

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน (KAEDAM Model)

วันรับ : 30 มีนาคม 2569

วันแก้ไข : 18 พฤษภาคม 2569

วันตอบรับ : 8 มิถุนายน 2569

เพชรดา ฉ่ำมณี, พ.บ.¹, ชนินทร์ ปรกาศสิทธิ์, พย.บ.¹, ณัฐวุฒิ สุริยะ, พร.ด.²

โรงพยาบาลแกดำ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม¹,

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

จังหวัดมหาสารคาม²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ในชุมชน

วิธีการ : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบผสมวิธี ในอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ในกลุ่มผู้ให้บริการ 20 คน ญาติเครือข่ายในชุมชน 82 คน ผู้ป่วย SMI-V 8 คน และญาติผู้ดูแล 8 คน แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลตามวงจร PAOR และระยะที่ 3 การประเมินผลและสะท้อนผลการดำเนินงาน ได้แก่ ความรู้และการมีส่วนร่วมของญาติเครือข่าย ภาระของผู้ดูแล และอาการทางจิตเวช

ผล : ในพื้นที่พบแนวโน้มผู้ป่วย SMI-V เพิ่มขึ้น ปัญหาความต่อเนื่องของระบบดูแลติดตามและส่งต่อข้อมูล ทักษะคิดและการตีตราทางสังคม และการขาดความรู้และสมรรถนะของบุคลากรและญาติผู้ดูแล ซึ่งส่งผลต่อการกำเริบซ้ำและความรุนแรงในชุมชน จึงพัฒนาเป็น KAEDAM Model ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การเพิ่มการเข้าถึงบริการ การเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแล การป้องกันภาวะซึมเศร้า การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และการติดตามประเมินผลเชิงนโยบาย ภายหลังดำเนินการ กลุ่มญาติเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนความรู้และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ญาติผู้ดูแลมีภาระของผู้ดูแล ภาวะซึมเศร้า และความเครียดลดลง และกลุ่มผู้ป่วยมีอาการทางจิต ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความเสี่ยงฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทุกคนมีความเสี่ยงโดยรวมลดลงเป็นระดับต่ำ (สีเขียว) ภายในระยะเวลาติดตาม 1 ปี

สรุป : KAEDAM Model มีแนวโน้มเพิ่มความรู้และการมีส่วนร่วมของญาติเครือข่ายในชุมชน และลดภาระของผู้ดูแลและอาการทางจิตเวชของผู้ป่วย ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบและติดตามผลระยะยาวเพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลและความยั่งยืนของรูปแบบ

คำสำคัญ : การดูแลในชุมชน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, ความรุนแรง, ผู้ป่วยจิตเวช, รูปแบบการดูแล

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ณัฐวุฒิ สุริยะ; e-mail: natthawut@smnc.ac.th

Original article

Development of a community-based care model for high-risk psychiatric patients (KAEDAM Model)

Received : 30 March 2026

Revised : 18 May 2026

Accepted : 8 June 2026

Peachlada Chammanee, M.D.¹, Chanin Prakaysit, B.N.S.¹,Natthawut Suriya, Ph.D.²

Kaedam Hospital, Maha Sarakham Provincial Public Health Office,

Maha Sarakham Province, Thailand¹,

Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Prabormarajchanok Institute,

Maha Sarakham Province, Thailand²

Abstract

Objective: To develop and evaluate a community-based care model for patients with serious mental illness with high risk to violence (SMI-V).

Methods: This mixed methods action research was conducted in Kaedam District, Maha Sarakham Province. Participants consisted of 20 health personnel, 82 community network partners, eight SMI-V patients, and eight caregivers. The study was divided in three phases: Phase 1, a situational assessment and problem analysis; Phase 2, development of a care model using the PAOR (Plan–Act–Observe–Reflect) cycle; and Phase 3, evaluation and reflection on the implementation outcomes, including community network partners' knowledge and participation, caregiver burden, and psychiatric symptoms.

Results: The study area demonstrated an increasing trend in SMI-V cases, along with challenges related to continuity of care, follow-up and information referral systems, negative attitudes and social stigma, and insufficient knowledge and competencies among healthcare personnel and family caregivers. These challenges contributed to psychiatric relapses and violence in the community. Accordingly, the KAEDAM Model was developed, comprising six key components: network capacity building, improved access to services, empowerment of patients and caregivers, depression prevention, community-based rehabilitation, and policy-level monitoring and evaluation. After implementation, community network partners showed increased knowledge and participation scores, while family caregivers experienced significant reductions in caregiver burden, depression, and stress. Among SMI-V patients, significant reductions in psychotic symptoms, stress, depression, and suicide risk were observed, with all patients classified as low risk (green) within one year.

Conclusion: The KAEDAM model showed potential to enhance knowledge and participation among community network partners, while reducing caregiver burden and psychiatric symptoms among patients. Further studies using a comparison group and long-term follow-up are recommended to confirm the model's effectiveness and sustainability.

Keywords: action research, care model, community-based care, psychiatric patients, violence

Corresponding author: Natthawut Suriya; e-mail: natthawut@smnc.ac.th

ความรู้เดิม : การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชนไทยส่วนใหญ่ยังคงพึ่งพาการดูแลจากครอบครัวและระบบบริการสุขภาพเป็นหลัก โดยมีข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการดูแลติดตาม การมีส่วนร่วมของชุมชน และการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่

ความรู้ใหม่ : KAEDAM Model เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่พัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและวงจร PAOR ที่บูรณาการบทบาทของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพเข้าด้วยกัน ที่มาจากองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การเพิ่มการเข้าถึงบริการ การเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแล การป้องกันภาวะซึมเศร้า การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และการติดตามประเมินผลเชิงนโยบาย การทดลองใช้แสดงถึงความเป็นไปได้ในการเพิ่มความรู้และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน การลดภาระของผู้ดูแล และการควบคุมอาการและลดความรุนแรงของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนระดับอำเภอ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด รวมถึงเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนเชิงนโยบาย การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชน และการส่งเสริมความยั่งยืนของระบบสุขภาพจิตชุมชน

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยมีความท้าทายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีอาการรุนแรงและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว และความมั่นคงในชุมชน¹ โดยข้อมูลระดับประเทศจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (บสต.) และคลังข้อมูลสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตสะท้อนว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง^{2,3} เนื่องจากผู้ป่วย SMI-V มีแนวโน้มอาการกำเริบเป็นระยะ จึงต้องการการดูแลติดตาม

ระยะยาว เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดการใช้บริการฉุกเฉินซ้ำ ซึ่งหากระบบบริการไม่สามารถให้การดูแลเชื่อมต่อกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและภาระของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง⁴

การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน (community-based mental health care) เป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงการรักษา ลดการตีตรา และสร้างระบบติดตามระยะยาวที่ยั่งยืน โดยรูปแบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขท้องถิ่น สามารถช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับคืนสู่สังคมของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม งานวิจัยหลายชิ้นในบริบทไทยชี้ให้เห็นว่าการฝึกทักษะ การให้ความรู้ และการบูรณาการภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โปรแกรมฟื้นฟูและการติดตามในชุมชนได้ผลดีขึ้น^{5,6} อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังพบช่องว่างด้านการบูรณาการบริการระหว่างระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และเครือข่ายภาคส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างของบริบทการให้บริการระหว่างพื้นที่ การขาดเครื่องมือมาตรฐานสำหรับติดตามผลในชุมชน และความไม่ต่อเนื่องของการสนับสนุนจากระบบสุขภาพระดับอำเภอและจังหวัด ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้จากโครงการนำร่องมักเป็นผลชั่วคราวหากไม่มีการออกแบบระบบที่บูรณาการและยั่งยืน⁷

การพัฒนาแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วย SMI-V ในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ร่วมออกแบบ ทดสอบ และปรับปรุงรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่พัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนระดับอำเภอของไทยในหลายจังหวัดพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายช่วยเพิ่มการยอมรับของชุมชนและความต่อเนื่องของการดูแล⁵⁻¹⁰ ส่วนการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดกาญจนบุรีพบว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับครอบครัวช่วยเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้¹¹ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาที่บูรณาการองค์ประกอบสำคัญของบริการสุขภาพจิตในชุมชนตามกรอบขององค์การอนามัยโลก¹²

ร่วมกับแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model)¹³ ได้แก่ การแบ่งปันความรู้ (knowledge sharing) การเพิ่มการเข้าถึงบริการ (access to care) การเสริมพลัง (empowerment) และการติดตามอย่างเป็นระบบไว้ในรูปแบบเดียวกัน นอกจากนี้ งานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วย SMI-V ที่ผ่านมามีเป็นโครงการเฉพาะกิจหรือการประเมินผลระยะสั้น และไม่ได้รับการประเมินผลอย่างเป็นระบบและครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน (SMI-V) ในระดับอำเภอ และประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษาที่ได้คาดว่าจะนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายและกรอบการขยายผลระดับอำเภอ/จังหวัด เพื่อเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพจิตชุมชนในบริบทของประเทศไทย

วิธีการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบผสมวิธี (mixed methods action research) ในอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม การวิจัยดำเนินการตามหลักการ PAOR ของ Kemmis และ McTaggart¹⁴ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนการปฏิบัติงาน (plan) การลงมือปฏิบัติตามแผน (action) การติดตามสังเกตการณ์ (observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (reflect)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วย SMI-V คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) มีภูมิลำเนาหรือปฏิบัติหน้าที่ในเขตอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม และ 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย 118 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร ทีมสหวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวม 20 คน 2) กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พขอ.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่รับผิดชอบบ้านที่มีผู้ป่วย และตำรวจ รวม 82 คน โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ผู้ป่วย SMI-V กลุ่มสีแดงที่เคย

รับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการจำหน่ายกลับมาใช้ชีวิตในชุมชน จำนวน 8 คน และ 4) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย SMI-V กลุ่มสีแดง จำนวน 8 คน

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามความรู้ของภาคีเครือข่าย พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัยจากการทบทวนแนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วย SMI-V ของกรมสุขภาพจิต¹⁵ เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน คะแนนยิ่งสูงหมายถึงยิ่งมีความรู้มาก

2. แบบประเมินภาคีเครือข่าย พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัยจากการทบทวนแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen และ Uphoff¹⁶ ซึ่งจำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็นการร่วมตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมประเมินผล โดยให้ภาคีเครือข่ายเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง (self-report) ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย ได้แก่ แบบประเมินสถานการณ์การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 5 ข้อ บทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน 4 ข้อ บทบาทพนักงานฝ่ายปกครอง 3 ข้อ บทบาทพนักงานสาธารณสุขร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. 3 ข้อ การจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลภายในครัวเรือน 5 ข้อ และการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน (น้อยที่สุด) ถึง 5 คะแนน (มากที่สุด) คะแนนรวมสูงขึ้นหมายถึงมีการพัฒนาเครือข่ายและการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับที่สูงขึ้น ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมทุกกลุ่มต้องตอบข้อคำถามครบทุกข้อ โดยในหัวข้อระดับการมีบทบาทของภาคีเครือข่ายแต่ละกลุ่มเป็นการประเมินตามการรับรู้ของตัวผู้ตอบเอง โดยมีได้แยกถามเฉพาะบทบาทของผู้ตอบ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมก่อนและหลังดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้

3. แบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)¹⁷ ฉบับปรับปรุงโดยกรมสุขภาพจิต¹⁸ ประเมินโดยจิตแพทย์หรือพยาบาลจิตเวช

ที่ผ่านการอบรม ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตเวช เช่น ประสาทหลอน ความผิดปกติทางอารมณ์ และอาการสับสน รวม 18 ข้อ แต่ละข้อมี 7 ระดับ คะแนนรวม 18 - 126 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงดังนี้ 18 - 30 คะแนน หมายถึง อาการระดับน้อยมาก 31 - 40 คะแนน หมายถึง อาการระดับเล็กน้อย 41 - 52 คะแนน หมายถึง อาการระดับปานกลาง 53 - 70 คะแนน หมายถึง อาการค่อนข้างรุนแรง และมากกว่า 70 คะแนน หมายถึง อาการรุนแรงมาก

4. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (overt aggression scale: OAS)¹⁹ ฉบับปรับปรุงใช้โดยกรมสุขภาพจิต¹⁸ ประเมินโดยพยาบาลจิตเวชหรือทีมสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรม ใช้คัดแยกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามความรุนแรงของพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน แต่ละด้านมี 3 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 3 คะแนน การแปลผลใช้คะแนนจากพฤติกรรมด้านที่มีคะแนนสูงสุด ดังนี้ 1 คะแนน กึ่งเร่งด่วน (semi-urgency) หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ต้องได้รับการจัดการภายใน 24 ชั่วโมง 2 คะแนน เร่งด่วน (urgency) หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ต้องได้รับการจัดการภายใน 2 ชั่วโมง และ 3 คะแนน ฉุกเฉิน (emergency) หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ต้องได้รับการจัดการทันทีทันใด

5. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)²⁰ มีข้อคำถาม 9 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0 คะแนน (ไม่มีเลย) ถึง 3 คะแนน (เป็นทุกวัน) คะแนนรวม 0 - 27 คะแนน แปลผลดังนี้ < 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการระดับน้อยมาก 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับน้อย 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับปานกลาง และ ≥ 19 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับรุนแรง ทั้งนี้ที่จุดตัด 7 คะแนน แบบประเมินฉบับภาษาไทย มีความไวร้อยละ 86.2 และความจำเพาะร้อยละ 83.1 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์²⁰

6. แบบประเมินความเครียด (ST-5)²¹ จำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0 คะแนน (เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี) ถึง 3 คะแนน (เป็นประจำ) คะแนนรวม 0 - 15 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้ 0 - 4 คะแนน หมายถึง เครียดน้อย 5 - 7 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง 8 - 9 คะแนน หมายถึง เครียดมาก และ 10 - 15 คะแนน หมายถึง เครียดมากที่สุด

7. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (2Q plus)²² ตามคู่มือแบบประเมินคัดกรองผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรม การฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม คัดกรองภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 2 ข้อ (2Q) ได้แก่ ความรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง และความรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ร่วมกับข้อคำถามเพิ่มเติมอีก 1 ข้อ (plus) ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ทำให้แตกต่างจากแบบประเมิน 2Q ทั่วไป ได้แก่ “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านมีความรู้สึกทุกข์ใจจนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่” รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 3 ข้อ ทุกข้อเลือกตอบว่า มี หรือ ไม่มี การแปลผล คือ ตอบ “ไม่มี” ทุกข้อ หมายถึง ไม่พบความเสี่ยง (negative screen) ตอบ “มี” ในข้อคำถาม 2Q ข้อใดข้อหนึ่ง หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งต้องได้รับการประเมินต่อด้วยแบบประเมิน 9Q ส่วนการตอบ “มี” ในข้อคำถามเพิ่มเติมข้อที่ 3 ถือเป็นเกณฑ์ที่ใช้ระบุว่า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการศึกษานี้ และต้องได้รับการประเมินความรุนแรงต่อด้วยแบบประเมิน 8Q ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต²²

8. แบบประเมินภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview: ZBI) ฉบับ 22 ข้อ²³ ให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คะแนน (ไม่เคยรู้สึก) ถึง 4 คะแนน (รู้สึกเกือบตลอดเวลา) คะแนนรวม 0 - 88 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมตามเกณฑ์ที่ใช้กันทั่วไป ดังนี้ 0 - 20 คะแนน หมายถึง ภาระน้อยหรือไม่มีภาระ 21 - 40 คะแนน หมายถึง ภาระระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 41 - 60 คะแนน หมายถึง ภาระระดับปานกลางถึงมาก และ 61 - 88 คะแนน หมายถึง ภาระระดับรุนแรง แบบประเมินฉบับภาษาไทยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92²⁴ สำหรับการนำเสนอผลรายด้านในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจัดกลุ่มข้อคำถามตามลักษณะ

เนื้อหาออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ภาวะด้านร่างกายและเวลา 6 ข้อ ภาวะด้านอารมณ์และจิตใจ 8 ข้อ ภาวะด้านสังคม 5 ข้อ และภาวะด้านเศรษฐกิจ 3 ข้อ ซึ่งเป็นการจัดกลุ่มเพื่อการบรรยายผลในบริบทของพื้นที่ที่มีใช้โครงสร้างองค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน²⁴

9. แบบประเมินระบบติดตามแนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของกรมสุขภาพจิต¹⁵ โดย สีแดง หมายถึง เสี่ยงสูงมาก (high imminent risk) เกณฑ์ตัวอย่าง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง/ควบคุมไม่ได้ มีความคิดหรือแผนฆ่าตัวตายชัดเจน (2Q plus เป็นบวก และประเมินต่อพบความเสี่ยงสูง) อาการโรคจิตรุนแรง (เช่น BPRS สูงมาก มีประสาทหลอน/หลงผิดเด่น) สีเหลือง หมายถึง เสี่ยงปานกลาง (moderate risk) เกณฑ์ตัวอย่าง อาการกำเริบเล็กน้อย-ปานกลาง มีความคิดทำร้ายตนเองแต่ไม่มีแผนชัดเจน การกินยาขาดความสม่ำเสมอ/ครอบครัวยุติสนับสนุนจำกัด สีเขียว หมายถึง เสี่ยงต่ำ/คงที่ (low risk/stable) เกณฑ์ตัวอย่าง อาการคงที่ ควบคุมได้ดี ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง รับประทานยาสม่ำเสมอ มีระบบสนับสนุนเพียงพอ

10. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ประเด็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ มุมมอง และข้อเสนอแนะ เนื้อหาครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กระบวนการและรูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ผ่านมา บทบาทของภาคีเครือข่ายในชุมชนและครอบครัวผู้ป่วย ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคในการดำเนินงาน และแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลในอนาคต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 1 มีการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอใกล้เคียงของจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จำนวน 30 คน ผลการประเมินคุณภาพเครื่องมือพบว่า แบบสอบถามความรู้ของภาคีเครือข่ายมีความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.95 แบบประเมิน

การพัฒนาเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายมีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 และ 0.92 ตามลำดับ

แบบสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และผู้แทนคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ผลการตรวจสอบพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันว่าประเด็นคำถามครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับถ้อยคำบางข้อให้เข้าใจง่ายและเพิ่มประเด็นคำถามเกี่ยวกับบทบาทของพนักงานฝ่ายปกครอง ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและออกแบบแนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดในชุมชน ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง มกราคม พ.ศ. 2567 ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมระดมสมอง และการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ให้บริการสาธารณสุข 10 คน ภาคีเครือข่ายในชุมชน 10 คน ผู้ป่วย SMI-V ที่อาการสงบ 8 คน และญาติผู้ดูแล 8 คน ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับในระยะการทดลองใช้รูปแบบ รวม 36 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจากผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี และสมัครใจให้ข้อมูล โดยเก็บข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (data saturation) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล จำนวน 20 คน (ผู้ให้บริการ 6 คน ภาคีเครือข่าย 6 คน ผู้ป่วย 4 คน และญาติผู้ดูแล 4 คน) ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาทีต่อคน ร่วมกับการสนทนากลุ่มจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการร่วมกับภาคีเครือข่าย 1 กลุ่ม และกลุ่มผู้ป่วยร่วมกับญาติผู้ดูแล 1 กลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 90 นาทีต่อกลุ่ม ดำเนินการแบบเผชิญหน้าโดยผู้วิจัย ณ ห้องให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลแกดำ รพ.สต. ในพื้นที่ หรือบ้านของผู้ให้ข้อมูล ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล โดยมีการบันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึก

ภาคสนาม ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้ให้ความยินยอมด้วยการลงนามก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง

ระยะที่ 2 นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาวางแผนพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงาน โดยใช้แนวคิดการทำแผนที่เส้นทางของผู้ป่วย (patient journey mapping)²⁵ ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 มี 4 ขั้นตอนย่อยตามวงจร PAOR โดยขั้นตอนที่ 1 เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตเชิงบูรณาการในระดับชุมชน โดยผสานแนวคิดการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน การฟื้นฟูสภาพ (recovery-oriented care) และการเสริมพลังเข้ากับบริบทพื้นที่ ขั้นตอนที่ 2 เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน 8 คน และผู้ดูแล 8 คน ขั้นตอนที่ 3 เป็นการติดตามต่อเนื่องเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและครอบครัว และขั้นตอนที่ 4 เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อถอดบทเรียนร่วมกับภาคีเครือข่าย วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสในการพัฒนา และปรับปรุงแผนการดำเนินงานให้เหมาะสม

ระยะที่ 3 การประเมินผลและสะท้อนผลการดำเนินงานตามวงจร PAOR โดยเก็บข้อมูลหลังการดำเนินการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 พร้อมติดตามระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อเนื่องจนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ในภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้ดูแล และผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยในกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนได้รับการประเมินความรู้ การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วม กลุ่มผู้ดูแลได้รับการประเมิน ZBI, 9Q และ ST-5 และกลุ่มผู้ป่วยได้รับการประเมิน BPRS, OAS, 9Q, ST-5, 2Q plus และแบบประเมินระบบสี นอกจากนี้ มีการประชุมสะท้อนผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายในชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์จุดแข็ง ปัญหาอุปสรรค และแนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลให้เกิดความต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลแกด้า เลขที่ 07/2566 วันที่ 25 ธันวาคม 2566 ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์

และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาที่พึงได้รับ และการรักษาความลับของข้อมูล จากนั้นจึงลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับกลุ่มผู้ป่วย SMI-V ทุกคน ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ดูแลตามกฎหมายร่วมด้วย และขอความยินยอมจากผู้ป่วยซ้ำอีกครั้งเมื่ออาการทางจิตทุเลาแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอข้อมูลพื้นฐานและผลการประเมินด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ของเครือข่ายก่อนและหลังการดำเนินการด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการพัฒนาเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายก่อนและหลังดำเนินการด้วยสถิติ paired t-test ส่วนกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล เนื่องจากมีขนาดตัวอย่างน้อย จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนน ZBI, BPRS, 9Q และ ST-5 ก่อนและหลังการดำเนินการด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test พร้อมรายงานขนาดอิทธิพล (effect size) จากสูตร $r = |Z|/\sqrt{N}$ โดยที่ r = ขนาดอิทธิพล Z = ค่าสถิติที่ได้จากการทดสอบ และ N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบความแตกต่างของผลลัพธ์เชิงกลุ่ม (2Q plus และระดับความเสี่ยงตามระบบสี) ด้วย McNemar exact test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ .05 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผล

สถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

จากการทบทวนสถานการณ์และปัญหาระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดในพื้นที่อำเภอแกด้า ร่วมกับการระดมสมองผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ระหว่างปีงบประมาณ 2565 - 2566 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดเพิ่มขึ้นทั้งผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า โดยในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยในพื้นที่จำนวน 118 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มสีแดง 8 รายและสีเหลือง 11 ราย ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การขาดยา การไม่ร่วมมือกินยา และ

การขาดผู้ดูแลหลัก ขณะที่ญาติ/ผู้ดูแลหรือ อสม.ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ยังมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยและขาดทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช การดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่ผ่านมานั้นการตั้งรับบริการเมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่ที่รับผิดชอบ การส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยทั้งจากครอบครัว ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน และระหว่างโรงพยาบาลที่รับและส่งต่อยังไม่เป็นระบบเดียวกัน ทำให้การประสานงานและการส่งต่อข้อมูลล่าช้าและขาดประสิทธิภาพในการจัดการ นอกจากนี้ การบันทึกข้อมูลในระบบการเฝ้าระวังและติดตามยังไม่ครบถ้วนทันเวลาเนื่องจากมีความละเอียดและซับซ้อน

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นปัญหาและช่องว่างของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจากทุกกลุ่ม ทั้งผู้ให้บริการ ญาติเครือข่ายในชุมชน และผู้รับบริการ ต่างยืนยันถึงปัญหาที่สอดคล้องกันใน 3 มิติหลัก ดังนี้

1) มิติการเข้าถึงและความต่อเนื่องของการรักษา ผู้ให้บริการสาธารณสุขรายหนึ่งให้สัมภาษณ์ว่า “ผู้ป่วยกลุ่มสีแดงหลายรายที่เราติดตาม มักขาดยาเป็นประจำ บางคนไม่มาตามนัดหลายเดือน กว่าจะรู้ว่าอาการกำเริบก็เกิดเหตุรุนแรงในชุมชนไปแล้ว ระบบเราไม่มีกลไกแจ้งเตือนล่วงหน้า” ส่วน อสม. ที่ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่กล่าวว่า “เราทราบผู้ป่วยไม่ได้กินยา แต่ไม่รู้จะทำอะไรได้ เพราะไม่มีขั้นตอนที่ชัดเจนว่าต้องรายงานใคร ช่องทางการสื่อสารระหว่าง อสม. กับโรงพยาบาลยังไม่เป็นระบบ” นอกจากนี้ กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลยังระบุว่า ครอบครัวรู้สึกโดดเดี่ยวและขาดทิศทางในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงที่อาการกำเริบและต้องรีบพาผู้ป่วยเข้ารับบริการ นอกจากนี้ ระบบบริการเดิมยังขาดกระบวนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบ รวมทั้งขาดแนวทางสนับสนุนด้านจิตใจและการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

2) มิติทัศนคติและการตีตราทางสังคม พบว่า ปัญหาการตีตราและทัศนคติเชิงลบของชุมชนเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถเข้าถึงการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเต็มที่ โดยผู้นำชุมชนรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “คนในหมู่บ้านกลัวผู้ป่วยจิตเวช มองว่าเขาอันตราย ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยอับอายและไม่กล้าขอ

ความช่วยเหลือ บางครั้งก็ซ่อนผู้ป่วยไว้ที่บ้าน ไม่ยอมแจ้งเจ้าหน้าที่” ขณะที่ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยกลุ่มสีแดงรายหนึ่งยืนยันว่า “รู้สึกเหนื่อยและท้อแท้มาก เพราะต้องดูแลคนเดียว ไม่มีใครช่วย เพื่อนบ้านก็ไม่กล้าเข้าหา ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวมาก” ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวแยกตัวจากคนในชุมชนและขาดการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม

3) มิติความรู้และสมรรถนะของเครือข่าย ผลการสัมภาษณ์สะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาสมรรถนะของเครือข่ายและกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับทุกภาคส่วน โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. รายหนึ่งกล่าวว่า “เราขาดความรู้ในการรับมือกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญเหตุนอกเวลาราชการ ตำรวจเองก็บอกว่าไม่รู้ว่าจะจัดการอย่างไร เพราะไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านนี้มาโดยตรง” นอกจากนี้ ตำรวจซึ่งมักเป็นผู้รับแจ้งเหตุรายแรกกล่าวว่า “เวลาที่ได้รับแจ้งเหตุผู้ป่วยจิตเวชก่อเรื่องเราไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ต้องโทรประสานหลายหน่วยงาน ซึ่งเสียเวลามาก ถ้ามีช่องทางด่วนคงดีกว่านี้”

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง (KAEDAM Model)

ผลการวิเคราะห์พบปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำและการเกิดเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V ได้แก่ การติดตามผู้ป่วยที่ไม่ต่อเนื่อง การเข้าถึงบริการที่ล่าช้า การขาดระบบเฝ้าระวังเชิงรุก การส่งต่อระหว่างหน่วยบริการที่ขาดการเชื่อมโยง และการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังไม่ชัดเจน นอกจากนี้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมักถูกตีตราและขาดการสนับสนุนทางสังคม และมีความเสี่ยงต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงมากขึ้น

ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายในชุมชนจึงร่วมกันร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตเชิงบูรณาการในระดับชุมชน ซึ่งผสานแนวคิดการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน การฟื้นฟูสภาพ และการเสริมพลัง มีลักษณะเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuum of care) ที่เชื่อมโยงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู และอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน การพัฒนารูปแบบดำเนินไปตามวงจร PAOR โดยในแต่ละรอบผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายในชุมชน

ร่วมกันนำรูปแบบไปปฏิบัติ สังเกตผล และประชุมสะท้อนผล เพื่อปรับปรุงรูปแบบก่อนเข้าสู่รอบถัดไป ดังนี้

รอบที่ 1 (กุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567) พบว่าการติดตามผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายยังไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยขาดยา และไม่มีกลไกแจ้งเตือนล่วงหน้าเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง จึงปรับปรุงรูปแบบโดยจัดตั้งทีมสหวิชาชีพ เยี่ยมบ้านตามตารางนัด ให้ยาผิดออกฤทธิ์ยาวอย่างต่อเนื่อง และจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพจิตเฉพาะบุคคลให้ผู้ดูแลและ อสม. บันทึกอาการร่วมกัน

รอบที่ 2 (เมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567) พบว่าการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบยังล่าช้าเนื่องจากต้องผ่านขั้นตอนราชการตามปกติ และช่องทางสื่อสารระหว่าง อสม. รพ.สต. เจ้าหน้าที่ตำรวจ และโรงพยาบาล ยังไม่เป็นระบบเดียวกัน จึงปรับปรุงโดยพัฒนาช่องทางส่งต่อแบบเร่งด่วน (fast track) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง และจัดตั้งกลุ่มไลน์เครือข่ายเพื่อสื่อสารและวางแผนร่วมกันแบบทันที

รอบที่ 3 (กรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567) พบว่าผู้ดูแลยังมีภาระและความเครียดสูง และบทบาทของแกนนำชุมชนกับพนักงานฝ่ายปกครองยังไม่ชัดเจน จึงปรับปรุงโดยเพิ่มกิจกรรมกลุ่มเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแล กิจกรรมจัดการความเครียดและป้องกันภาวะซึมเศร้า พร้อมกำหนดบทบาทของภาคเครือข่ายแต่ละส่วนไว้ในแผนปฏิบัติการ และนำผลการติดตามเข้าสู่ที่ประชุม คณะกรรมการบริหารอำเภอ (กบอ.) เป็นวาระประจำเดือน โดยมีนายอำเภอเป็นประธานการประชุม ร่วมกับการกำหนดตัวชี้วัดทางคลินิก โดยผู้ปฏิบัติงานรวบรวมและรายงานต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแคว้นรายเดือน

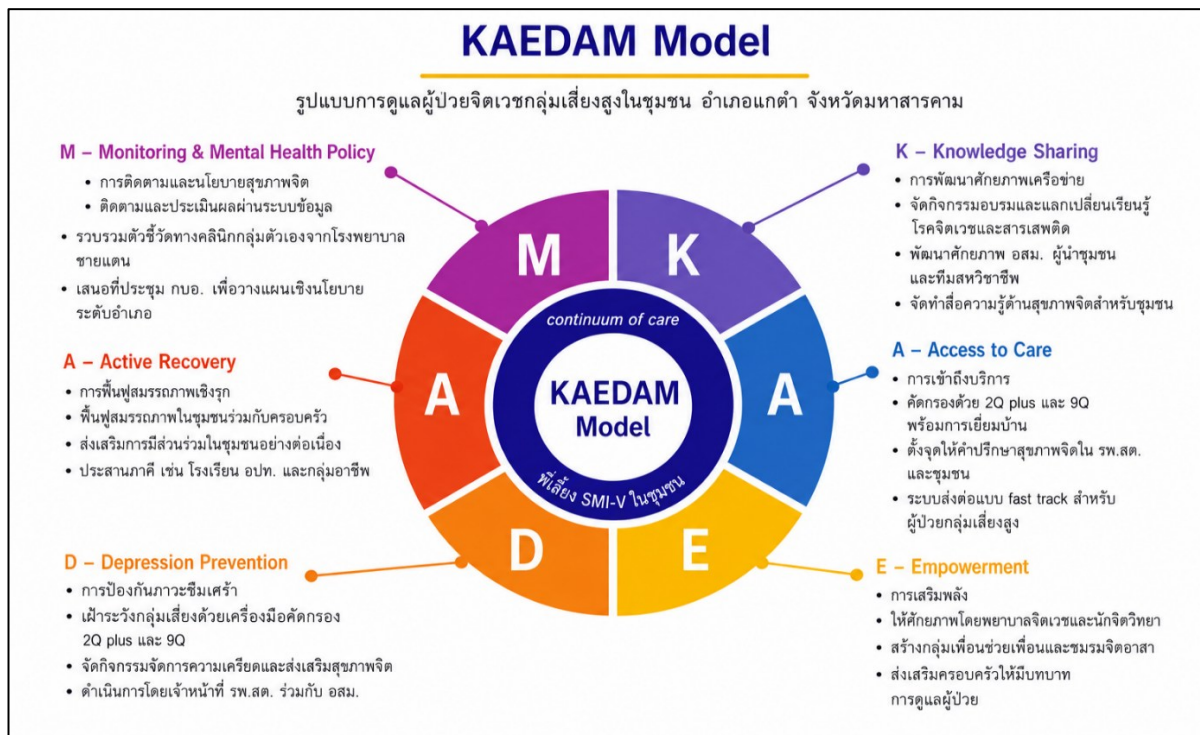
ผลจากการสะท้อนผลทั้ง 3 รอบนำไปสู่การปรับปรุงเชิงระบบที่สำคัญ และนำรูปแบบไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเป้าหมาย จนได้รูปแบบฉบับสุดท้ายภายใต้ชื่อ “KAEDAM Model” ซึ่งมีที่มาจากองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ได้แก่ 1) Knowledge sharing (K) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผ่านการอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยทีมสหวิชาชีพ และ อสม. 2) Access to care (A) การเพิ่มการเข้าถึงบริการผ่านการคัดกรอง (2Q plus และ 9Q) การเยี่ยมบ้าน และระบบส่งต่อแบบเร่งด่วน (fast track) สำหรับผู้ป่วยเสี่ยงสูง

ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดย รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชน 3) Empowerment (E) การเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแลผ่านการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนโดยพยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยา 4) Depression prevention (D) การป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแลผ่านกิจกรรมจัดการความเครียดและการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร่วมกับ อสม. 5) Active recovery (A) การฟื้นฟูสมรรถภาพและการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ และทีม พขอ. และ 6) Monitoring & mental health policy (M) การติดตามประเมินผลและการวางแผนเชิงนโยบาย ดังแผนภาพที่ 1

ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง (KAEDAM Model)

ผลการประเมินกลุ่มผู้ให้บริการและภาคีเครือข่ายในชุมชน (n = 102) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้ให้บริการ 20 คน และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน 82 คน โดยวิเคราะห์ร่วมกันเนื่องจากทั้งสองกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพชุดเดียวกันและได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน ในฐานะภาคีผู้ร่วมดูแลผู้ป่วย SMI-V ในระดับอำเภอ เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบ พบว่าคะแนนความรู้ของเครือข่ายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับมาก คะแนนเฉลี่ยการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับเล็กถึงปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง บทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน บทบาทพนักงานฝ่ายปกครอง บทบาทพนักงานสาธารณสุขร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. การจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลภายในครัวเรือน และการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับเล็กถึงปานกลาง ดังตารางที่ 1

ผลการประเมินผู้ดูแล เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนภาระการดูแลโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ร่างกายและเวลา อารมณ์และจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่ามัธยฐานของคะแนนภาระการดูแลโดยรวมลดลงจาก 42.0 (IQR = 35.0 - 50.0) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการดูแล KAEDAM

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลในกลุ่มผู้ให้บริการและภาคีเครือข่ายในชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินการ KAEDAM Model (n = 102)

	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	ค่าทดสอบ	p-value	effect size
ความรู้ (median)	7.00	9.00	z = -6.012	< .001 ^a	r = 0.55
การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน (mean ± SD)	38.72 ± 19.85	40.85 ± 20.10	t = -3.214	.002 ^b	d = 0.30
ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์	12.95 ± 6.88	13.48 ± 7.02	t = -4.086	< .001 ^b	d = 0.38
ด้านปัจจัยนำเข้า	12.60 ± 6.54	13.05 ± 6.90	t = -2.884	.005 ^b	d = 0.27
ด้านกระบวนการ	13.17 ± 6.61	13.55 ± 6.80	t = -2.571	.012 ^b	d = 0.24
การมีส่วนร่วม (mean ± SD)	64.20 ± 30.98	66.10 ± 31.45	t = -3.652	< .001 ^b	d = 0.34
การมีส่วนร่วมค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	11.95 ± 6.42	12.30 ± 6.58	t = -3.912	< .001 ^b	d = 0.36
บทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน	10.18 ± 5.32	10.55 ± 5.60	t = -2.641	.010 ^b	d = 0.24
บทบาทพนักงานฝ่ายปกครอง	8.45 ± 3.18	8.78 ± 3.34	t = -3.298	.001 ^b	d = 0.30
บทบาทพนักงานสาธารณสุขร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.	7.70 ± 3.62	8.25 ± 3.88	t = -2.845	.005 ^b	d = 0.26
การจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลภายในครัวเรือน	12.30 ± 6.25	13.95 ± 6.60	t = -3.421	< .001 ^b	d = 0.32
การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล	13.25 ± 6.60	14.90 ± 6.95	t = -2.768	.007 ^b	d = 0.25

^a Wilcoxon signed-rank test; ^b paired t-test

เป็น 34.0 (IQR = 28.0 - 40.0) ซึ่งอยู่ในระดับภาระเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้า (9Q) และความเครียด (ST-5) ของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ดังตารางที่ 2

ผลการประเมินกลุ่มผู้ป่วย SMI-V เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต (BPRS) พฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรง (OAS) ภาวะซึมเศร้า (9Q) และความเครียด (ST-5) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนจำนวนผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q plus) ลดลงจาก 5 คน (ร้อยละ 62.5)

เป็นไม่พบผู้มีความเสี่ยง นอกจากนี้ การติดตามในระยะ 1 ปี พบว่า จำนวนผู้มีความเสี่ยงกลุ่มสีแดงลดลงจาก 8 คน (ร้อยละ 100) เป็นไม่พบผู้มีความเสี่ยงกลุ่มสีแดง โดยกลายเป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวทุกคน ดังตารางที่ 3

ภายหลังการดำเนิน KAEDAM Model ในการศึกษา ระยะที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการประชุมสะท้อนผลและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้เข้าร่วมทุกกลุ่มมีการรับรู้ต่อการดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่เปลี่ยนแปลงไปในเชิงบวกมากขึ้น อีกทั้งการเข้าร่วม KAEDAM Model ยังเพิ่มระดับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล เครือข่าย และผู้ป่วย นอกจากนี้ กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนรายงานตรงกันว่ามีความทางปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น รับรู้บทบาทของตนเองมากขึ้น และสามารถประสานส่งต่อผู้ป่วยได้รวดเร็วกว่าเดิม โดยพยาบาลจิตเวชประจำโรงพยาบาล แกดทำให้สัมภาษณ์ว่า “หลังจากมีกลุ่มไลน์เครือข่ายและช่องทางด่วน ทุกคนสื่อสารกันได้ดีขึ้นที่ เวลาผู้ป่วยขาดยาหรืออาการเปลี่ยน อสม. แจ้งมาเลย ทำให้เราแก้ปัญหาได้เร็วขึ้นมาก

ไม่ต้องรอให้เกิดเหตุก่อน” อสม. ที่เข้าร่วมโครงการกล่าวว่า “ตอนนี้รู้แล้วว่าต้องทำอะไรเมื่อไหร่ มีแบบประเมินง่าย ๆ ให้ใช้ ทำให้มั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน” ในส่วนของครอบครัวผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักรายหนึ่งให้สัมภาษณ์ว่า “ตอนนี้มีทีมมาเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ รู้สึกไม่โดดเดี่ยวเหมือนแต่ก่อน มีคนช่วยดูแลและให้กำลังใจ ผู้ป่วยเองก็ยอมกินยาและมีอารมณ์ดีขึ้นเรื่อย ๆ”

วิจารณ์

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง (SMI-V) ในระดับอำเภอ ภายใต้ชื่อ “KAEDAM Model” ได้รับการพัฒนาจากแนวปฏิบัติเดิมที่มุ่งเน้นการติดตามอาการเชิงรับ เป็นรูปแบบการดูแลเชิงรุกแบบบูรณาการ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การเสริมพลังผู้ดูแล การพัฒนาโครงสร้างความร่วมมือในชุมชน และการใช้วงจร PAOR เพื่อปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางติดตามผู้ป่วย SMI-V ของ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลในกลุ่มผู้ดูแล ก่อนและหลังดำเนินการ KAEDAM Model (n = 8)

	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม median (IQR)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม median (IQR)	Z	p-value	effect size (r)
ภาระของผู้ดูแล (ZBI)	42.0 (35.0 - 50.0)	34.0 (28.0 - 40.0)	-2.52	.012 ^a	0.63
ด้านร่างกายและเวลา	11.0 (9.0 - 14.0)	8.0 (7.0 - 10.0)	-2.38	.017 ^a	0.59
ด้านอารมณ์และจิตใจ	14.0 (12.0 - 16.0)	11.0 (9.0 - 13.0)	-2.37	.018 ^a	0.59
ด้านสังคม	9.0 (7.0 - 11.0)	7.0 (6.0 - 9.0)	-2.20	.028 ^a	0.55
ด้านเศรษฐกิจ	8.0 (6.0 - 9.0)	6.0 (5.0 - 8.0)	-2.03	.042 ^a	0.51
ภาวะซึมเศร้า (9Q)	12.0 (9.5 - 13.5)	6.0 (4.0 - 7.0)	-2.39	.017 ^a	0.60
ความเครียด (ST-5)	9.5 (8.0 - 11.0)	5.0 (4.0 - 6.0)	-2.24	.025 ^a	0.56

^a Wilcoxon signed-rank test

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลในกลุ่มผู้ป่วย SMI-V ก่อนและหลังดำเนินการ KAEDAM Model (n = 8)

	ก่อนดำเนินการ median (IQR)/ n (%)	หลังดำเนินการ median (IQR)/ n (%)	ค่าสถิติ	p-value	effect size (r)
อาการทางจิต (BPRS)	52.5 (48.0 - 57.8)	28.0 (24.5 - 32.0)	Z = -2.52	.008 ^a	0.89
พฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรง (OAS)	4.0 (3.0 - 4.0)	0.5 (0.0 - 1.0)	Z = -2.39	.016 ^a	0.85
ภาวะซึมเศร้า (9Q)	15.0 (13.0 - 18.0)	6.5 (5.0 - 8.0)	Z = -2.40	.023 ^a	0.79
ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (2Q plus) : มีความเสี่ยง	5 (62.5)	0 (0.0)	-	.063 ^b	-
ระดับความเครียด (ST-5)	10.0 (9.0 - 12.0)	4.0 (3.3 - 5.0)	Z = -2.45	.014 ^a	0.87
ระดับความเสี่ยง : สีแดง	8 (100.0)	0 (0.0)	-	.008 ^b	-

^a Wilcoxon signed-rank test; ^b McNemar exact test

กรมสุขภาพจิต พบจุดร่วมด้านการเฝ้าระวังและเยี่ยมบ้าน แต่ KAEDAM Model เป็นระบบดูแลแบบบูรณาการโครงสร้างในระดับอำเภอที่เชื่อมโยงการคัดกรอง การรักษา การฟื้นฟู การเยี่ยมบ้าน และระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบเร่งด่วน ผ่านการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาล รพ.สต. ตำรวจ อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัว เพื่อเป็นระบบเฝ้าระวังและตอบสนองต่อผู้ป่วยเชิงรุกที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดสุขภาพจิตชุมชน แนวคิดการฟื้นฟู และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอธิบายว่าการเพิ่มการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนในชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง²⁶⁻²⁸

ภายหลังดำเนินการ KAEDAM Model พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน และการมีส่วนร่วมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้จากองค์ประกอบด้านการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ซึ่งใช้การอบรมร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกรณีผู้ป่วยจริงในพื้นที่และมีทีมสหวิชาชีพเป็นพี่เลี้ยง ร่วมกับองค์ประกอบด้านการติดตามและนโยบายสุขภาพจิต ที่กำหนดให้มีการรายงานผลการดำเนินงานในพื้นที่เป็นประจำ จึงเกิดแรงจูงใจเชิงระบบและความต่อเนื่องของการปฏิบัติ กลไกดังกล่าว สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่า การถ่ายโอนภารกิจให้บุคลากรระดับปฐมภูมิและอาสาสมัครในประเทศรายได้น้อยและปานกลางช่วยเพิ่มอัตราการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ($RR = 1.29$, $95\% CI = 1.06 - 1.56$) และการดูแลแบบร่วมมือกันช่วยเพิ่มอัตราการฟื้นตัวได้ประมาณ 2 เท่า ($RR = 2.26$, $95\% CI = 1.50 - 3.43$)²⁹ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาในบริบทไทยที่มีการส่งเสริมศักยภาพของภาคีเครือข่ายและชุมชน ซึ่งรายงานว่าการรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน^{5,6}

เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของการมีส่วนร่วมรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ซึ่งเป็นด้านที่สูงที่สุด อาจอธิบายได้จากการกำหนดภารกิจการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีขั้นตอนชัดเจนและใช้เครื่องมือคัดกรองที่กระชับและเข้าใจง่าย อีกทั้งยังเป็นบทบาทที่ภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยเฉพาะ อสม. คำนึงเคยอยู่แล้วจากงานเฝ้าระวังโรคอื่นในชุมชน³⁰ ประกอบกับการพัฒนาช่องทางการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์

เครือข่ายและระบบส่งต่อแบบเร่งด่วน จึงอาจช่วยเสริมแรงให้มีการปฏิบัติต่อเนื่อง สอดคล้องกับการทดลองแบบสุ่มในประเทศเนปาลที่พบว่า การฝึกอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนให้ใช้เครื่องมือค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมตามปกติร้อยละ 47³¹ และสอดคล้องกับการศึกษาความแม่นยำของการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยผู้แจ้งข้อมูลในชุมชน ซึ่งพบค่าพยากรณ์ผลบวกเท่ากับ 0.64 และค่าพยากรณ์ผลลบเท่ากับ 0.93 เมื่อเทียบกับการสัมภาษณ์วินิจฉัยมาตรฐาน³² ขณะที่การมีส่วนร่วมด้านบทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน พนักงานสาธารณสุข และพนักงานฝ่ายปกครอง มีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับเล็ก อาจสะท้อนให้เห็นว่าบทบาทเหล่านี้ต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ตามภารกิจประจำของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งมักต้องใช้เวลา นานกว่าการติดตามในการศึกษารั้งนี้ การพัฒนารูปแบบในระยะต่อไปจึงควรเพิ่มความชัดเจนของบทบาทและตัวชี้วัดในแผนปฏิบัติการระดับตำบล โดยเฉพาะสำหรับแกนนำชุมชนและพนักงานฝ่ายปกครอง จัดอบรมเชิงปฏิบัติการร่วมกันระหว่างหน่วยงาน (joint tabletop exercise) สำหรับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชนอกเวลาราชการ กำหนดผู้รับผิดชอบหลักและช่องทางสื่อสารรายหมู่บ้าน รวมทั้งผลักดันให้การเฝ้าระวังผู้ป่วย SMI-V เป็นวาระประจำของ พชอ. เพื่อเสริมแรงจูงใจเชิงระบบและความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วมในด้านเหล่านี้

ผลด้านผู้ดูแลพบว่า คะแนนภาระของผู้ดูแลทั้งโดยรวมและรายด้าน ภาวะซึมเศร้า และความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบด้านการสนับสนุนร่วมกันในระดับชุมชนเพื่อเสริมการดูแลผู้ป่วยเพื่อสร้างโครงข่ายการสนับสนุนที่เข้มแข็งในระดับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในบริบทชุมชนที่รายงานว่าการโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน^{33,34} และการจัดบริการสนับสนุนด้านการสร้างเครือข่ายสังคมช่วยลดความเครียดและภาระทางจิตใจของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ²⁸ นอกจากนี้ยังอาจเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนทุกระดับ รวมถึงการเชื่อมโยงระบบบริการหลักกับการดูแลในชุมชน

ซึ่งเป็นการยกระดับศักยภาพของเครือข่ายในด้านการประสานงาน และการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่รายงานว่า การจัดบริการที่เข้าถึงง่ายในระดับชุมชนสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ^{35,36}

ผลทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยพบว่า ความรุนแรงของอาการทางจิต พฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรง ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงปฏิบัติการในอำเภอ ยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งใช้ชุดเครื่องมือเดียวกัน และรายงานว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงทุกรายได้รับการดูแล ภาวะฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างต่อเนื่อง โดยไม่เกิดเหตุรุนแรงซ้ำภายหลังจำหน่าย³⁷ และสอดคล้องกับการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย SMI-V แบบบูรณาการโดยครอบครัวและชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งพบว่าคะแนนอาการทางจิตลดลงเฉลี่ย 28.43 คะแนน ($p < .001$)³⁸ ส่วนการลดลงของพฤติกรรมก้าวร้าวสอดคล้องกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบบูรณาการในจังหวัดร้อยเอ็ดที่รายงานว่าพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งประเมินด้วย OAS ลดลงจากร้อยละ 33.8 เหลือร้อยละ 14.7³⁹ โดยการลดลงของอาการทางจิตและพฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรงอาจเป็นผลมาจากการส่งเสริมความต่อเนื่องของการรักษาด้วยยาจิตออกฤทธิ์ยาวร่วมกับการเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อถักที่พบว่ายาจิตออกฤทธิ์ยาวลดการกลับเป็นซ้ำและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ดีกว่า ยารับประทาน⁴⁰ และการศึกษาในระดับประชากรที่พบว่าช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่องมีความเสี่ยงต่อการก่อคดีความรุนแรงลดลง โดยเฉพาะยาจิตออกฤทธิ์ยาว ($HR = 0.60$, $95\% CI = 0.39 - 0.92$)⁴¹ ส่วนการลดลงของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอาจเป็นผลโดยตรงจากการคัดกรองเชิงรุกด้วย 9Q และ 2Q plus ร่วมกับระบบส่งต่อแบบเร่งด่วน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทไทย⁴² และระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายระดับชาติของประเทศไทย ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการมาตรฐานจากร้อยละ 5.1 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 48.5 ในปี พ.ศ. 2559⁴³ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถักในต่างประเทศที่พบว่า

การดูแลแบบร่วมมือ (collaborative care) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยบุคลากรหลายวิชาชีพพร้อมกัน (multi-professional approach to patient care) แผนการดูแลที่เป็นระบบและมีโครงสร้าง (structured management plan) การติดตามผู้ป่วยตามแผนอย่างเป็นระบบ (scheduled patient follow-ups) และการสื่อสารและประสานงานระหว่างวิชาชีพอย่างเป็นระบบ (enhanced inter-professional communication) ช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีนัยสำคัญ⁴⁴

แม้ว่าผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จะมีแนวโน้มเชิงบวกในหลากหลายมิติ แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การดำเนินงานในพื้นที่ศึกษาเดียวและไม่มีการควบคุม ซึ่งทำให้ไม่สามารถแยกผลของ KAEDAM Model ออกจากปัจจัยอื่นที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกันได้ ทั้งการดูแลรักษาตามปกติของโรงพยาบาลแกดำและโรงพยาบาลจิตเวช นโยบายและโครงการระดับชาติที่ดำเนินการในพื้นที่ในช่วงเดียวกัน เช่น โครงการชุมชนล้อมรั้ว (community based treatment and care: CBTx) โดยกระทรวงสาธารณสุข และปฏิบัติการแก้ไขปัญหายาเสพติดของกระทรวงมหาดไทย นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจเป็นการดำเนินไปตามธรรมชาติของโรคภายหลังภาวะกำเริบเฉียบพลัน หรือปรากฏการณ์การถดถอยเข้าสู่ค่าเฉลี่ย (regression to the mean) เนื่องจากผู้ป่วยถูกคัดเลือกเข้าศึกษาขณะจัดอยู่ในกลุ่มสีแดงซึ่งเป็นช่วงที่มีความรุนแรงสูงสุด จึงมีแนวโน้มที่การวัดครั้งถัดไปจะมีคะแนนลดลง แม้ไม่มีการแทรกแซง⁴⁵ รวมทั้งผลจากการถูกสังเกต (Hawthorne effect) ที่อาจทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และเครือข่ายเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระหว่างการศึกษา⁴⁶ การตีความผลลัพธ์และการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่อื่นอาจต้องพิจารณาปัจจัยบริบทต่าง ๆ รวมถึงโครงสร้างทรัพยากรชุมชนและระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ที่แตกต่างกัน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ มีการติดตามผลในระยะยาว และการทดสอบโมเดลในบริบทที่หลากหลาย เพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลและความคงทนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้

สรุป

ผลการดำเนินงานในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการประยุกต์ใช้ KAEDAM Model ในการ

จัดการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน ที่เน้นองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผ่านการอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเพิ่มการเข้าถึงบริการผ่านการคัดกรอง การเยี่ยมบ้าน และระบบส่งต่อแบบเร่งด่วน การเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแล การป้องกันภาวะซึมเศร้า การฟื้นฟูสมรรถภาพและการมีส่วนร่วมในชุมชน และการติดตามและประเมินผลเชิงนโยบาย โดยมีแนวโน้มเพิ่มความรู้และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ ตลอดจนลดภาระการดูแลและระดับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลและผู้ป่วย ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาต่อยอดโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ ติดตามผลในระยะยาว และทดลองใช้ในบริบทชุมชนที่หลากหลาย โดยอาจมีการปรับกระบวนการบางส่วนตามความเหมาะสมกับบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอแกลง ที่สนับสนุนการดำเนินงานและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนครั้งนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

เพชรดา ฉ้ามณี : การออกแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; ชรินทร์ ประกายสิทธิ์ : พัฒนาเครื่องมือวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม วิเคราะห์และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ให้ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ; ณัฐวุฒิ สุริยะ : ออกแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ผู้นิพนธ์ทุกคนได้อ่าน ตรวจสอบและรับรองบทความฉบับสุดท้ายก่อนส่งตีพิมพ์

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health. Guidelines for continuous monitoring and care of psychiatric patients with alcohol/ drugs/narcotics (Trial version) [Internet]. Bangkok: Prosperous Plus Company Limited; 2020 [cited 2026 May 26]. Available from: <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/1303> (in Thai)
2. Anti-Drug Operation Centre, Ministry of Public Health. National drug treatment and rehabilitation information system (Bor Sor Tor) [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2026 Aug 15]. Available from: <https://antidrug.moph.go.th/>. (registration required) (in Thai)
3. Department of Mental Health. Number of psychiatric outpatients of service units under the Department of Mental Health, fiscal year 2022 [Internet]. Nonthaburi: Mental Health Data Center, Department of Mental Health; 2022 [cited 2026 Aug 15]. Available from: https://datacenter.dmh.go.th/DTC/ReportSERVICE_PID.aspx (in Thai)
4. Duangsawang N. Situation analysis: state of mental health of people in Maha Sarakham province which is the impact of the outbreak of coronavirus 2019. Journal of Social Science and Cultural. 2024;8(8):212-24. (in Thai)
5. Jirawikrankul S. Development of a surveillance and care system for serious mental illness with high risk to violence patients in communities with community network participation, Buriram province. Journal of Mental Health of Thailand. 2024;32(3):224-35. (in Thai)
6. Lekphet P, Lekphet K, Nawamawat J. The development of surveillance and care model for psychiatric diseases based on community participation, Kaolieo District, Nakhonsawan Province. Journal of Public Health and Health Sciences Research. 2024;6(1):164-77. (in Thai)
7. Chutanawaropakon K. Development of a community-based care model for chronic psychiatric patients in Phu Ruea District, Loei Province, Thailand. Journal of Loei Provincial Public Health Office. 2025;3(1):101-17. (in Thai)
8. Pimsaengsil D. Development of a community network-based care model for chronic psychiatric patients: the "4 build, 2 use" innovation Nasiew Sub-district, Mueang Chaiyaphum district. Chaiyaphum Medical Journal. 2025;45(2):e16769. (in Thai)
9. Parnjun C. Development of mental health and substance abuse patient care model in community, Khun Han district, Sisaket province. Sisaket Journal of Research and Health Development. 2026;5(1):60-75. (in Thai)
10. Chujohor P. Development of a participatory drug addiction psychiatric patient service system of the Non Thai District network. Journal of Environmental Health and Community Health. 2025;10(1):634-40. (in Thai)
11. Pengkred C. The effect of applying a family psycho-education program on medication adherence behaviors among schizophrenia patients in a community, Somdejprapiyamaharachrommaneeeyaket hospital, Kanchanaburi province. Journal of Nursing and Public Health Research. 2021;1(3):1-16. (in Thai)
12. World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021.

13. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(6):64-78. doi:10.1377/hlthaff.20.6.64.
14. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: communicative action and the public sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2005. p. 559-603.
15. Kaewmuang T, Chaitywiratnanukul P, Naaon P, Kanchanapinyowong S, Wongsawat P. Manual of guidelines for screening psychiatric patients at high risk of violence (SMI-V) [Internet]. Nonthaburi: Sector for Mental Health Service Administration, Department of Mental Health; 2021 [cited 2026 Aug 15]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1391> (in Thai)
16. Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: concepts and measures for project design, implementation and evaluation. *Rural Development Monograph No. 2*. Ithaca (NY): Rural Development Committee, Center for International Studies, Cornell University; 1977.
17. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep*. 1962;10(3):799-812. doi:10.2466/pr0.1962.10.3.799.
18. Suwanmaitree S, Limsiew U, Sianglam C, editors. Guidelines for the care of psychiatric emergency patients (acute care) for public health service units (levels A, S, M1 and M2), trial edition. 2nd ed. [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2020 [cited 2026 Aug 15]. Available from: <https://mhso.dmh.go.th/assets/pdf/guidebook/general/38.pdf> (in Thai)
19. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry*. 1986;143(1):35-9. doi:10.1176/ajp.143.1.35.
20. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai Central Dialect. *J Psychiatr Assoc Thai*. 2018;63(4):321-34. (in Thai)
21. Silpakit O. Srithanya stress scale. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2008;16(3):177-85. (in Thai)
22. Department of Mental Health. Manual of screening assessment tools for persons with suicidal behaviour problems (2Q plus, 9Q, 8Q) [Internet]. Nonthaburi: Mental Health Promotion and Development Division, Department of Mental Health; 2024 [cited 2026 Aug 15]. Available from: <https://dmhpd.dmh.go.th/>. (in Thai)
23. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20(6):649-55. doi:10.1093/geront/20.6.649.
24. Pinyopornpanish K, Pinyopornpanish M, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Soontornpun A, Kuntawong P. Investigating psychometric properties of the Thai version of the Zarit Burden Interview using Rasch model and confirmatory factor analysis. *BMC Res Notes*. 2020;13(1):120. doi:10.1186/s13104-020-04967-w.
25. Trebble TM, Hansi N, Hydes T, Smith MA, Baker M. Process mapping the patient journey: an introduction. *BMJ*. 2010;341:c4078. doi:10.1136/bmj.c4078.
26. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;1(1):CD007906. doi:10.1002/14651858.CD007906.pub3.
27. Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, et al. Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(6):555-65. doi:10.1001/jama-psychiatry.2018.0623.
28. Yesufu-Udechuku A, Harrison B, Mayo-Wilson E, Young N, Woodhams P, Shiers D, et al. Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2015;206(4):268-74. doi:10.1192/bjp.bp.114.147561.
29. van Ginneken N, Chin WY, Lim YC, Ussif A, Singh R, Shahmalak U, et al. Primary-level worker interventions for the care of people living with mental disorders and distress in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;8(8):CD009149. doi:10.1002/14651858.CD009149.pub3.
30. Barnett ML, Lau AS, Miranda J. Lay health worker involvement in evidence-based treatment delivery: a conceptual model to address disparities in care. *Annu Rev Clin Psychol*. 2018;14:185-208. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050817-084825.
31. Jordans MJD, Luitel NP, Lund C, Kohrt BA. Evaluation of proactive community case detection to increase help seeking for mental health care: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychiatr Serv*. 2020;71(8):810-5. doi:10.1176/appi.ps.201900377.
32. Jordans MJD, Kohrt BA, Luitel NP, Komproe IH, Lund C. Accuracy of proactive case finding for mental disorders by community informants in Nepal. *Br J Psychiatry*. 2015;207(6):501-6. doi:10.1192/bjp.bp.113.141077.
33. Homjandee J, Dangdomyouth P. The effect of social support emphasizing community participation program

- on burden of community schizophrenic patients' caregivers. *Journal of The Police Nurses*. 2019;11(2): 433-43. (in Thai)
34. Dana K. Development of the roles for psychiatric patients care among family caregivers and partnership networks in the community. *Journal of Health Science of Thailand*. 2021;30(3):406-14. (in Thai)
 35. Thaopha R, Srisathan E. Development of a care system with network participation for individuals with substance use disorders in Nong-bua Lamphu province. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2025;33(1):12-23. (in Thai)
 36. Taloh S, Waichomphu N. Developing a care model for high-risk schizophrenia patients to prevent severe violence occurrences, Pattani hospital. *Journal of Health Science and Pedagogy*. 2024;4(2):58-70. (in Thai)
 37. Prakiranya P, Swangthaisong C, Boonmee D, Chanthanuy K, Chaisorn O. Guidelines for the care of drug addicts with mental illness and high risk of violence with community participation, Yang Si Surat District, Maha Sarakham Province. *Journal of Environmental Health and Community Health*. 2024;9(6):218-28. (in Thai)
 38. Yamueang SS, Bunpok S, Changmuang S, Chairatana W. Development of a comprehensive psychiatric care system (SMI-V) with family and community involvement, Maewadi Hospital, Roi Et Province. *Journal of Research and Health Innovative Development*. 2025;6(3):58-73. (in Thai)
 39. Serirattana T. Development of an integrated approach to reduce the aggressive behavior of drug users with psychiatric symptoms in Roi Et Province. *Singburi Hospital Journal*. 2024;32(3):B127-40. (in Thai)
 40. Kishimoto T, Hagi K, Kurokawa S, Kane JM, Correll CU. Long-acting injectable versus oral antipsychotics for the maintenance treatment of schizophrenia: a systematic review and comparative meta-analysis of randomised, cohort, and pre-post studies. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(5):387-404. doi:10.1016/S2215-0366(21)00039-0.
 41. Fazel S, Zetterqvist J, Larsson H, Langstrom N, Lichtenstein P. Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. *Lancet*. 2014;384(9949):1206-14. doi:10.1016/S0140-6736(14)60379-2.
 42. Sompaisarn B, Rehm J, Tamdee D, Wisutthananon A, Thummathai K, Tongtua K, et al. Evaluating the efficacy of a community participatory intervention to prevent suicide in Thailand: a randomised controlled trial protocol. *BMJ Open*. 2023;13(7):e066201. doi:10.1136/bmjopen-2022-066201.
 43. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South East Asia J Public Health*. 2017;6(1):34-8. doi:10.4103/2224-3151.206162
 44. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10(10):CD006525. doi:10.1002/14651858.CD006525.pub2.
 45. Barnett AG, van der Pols JC, Dobson AJ. Regression to the mean: what it is and how to deal with it. *Int J Epidemiol*. 2005;34(1):215-20. doi:10.1093/ije/dyh299.
 46. McCambridge J, Witton J, Elbourne DR. Systematic review of the Hawthorne effect: new concepts are needed to study research participation effects. *J Clin Epidemiol*. 2014;67(3):267-77. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.08.015.