัดเจน สนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณที่เพียงพอ ตลอดจนการเสริมศักยภาพครอบครัวและชุมชน” เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ลดการกำเริบของอาการทางจิต ลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และส่งเสริมความยั่งยืนของผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว

4. ผลการประเมินผลผลิต

ผลการประเมินจากข้อมูลทุติยภูมิ ข้อมูลผลการดำเนินงานตามเป้าหมายและตัวชี้วัดของหน่วยงานระดับอำเภอคือโรงพยาบาลครบุรี ที่สอดคล้องกับการดำเนินงานของสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า บรรลุเป้าหมาย 2 ตัวชี้วัดจาก 3 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 66.67 และไม่บรรลุเป้าหมาย 1 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 33.33 มีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายและตัวชี้วัดของหน่วยงานระดับอำเภอ จำนวน 3 ตัวชี้วัด 1) ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงมีอาการกำเริบก่อความรุนแรง (relapse rate) เป้าหมาย < ร้อยละ 10 ผลการดำเนินงานร้อยละ 50.68 เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 4.35 ร้อยละ 13.33 และร้อยละ 50.68 2) ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงกลับไปรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลครบุรีภายใน 120 วัน เป้าหมาย < ร้อยละ 10 ผลการดำเนินงานร้อยละ 10.96 เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 4.35, 13.33 และ 10.96 3) ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงประเมินบำบัดรักษาและติดตามต่อเนื่อง 1 ปี เป้าหมายร้อยละ 60 ผลการดำเนินงานร้อยละ 95.90 เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 74.19, 82.22 และ 95.90 เมื่อนำข้อมูลตัวชี้วัดมาวิเคราะห์ในภาพรวมการดำเนินงานสามารถมองได้ทั้ง “ผลลัพธ์เชิงตัวชี้วัด” และ “ความสัมพันธ์ของระบบบริการฯ” การติดตามต่อเนื่องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจน แสดงให้เห็นว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนเห็นถึงความสำคัญในการติดตาม ทำให้ระบบบริการสามารถเข้าถึงและติดตามผู้ป่วยได้ดีขึ้น แต่ยังพบว่า relapse rate แนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัญหาจึงอาจไม่ได้อยู่ที่การเข้าถึงบริการแต่เป็น “คุณภาพหรือประสิทธิผลของการรักษา” เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังหรือสมองติดยา บางรายมีโรคร่วมทางจิตเวชส่งผลให้ต้องใช้ระยะเวลาการรักษานานและมีภาระในการดูแลสูง ประกอบกับปัจจัยทางครอบครัว สังคมและพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การกลับเข้าสู่สภาพแวดล้อมเดิม เสพสารเสพติดซ้ำ/ใช้สารอื่นทดแทน ขาดการเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้สารเสพติดระยะยาว รับประทานยาและรักษาไม่ต่อเนื่อง อาจเป็นปัจจัยหลักหรือปัจจัยกระตุ้นทำให้อาการกำเริบรุนแรงซ้ำได้

4.2 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.62, SD = 1.03) ค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุดเรื่องความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาล (M = 3.99, SD = 0.91) ค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดเรื่องได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพียงพอต่อการปฏิบัติงานจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (M = 3.06, SD = 1.19) วิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้รับบริการไม่พึงพอใจในระบบบำบัด เนื่องจากคิดว่าใช้ระยะเวลานานในการบำบัด สถานที่ให้บริการแคบและอาจใช้เวลาในการรอคอยนาน ผู้ให้บริการไม่พึงพอใจด้านงบประมาณซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจแยกตามกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มผู้นำระดับอำเภออยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.59, SD = 0.81) กลุ่มผู้นำระดับตำบลอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.60, SD = 0.97) และกลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลอยู่ในระดับดี (M = 3.75, SD = 1.25)

4.3 ผลการประเมินผลผลิต พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับดี (M = 3.71, SD = 0.97) ค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุดในเรื่องระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชนหรือแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจนตั้งแต่ระดับชุมชนถึงโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ได้รวดเร็วและเพิ่มมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล ชุมชนและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน (M = 3.87, SD = 0.98) ค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดเรื่องผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาตามมาตรฐาน มีอาการกำเริบ

ก่อความรุนแรงลดลง (*M* = 3.56, *SD* = 1.11) เมื่อแยกตามกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มผู้นำระดับอำเภอผลอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.53, *SD* = 1.04) กลุ่มผู้นำระดับตำบลผลอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.60, *SD* = 0.93) และกลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลมีผลอยู่ในระดับดี (*M* = 4.29, *SD* = 0.89) ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มสะท้อนว่า แม้ระบบการดูแลในพื้นที่จะมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นทั้งด้านการประสานงาน การวางแผนร่วมกับครอบครัว และเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล แต่ผลลัพธ์โดยรวมยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากการดูแลยังขาดความต่อเนื่องและการส่งต่อข้อมูล ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการกำเริบ ความรุนแรง หรือกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ทั้งนี้การขาดระบบติดตามหลังจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดเหตุซ้ำ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า “หากไม่มีการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุรุนแรงซ้ำ” อย่างไรก็ตามอัตราการรักษาต่อเนื่องมีแนวโน้มดีในกลุ่มที่ครอบครัวให้ความร่วมมือสูง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มี รพ.สต. เข้มแข็งและระบบเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้และได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ขณะที่โรงพยาบาลมีบทบาทในการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการจัดการพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล ด้านความพึงพอใจต่อระบบบริการ พบว่าอยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดยสูงในพื้นที่ที่มีเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ขณะที่พื้นที่ที่ขาดการสนับสนุนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากครอบครัวรับรู้ภาระการดูแลโดยไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ โดยสรุปภาพรวมการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ในจังหวัดนครราชสีมา มีความเข้มแข็งด้านนโยบายและบริบท แต่ยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร การประสานงาน และระบบติดตามต่อเนื่อง ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านการป้องกันการกำเริบและการใช้สารเสพติดซ้ำยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ดังนั้นควรพัฒนาการบูรณาการทรัพยากรและการจัดการรายกรณีเชิงรุกในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ได้อภิปรายผลโดยจำแนกตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ การประเมินบริบท การประเมินปัจจัยนำเข้า การประเมินกระบวนการ และการประเมินผลผลิต ดังนี้

ผลการประเมินบริบท พบว่า บริบทโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากทุกภาคส่วนมีความตระหนักต่อความซับซ้อนของปัญหาผู้ป่วย SMI-V และมีนโยบายระดับจังหวัดที่ชัดเจนในการป้องกันและบำบัดรักษาเพื่อลดการเสพซ้ำ อย่างไรก็ตาม การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติยังพบข้อจำกัดเรื่องความทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่การเข้าถึงบริการยังยากลำบาก ประกอบกับปัจจัยทางสังคม เช่น การตีตราผู้ป่วยและทัศนคติเชิงลบของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ วชิรดิลก (2565) ที่ระบุว่าการที่ผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตเข้าไม่ถึงระบบการรักษาที่เหมาะสมเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งด้านกฎหมาย นโยบาย ทักษะของบุคลากร และระบบบริการที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะโรค รวมถึงการขาดความรู้เรื่องสัญญาณเตือนและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของญาติและชุมชน ดังนั้นการพัฒนาแผนการดำเนินงานในระดับพื้นที่จึงต้องมุ่งเน้นการลดอคติควบคู่ไปกับการออกแบบระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบททางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรมเพื่อประสิทธิภาพที่ยั่งยืน

ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง และเป็นส่วนที่ควรเร่งพัฒนา เนื่องจากยังขาดแคลนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ระงับเหตุ และชุดตรวจสารเสพติดที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานจริง อีกทั้งยังประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางที่มีทักษะด้านจิตเวชฉุกเฉินในระดับตำบล ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความมั่นใจและมีภาระงานล้นมือ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ วริยา จันทร์ขำ (2559) ที่เน้น

ความสำคัญของการสร้างทีมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้มีความเชี่ยวชาญด้านการคัดกรองและการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพจิตตามบริบทของชุมชน ดังนั้นการสร้างกลไกการบริหารจัดการที่ชัดเจนผ่านทีมสหวิชาชีพและการสนับสนุนทรัพยากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ ครอบครัวและผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ลดภาระการดูแล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามศักยภาพ

ผลการประเมินกระบวนการ พบว่า อยู่ในระดับดี โดยระบบการดูแลในโรงพยาบาลมีความชัดเจนและมีเครื่องมือสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ แต่ยังคงมีช่องว่างสำคัญในระยะก่อนเกิดเหตุ (pre-treatment) และหลังจำหน่าย (post-treatment) ที่ขาดความชัดเจนและการมีส่วนร่วมจากชุมชนอย่างแท้จริง โดยเฉพาะแผนรับมือในระดับพื้นที่ การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง และการทำงานขึ้นอยู่กับประสบการณ์ส่วนบุคคลมากกว่าระบบที่มีโครงสร้างถาวร แม้จะมีการใช้โมเดลในการดูแลผู้ป่วยในบางพื้นที่ เช่น ระบบ 2ย1ส (ยา ญาติ สารเสพติด) และสัญญาณเตือน 5 ธงแดง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สุภาพร จันทร์สาม (2565) ที่ระบุว่า การสร้างระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อต้องอาศัยการวิเคราะห์ปัญหาและการสื่อสารที่เชื่อมโยงทุกระดับตั้งแต่ชุมชนจนถึงโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับมงคล ศิริเทพทวี และคณะ (2561) และพรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ (2564) ที่ยืนยันว่าระบบการดูแลต่อเนื่องและการแพทย์ฉุกเฉินจิตเวชแบบบูรณาการ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น ลดอัตราการเกิดอาการกำเริบซ้ำและสร้างความปลอดภัยให้แก่ทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญ

ผลการประเมินผลผลิต พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยโดดเด่นในด้านการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว แต่ยังมีประเด็นท้าทายสำคัญ คือ อัตราการกลับเป็นซ้ำ (relapse rate) ที่สูงถึงร้อยละ 50.68 และอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (readmission rate) ร้อยละ 10.96 ซึ่งเกินค่าเป้าหมาย สะท้อนถึงปัญหาด้านประสิทธิผลของการรักษาและความไม่พร้อมของครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ (2563) และวรวรรณ จุฑา และคณะ (2566) ที่ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงนี้จำเป็นต้องมีระบบติดตามเชิงรุกและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างเป็นระบบเพื่อลดการกำเริบก่อความรุนแรงและเสพสารเสพติดซ้ำ แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความพึงพอใจต่อระบบบริการในโรงพยาบาลระดับมาก (M = 3.99) แต่กลับมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนงบประมาณในระดับต่ำสุด (M = 3.06) เนื่องด้วยทรัพยากรและบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นข้อเสนอแนะสำคัญคือการพัฒนา "ประสิทธิภาพการดูแล" (care efficiency) ทั้งในเชิงผลลัพธ์ กระบวนการ และทรัพยากร โดยเน้นการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน การใช้หลัก 2ย1ส (ยา/ญาติ/สารเสพติด) และโปรแกรมป้องกันการเสพซ้ำ (relapse prevention) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขัติยา แก้วสมบัติ และคณะ (2567) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ย้ำถึงความสำคัญของการเสริมพลังครอบครัวและชุมชน (community-based care) เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในระยะยาวอย่างยั่งยืน

ข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผลการศึกษาพบแนวปฏิบัติที่ดี (best practice) พื้นที่ตำบลบ้านใหม่ คือ “บ้านใหม่โมเดล” ซึ่งเป็นรูปแบบการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชน เน้นกลไกชุมชนในบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายชุมชน แนวปฏิบัติสำคัญประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและผู้ดูแลในการเฝ้าระวังและจัดการภาวะฉุกเฉิน มีระบบเฝ้าระวังเชิงรุก (early warning system) จัดตั้งทีมจิตเวชฉุกเฉินระดับตำบลเพื่อสนับสนุนการตอบสนองเหตุเร่งด่วนและระบบส่งต่อไร้รอยต่อ (referral system) ซึ่งส่งผลให้การติดตามผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความเสี่ยงการกำเริบของอาการทางจิต การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และลด stigma ในชุมชน นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบการขยายผลไปยังพื้นที่ตำบลลำเพียกผ่าน “โครงการ

อบรมผู้นำเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในหมู่บ้านชุมชนตำบลลำเพียก” ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 3 และได้รับการพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดเชิงระบบ (conceptual framework) สำหรับการดูแลผู้ป่วยโดยบูรณาการกลไกชุมชน ระบบบริการ และความต่อเนื่องของการดูแล เพื่อมุ่งลดการกำเริบซ้ำและการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ เชื่อมโยงกับการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการภายใต้กรอบประเด็น 4+1+1 (สุขภาพจิตและยาเสพติด)

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่อำเภอครบุรีเพียงแห่งเดียว ผลการวิจัยอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกันได้โดยตรง

2. กลุ่มตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาเป็นกลุ่มที่ยินยอมให้ข้อมูล อาจไม่ครอบคลุมครอบครัวที่ปฏิเสธการมีส่วนร่วมหรือมีประสบการณ์เชิงลบกับระบบบริการฯ

3. การเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียว (cross-sectional) ทำให้ไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของระบบตามเวลาได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริบท ควรขับเคลื่อนนโยบายผ่านกลไก พชอ. และ พชต. อย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการงานป้องกัน บำบัด และปราบปรามยาเสพติด และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนตามแนวทาง “ประชารัฐ” เพื่อให้เกิดความร่วมมือและความยั่งยืน

2. ด้านปัจจัยนำเข้า ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการประเมินและการสื่อสารเชิงบวก จัดสรรงบประมาณร่วมระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและ อปท. พร้อมจัดตั้งทีมสหวิชาชีพระดับตำบลและพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงและเข้าถึงได้

3. ด้านกระบวนการ ควรพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย SMI-V แบบไร้รอยต่อ ตั้งแต่การเฝ้าระวัง การประเมินอาการ การส่งต่อฉุกเฉิน การดูแลหลังจำหน่าย และการติดตามต่อเนื่อง โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการติดตามและเชื่อมโยงข้อมูล พร้อมนำ **“บ้านใหม่โมเดล”** ซึ่งเป็น best practice ไปขยายผลสู่เครือข่ายระดับอำเภอและ 11 ตำบลที่เหลือของอำเภอครบุรี เพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยและพัฒนา (R&D) หรือวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวและเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง SMI-V ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยบูรณาการสมรรถนะผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชน ความเข้มแข็งของเครือข่าย และความต่อเนื่องของการดูแล ควบคู่กับการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาปัจจัยและข้อจำกัดของระบบบริการ รวมทั้งศึกษาการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความยั่งยืนของรูปแบบในระบบบริการปฐมภูมิต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (acute care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11. https://www.mhc11.go.th/manuals/4669/

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2566). *มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง: Standard operating procedures (SOPs) severe mental illness high risk to violence (V-Care)*. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. https://dmh-elibrary.org/items/show/1394

กำทร ดานา. (2564). การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30*(3), 406–414.

ขัติยา แก้วสมบัติ, อิศรา ขุนพิลึก, ชินกร สุจิมงคล, และอัญชลี วิจิตรปัญญา. (2567). การวิเคราะห์บริบทของปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง: การศึกษาแบบผสานวิธีในหลายระดับ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 17*(3), 157–171.

พรทิพย์ วชิรดิลก. (2565). ผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการในพื้นที่. *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2*(1), 77–89.

พรทิพย์ วชิรดิลก, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ธีระ ศิริสมุด, และอัญชุลี เนื่องอุตม์. (2564). การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในประเทศไทย. *วารสารระบบวิจัยสาธารณสุข, 17(2), 264-278*

มานพ คณะโต, กนิษฐา ไทยกล้า, สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, จิตรลดา อารียสันติชัย, ศยามล เจริญรัตน์, พูนรัตน์ ลียติกุล, เกรียงไกร พึ่งเชื้อ, และรังสิยา วงศ์อุปปา. (2562). *รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทยปี พ.ศ. 2562.* จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์.

มงคล ศิริเทพทวี, พิชญา วัฒนการุณ, จำเนียร สุรวรางกูร, ขนิษฐา ชุ่มสุข, จุฑามณี ดุษฎีประเสริฐ, และปรียา สิริ วิฑูรชาติ. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการระดับปฐมภูมิกับระบบบริการปกติ. *รามาธิบดีเวชสาร, 41*(2), 25-35.

เยาวดี วิบูลย์ศรี. (2556). *การประเมินโครงการ แนวคิดและแนวปฏิบัติ*. สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรวรรณ จุฑา, นพพร ตันติรังสี, และกมลลักษณ์ มากคล้าย. (2566). ระบาดวิทยากลุ่มความผิดปกติการควบคุมตนเองในคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 31*(2), 92–105.

วริยา จันทร์ขำ. (2559). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30*(3), 1–9.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). *สุขภาพคนไทย ปี 2566* : คำสัญญาของไทย “คอป” (COP: Conference of Parties) กับการรับมือ “โลกรวน”. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/c05a4f14-a7f0-ed11-80ff-00155d1aab6e

สมถวิล แพรขาว, และธิดารัตน์ ห้วยทราย. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 25*(1), 34–42.

สุภาพร จันทร์สาม. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อเขตบริการจังหวัดยโสธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31*(ฉบับเพิ่มเติม 1), S74–S84.

หวาน ศรีเรือนทอง, และคณะ. (2560). การประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26*(2), 362–371.

หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36*(2), 413–426.

เอกชัย พลหนองคูณ. (2565). การประเมินโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 3*(1), 203–216.

Best, J. W., & Kahn, J. V. (1993). *Research in education (7th ed.). Allyn and Bacon.*

Denzin, N. K. (1970). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Aldine.

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, *18*(1), 59–82.

Stufflebeam, D. L. (1971). The relevance of the CIPP evaluation model for educational accountability. *Journal of Research and Development in Education, 5*, 19-25.