การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ภายใต้การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

Study and development of Serious Mental Illness with High Risk to Violence Under Participative Management of District Health Board, Na Chueak District, Maha Sarakham Province

สมัย บัวชา* ณัฐจารวี กุระดี**
Samai Baucha, Nutjarawee Kuradee
Corresponding author: E-mail: fron0307@gmail.com
(Received: January 18, 2025; Revised: January 26, 2025; Accepted: February 26, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ภายใต้การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนาเชือกและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทพื้นที่ วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้รูปแบบการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประชุมการสนทนากลุ่ม และระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยแบบประเมินผลการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย : อำเภอนาเชือกมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ภายใต้การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งคณะทำงาน/กำหนดบทบาทผู้ทำงานที่ชัดเจน 2) การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย 3) การเก็บข้อมูลการวิเคราะห์และกำหนดปัญหาแบบมีส่วนร่วม 4) การจัดทำแผนงานโครงการประจำปี และงบประมาณของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช 5) การจัดหางบประมาณและการจัดสรรงบประมาณ 6) การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 7) มีการจัดแผน กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน 8) การถอดบทเรียน 9) การคืนข้อมูลสู่ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตตามกระบวนการ UCCARE การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าผ่านเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงสุด คือ 5 คะแนน (บูรณาการ) ทั้ง 6 ด้าน หลังการพัฒนารูปแบบมีผลลัพธ์ในการแก้ปัญหาที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นจากปีก่อน กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้น คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือ การบูรณาการจากหลายภาคส่วน มีนโยบายชัดเจน คณะกรรมการและทีมที่เข้มแข็ง วิเคราะห์และกำหนดปัญหาแบบมีส่วนร่วมมีแผนและงบประมาณสนับสนุน และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง; การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม; อำเภอนาเชือก

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเชือก
**นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเชือก

Abstract

Purposes : To develop a care model for psychiatric patients at high risk of violence under the participatory management of the District Quality of Life Development Committee, Na Chueak District, Maha Sarakham Province.

Study design : The research design is an action research.

Materials and Methods : The sample group was the Quality of Life Development Committee of Na Chueak District and stakeholders. Lost The implementation period is October 2023 - December 2024. The research is divided into 3 phases: Phase 1: Study the context of the area. Analyze the situation of the care for psychiatric patients at high risk of violence. Collect qualitative data using the document analysis form. Phase 2: Develop a model for caring for psychiatric patients at high risk of violence. Collect qualitative data using in-depth interviews and focus group discussions. Phase 3: Evaluate the model for caring for psychiatric patients at high risk of violence using the UCCARE process performance evaluation form. Analyze data using descriptive statistics, including numbers, percentages, and qualitative analysis.

Main finding : Na Chueak District has a model for caring for psychiatric patients at high risk of violence under the participatory management of the District Quality of Life Development Committee, consisting of 1) Appointing a working group/specifying clear roles of workers 2) Developing the potential of network partners (3) Participatory data collection, analysis, and problem determination 4) Preparing annual project plans and budgets for psychiatric patients 5) Procuring and allocating budgets 6) Participation from all sectors 7) Planning, monitoring, and evaluating operations (8) Lessons learned 9) Returning information to the community and stakeholders. When assessing the quality of life development standards according to the UCCARE process for caring for psychiatric patients at high risk of violence, it was found that it passed the highest performance evaluation criteria, which was 5 points (integrated) in all 6 areas. After the model development, there were clearer results in solving problems and there was improvement from the previous year. The sample group was satisfied with the developed model for caring for psychiatric patients at high risk of violence, accounting for 100 percent.

Conclusion and Recommendations : The results of this study indicate that key success factors include multi-sectoral integration, clear policies, strong committees and teams, participatory problem analysis and definition, support plans and budgets, and continuous monitoring and evaluation.

Keywords : Serious Mental Illness with High Risk to Violence; Participatory management; Na Chueak District

* Public Health Technical Officer, Na Chueak District Public Health Office.

** Public Health Technical Officer, Na Chueak District Public Health Office.

บทนำ

จากนโยบายและระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 กำหนดให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นการพัฒนาความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นผู้ขับเคลื่อนไปในทิศทางและเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวมอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในแต่ละอำเภอ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง[1] เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิรูปที่มีความเชื่อมโยงผสมผสานการดูแลความเป็นอยู่และการดูแลสุขภาพของประชาชนที่สร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมที่ดีสู่เป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดี ตามความหมายที่บัญญัติไว้ใน พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 “สุขภาพ หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วยสมาชิกที่ได้รับการแต่งตั้งหรือคัดเลือกจากทั้งภาคสาธารณสุข ภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น และชุมชนในอำเภอนั้นๆ มีวาระในการปฏิบัติงานตามที่กำหนดและมีหน้าที่ในการสนับสนุน ติดตาม ประเมินผลการดำเนินการ ให้บริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ รวมถึงประสานงานกับทุกภาคส่วนในการพัฒนายกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพหลัก ๆ และประเด็นด้านการจัดการระบบและองค์กรต่าง ๆ ภายในอำเภอเป็นอย่างดีโดยมีบทบาทหน้าที่ในการร่วมกันกำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง ยุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ภายในอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน

จังหวัดมหาสารคามได้ดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของจังหวัดมหาสารคาม มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ภายใต้วิสัยทัศน์ “ตักสิลาเมืองแห่งเศรษฐกิจมั่นคง สังคมมีสุข ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ดี”[2] อำเภอนาเชือกขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เกิดการบูรณการ เป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและการประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิตและสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน ภายใต้วิสัยทัศน์ “คนนาเชือก ไม่ทอดทิ้งกัน”[3]

ปี พ.ศ.2566 เป็นต้นมาอำเภอนาเชือก ได้มีการกำหนดกิจกรรมตรวจเยี่ยมเสริมพลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพื่อรับฟังผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค พร้อมแนะนำช่วยเหลือหาทางแก้ไขปัญหา จากการลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล พบรายงานสะท้อนปัญหาเกือบทุกแห่งในเรื่องประเด็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ก่อความวุ่นวาย เผาบ้านเพื่อนบ้าน ทำอนาจารต่อที่ธารกำนัน เป็นที่หวาดกลัว ความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของญาติและคนในชุมชน เมื่อมีการแจ้งเหตุทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าระงับเหตุ แต่ก็ไม่มีหน่วยงานใดเข้ารับตัวผู้ป่วยเพื่อรักษาและส่งต่อ เนื่องจากแต่ละหน่วยงานมองว่าไม่ใช่หน้าที่รับผิดชอบของตนเอง เกิดการปฏิเสธและบ่ายเบี่ยง บางกรณีเมื่อเกิดเหตุมีหน่วยงานเข้าระงับเหตุและพานำตัวส่งโรงพยาบาลนาเชือก เมื่อทางโรงพยาบาลนาเชือกพิจารณาส่งตัวรักษาต่อโรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลนาเชือกไม่สามารถส่งตัวต่อได้เนื่องจากรถและเจ้าหน้าที่มีไม่เพียงพอ เมื่อญาติไม่มีรถทางญาติต้องร้องขอให้ทางองค์การบริหารส่วนตำบลช่วยแต่ก็ช่วยได้เป็นบางกรณีด้วยเหตุจำกัดหลายๆ อย่างของหน่วยงาน เมื่อร้องขอทางตำรวจก็ช่วยได้เป็นบางกรณีแต่ต้องมี

ค่าใช้จ่าย ทั้งค่ารถ ค่าบุคลากรอัตรากำลังควบคุมตัวระหว่างเดินทาง บางกรณีญาติมีรถนำส่งผู้ป่วยเอง แต่ต้องร้องขออัตรากำลังทางปกครองเพื่อควบคุมตัวระหว่างเดินทาง[4] ปี พ.ศ.2566 อำเภอนาเชือกพบผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) จำนวน 62 คน จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จากการใช้สารเสพติด จำนวน 51 คน (ร้อยละ 82.26) กลุ่มอื่นๆจำนวน 11 คน (ร้อยละ 17.74) ปี พ.ศ.2567 อำเภอนาเชือกพบผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) จำนวน 58 คน จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จากการใช้สารเสพติด จำนวน 50 คน (ร้อยละ 86.21) กลุ่มอื่นๆจำนวน 8 คน (ร้อยละ 13.79)[5] อำเภอนาเชือกได้คัดเลือกประเด็นปัญหาผู้ป่วยจิตเวชจากเมทแอมเฟตามีน เข้าในประเด็นที่ 1 **คนนาเชือกทุกช่วงวัยคุณภาพชีวิตดีมีอายุยืนยาว ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นปัญหาที่แท้จริงของชุมชนที่ต้องการแก้ไข จากการรับฟังปัญหาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนำโดยนายอำเภอนาเชือก ร่วมประชุมปรึกษาหารือ หาแนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน**

ด้วยสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยซึ่งเป็นเลขานุการการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สนใจศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ภายใต้การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม มีเป้าหมายเพื่อสร้างสังคมที่ปลอดภัยในความเชื่อเดียวกันว่าความรุนแรงเป็นเรื่องยอมรับไม่ได้และความปลอดภัยสำหรับประชาชนเป็นเรื่องที่ต้องสร้างให้เกิดหลักประกันขึ้น โดยที่ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง รวมทั้งร่วมกันค้นหาส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง ในชุมชนแบบไร้รอยต่อ ให้ทุกคนได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานมีโอกาสได้รับการดูแลเข้าถึงบริการทางสุขภาพและสังคม และได้รับการคุ้มครองดูแลในสภาพแวดล้อมแห่งความรักและความเข้าใจ ตามวิสัยทัศน์ที่ว่า “คนนาเชือก ไม่ทอดทิ้งกัน” ภายใต้การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อนำไปสู่ความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในพื้นที่อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ภายใต้การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

พื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง พื้นที่อำเภอนาเชือก จำนวน 10 ตำบล 145 หมู่บ้าน คัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจง (Purposive Selection) กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนาเชือกและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งสิ้น 68 คน ใช้วิธีสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติคือ ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลและได้รับผลกระทบจากผู้ป่วยโดยตรงและสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ 2) การสังเกต 3) รายงานการประชุม/รายงานกิจกรรมต่างๆ 4) ทะเบียนเบิกเงินค่านำส่งผู้ป่วย 5) ภาพถ่าย วิดีโอ สื่อประชาสัมพันธ์ และ 6) โปรแกรม HOSxP

2. แบบประเมินผลการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE เป็นแบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) โดยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้วิจัยได้ดำเนินการ

ตามขั้นตอน ดังนี้ (1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์ (2) สร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (3) ขอแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเครื่องมือที่สร้างไว้ โดยพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความชัดเจนของคำถาม จากนั้นวิเคราะห์ค่า IOC ซึ่งได้ค่าระหว่าง 0.67 - 1.00 และ (4) นำแบบสัมภาษณ์มาปรับแก้ไขเพื่อนำไปสัมภาษณ์ต่อไป

การวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทพื้นที่ วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้รูปแบบการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) จากแหล่งข้อมูล (Sources of Data) ได้แก่ นโยบาย แผนงาน โครงการ แผนปฏิบัติงาน คำสั่ง รายงานการประชุม เอกสารสรุปผลการดำเนินงานผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และฐานข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลนาเชือก ถอดบทเรียนและสรุปผลการดำเนินงาน ใน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบริบทพื้นที่ ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ที่ผ่านมา ร่วมกับทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้ส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้การ วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action Research) มี 4 ขั้นตอน[6] ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสิน คือ ริเริ่ม ตัดสินใจ และปฏิบัติการ ส่วนร่วมในกิจกรรม ร่วมรับรู้ปัญหา ร่วมวางแผนออกแบบกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมในการปฏิบัติ คือ ด้านทรัพยากร การบริหาร และประสานความร่วมมือตลอดจนมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ มีส่วนร่วมในการประเมิน โดยประชุมปรึกษาหารือ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งได้กำหนดแผนงานการดำเนินงานมุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามรูปแบบที่วางไว้ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation) เป็นขั้นตอนการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการให้ภาคีเครือข่ายมีการนำเสนอในการประชุมร่วมกับเยี่ยมติดตามชื่นชมเสริมพลังภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกตำบล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ประชุมถอดบทเรียน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สร้างคุณค่า สร้างความภูมิใจ สร้างขวัญกำลังใจ ทบทวนและปรับปรุงพัฒนาการทำงาน

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงการประเมินผลการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE เป็นแบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) โดยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 ซึ่งประกอบด้วย การประเมินดังต่อไปนี้ 1) การทำงานเป็นทีม (Unity Team) 2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus) 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community Participation) 4) การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) 5) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) และ 6) การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential Care)[7]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ รายงานการประชุม รายงานการดำเนินงาน รายงานการดำเนินกิจกรรม แบบลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม/กิจกรรม ทะเบียนเบิกเงินค่านำส่งผู้ป่วย ภาพถ่าย วิดีโอ สื่อประชาสัมพันธ์ การสังเกตุ ประชุมกลุ่มย่อย ซึ่งผ่านการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อความครบถ้วนครอบคลุมในเนื้อหา ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และตอบปัญหาของการวิจัยได้ ผู้วิจัย

จะทำการตรวจสอบข้อมูลทุกขั้นตอนที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านบริบท ข้อมูลทางสังคมจากรูปธรรมหรือจากปรากฏการณ์ที่พบเห็นแล้วทำการวิเคราะห์ ควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูลภาคสนามทุกครั้ง การตรวจสอบความถูกต้อง และความเชื่อถือของข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต แล้วนำมาวิเคราะห์ความสอดคล้องของเหตุและผลในแต่ละประเด็น

2. การวิเคราะห์ข้อมูลในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ผู้ดำเนินการวิจัยร่วมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการวิเคราะห์ร่วมกันทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล ศึกษาบริบทการทำงาน วิเคราะห์ปัญหา การวางแผนและการดำเนินงาน

3. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย (Analytic Induction) โดยการตีความสร้างข้อสรุป ข้อความจากรูปธรรมหรือจากปรากฏการณ์ที่พบเห็นแล้วทำการวิเคราะห์ควบคู่กับการเก็บข้อมูลในการประชุมร่วมกันทุกครั้ง

4. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน (Number) ร้อยละ (Percentage)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนาเชือก เอกสารรับรองเลขที่ EC 2566-57

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 บริบทพื้นที่ วิเคราะห์สถานการณ์ การดำเนินงาน ผลลัพธ์การดำเนินงาน

1.1 ด้านบริบทพื้นที่อำเภอนาเชือกตั้งอยู่ทางทิศใต้และห่างจากตัวจังหวัดมหาสารคาม ประมาณ 57 กิโลเมตร พื้นที่ประมาณ 528.198 ตารางกิโลเมตรใช้เป็นพื้นที่การเกษตร 196,323 ไร่ และใช้ประโยชน์เพื่อการอื่นๆ อีกประมาณ 133,800 ไร่ มีอ่างเก็บน้ำขนาดกลาง 1 แห่ง การปกครอง แบ่งเป็น 10 ตำบล 145 หมู่บ้าน 13,865 หลังคาเรือน ประชากร 60,695 คนส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ปลูกข้าว ปลูกอ้อย ทำไร่มันสำปะหลัง ฯลฯ มีเทศบาลตำบล 1 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 10 แห่ง มีโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 3 แห่งโรงเรียนขยายโอกาส จำนวน 2 แห่งระดับประถมศึกษา จำนวน 39 แห่ง ศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด 27 ศูนย์ ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย 3 แห่ง อำเภอนาเชือกมีพื้นที่รอยต่อทิศเหนือติดกับอำเภอบรบือและอำเภอกุดรัง ทิศใต้ติดกับอำเภอยางสีสุราชและอำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ ทิศตะวันออกติดกับอำเภอวาปีปทุมและอำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ทิศตะวันตกติดกับอำเภอหนองสองห้องและอำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ประชาชนส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์และรถยนต์ส่วนบุคคลในการเดินทางในพื้นที่หมู่บ้าน มีสัญญาณเครือข่ายโทรศัพท์ติดต่อสื่อสารกันได้สะดวก ในชุมชนมีไฟฟ้าใช้อย่างทั่วถึง ครอบคลุมทุกพื้นที่ ด้านสาธารณสุขมีโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จำนวน 12 แห่ง คลินิก 7 แห่ง ร้านจำหน่ายยา 5 แห่ง ประชาชนได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลจากภาครัฐครอบคลุมร้อยละ 100 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยผ่านการประสานงานการให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน ผ่านทาง 1669 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ดำเนินการบริการสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น การควบคุมป้องกันโรคติดต่อ การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต เป็นต้น

1.2 ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ปี พ.ศ. 2563-2566 พบผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 43 , 56, 46 และ 62 คน ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและพบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตก่อความรุนแรง

มีอาการคลุ้มคลั่ง มีพฤติกรรมก้าวร้าว หวาดระแวง เอะอะโวยวาย ทำลายทรัพย์สิน จำนวน 7, 9, 11 และ 12 ราย จากการสอบถามญาติผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และยังมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำจนต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะทาง ประกอบกับญาติขาดความรู้และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย

1.3 ด้านกระบวนการการดำเนินการดูผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โรงพยาบาลนาเชือกได้จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด มีแผนงานติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ร่วมกับภาคีเครือข่าย 5 ทหารเสือ พิทักษ์ผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวช (สาธารณสุข ตำรวจ ปกครอง ท้องถิ่น และ ญาติผู้ป่วย) จำนวน 2 เดือน/ครั้ง อำเภอนาเชือกจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอนาเชือก (ศอ.ปส.อ.นาเชือก) แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดและศูนย์บูรณาการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวช อำเภอนาเชือก เมื่อชุมชนพบผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง มีพฤติกรรมก้าวร้าว หวาดระแวง เอะอะโวยวาย ทำลายทรัพย์สิน ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ ตำรวจ หรือปกครองอำเภอเข้าระงับเหตุ แต่ก็ไม่มีหน่วยงานใดเข้ารับตัวผู้ป่วยเพื่อรักษาและส่งต่อ เนื่องจากแต่ละหน่วยงานมองว่าไม่ใช่หน้าที่รับผิดชอบของตนเอง เกิดการปฏิเสธและบ่ายเบี่ยง บางครั้งหน่วยงานที่เข้าระงับเหตุนำตัวส่งโรงพยาบาลนาเชือก เมื่อทางโรงพยาบาลนาเชือกพิจารณาส่งตัวรักษาต่อโรงพยาบาลเฉพาะทางต่างจังหวัด โรงพยาบาลนาเชือกไม่สามารถส่งตัวต่อได้ เนื่องจากรถและเจ้าหน้าที่มีไม่เพียงพอ ทางญาติต้องร้องขอให้ทางองค์การบริหารส่วนตำบลช่วยแต่ก็ช่วยได้เป็นบางกรณีด้วยเหตุจำกัดหลายๆ อย่างของหน่วยงาน เมื่อร้องขอทางตำรวจก็ช่วยได้เป็นบางกรณีแต่ต้องมีค่าใช้จ่าย ทั้งค่ารถ ค่าบุคลากรอัตรากำลังควบคุมตัวระหว่างเดินทาง บางกรณีญาติมีรถนำส่งผู้ป่วยเอง แต่ต้องร้องขออัตรากำลังทางปกครองเพื่อควบคุมตัวระหว่างเดินทาง ทำให้ไม่มีรูปแบบการดูแลป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ชัดเจน

1.4 ด้านผลลัพธ์การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2563 – 2566 พบว่าสถิติผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง มีอาการคลุ้มคลั่ง มีพฤติกรรมก้าวร้าว หวาดระแวง เอะอะโวยวาย ทำลายทรัพย์สิน เพิ่มมากขึ้นอาจเนื่องด้วยขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การกลับไปใช้สารเสพติด ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยของสหวิชาชีพก็ทำงานตามภารกิจรับผิดชอบของตัวเอง ขาดการบูรณาการทำงานร่วมกัน ขาดเจ้าภาพหลัก การมีหรือสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณไม่เพียงพอหรือไม่มีในการดำเนินงาน เมื่อเกิดเหตุอาละวาดผู้ป่วยทุกคนได้เข้ารับการรักษาพยาบาลตามสิทธิ์ของผู้ป่วย แต่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีความยากง่ายแล้วแต่บริบทของผู้ป่วย ญาติ ชุมชนพื้นที่แต่ละตำบลไม่เหมือนกันเนื่องด้วยเหตุปัจจัยหลายอย่าง จากการถอดบทเรียนและทบทวนเอกสารข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ ความจำเป็นและความท้าทายของการบริหารจัดการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่เหมาะสมของอำเภอนาเชือก ที่จะส่งผลให้สถานะสุขภาพ (Health Status) และคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ดีขึ้น

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประกอบด้วย

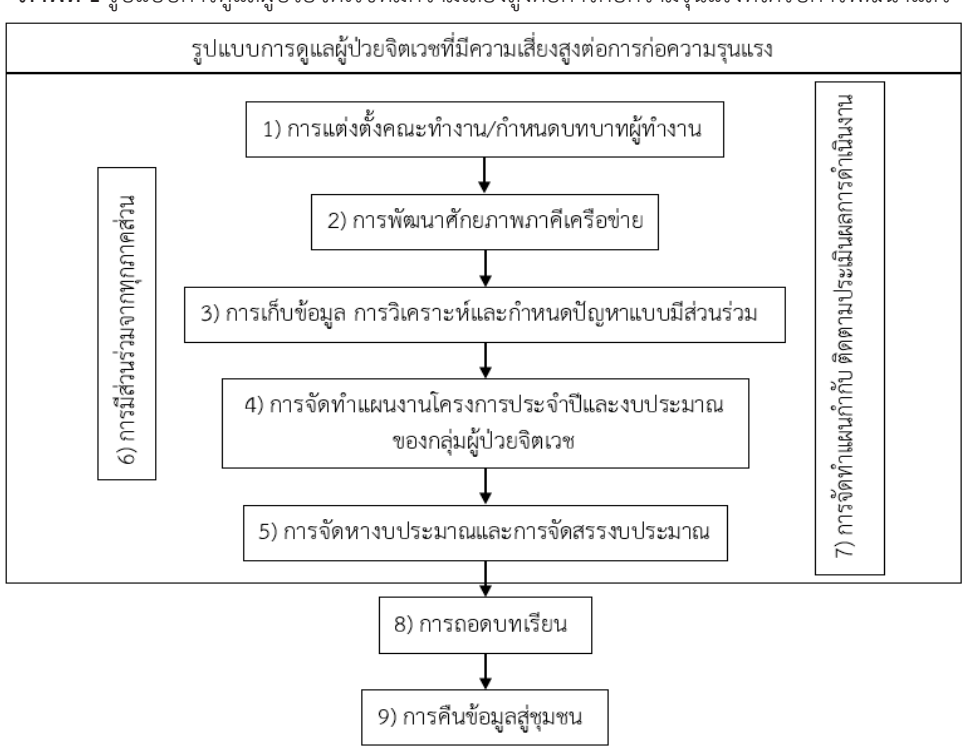
2.1 การพัฒนาแผนการปฏิบัติ (Planning) เป็นกิจกรรมวางแผนและวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ภายใต้การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย กิจกรรมการประชุมวางแผนการบริหารแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหา สภาพปัจจุบัน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน แสดงความคิดเห็นในการกำหนดนโยบาย ร่วมการตัดสิน (Decision Making) ร่วมในการปฏิบัติ (Implementation) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) การมีส่วนร่วม

ในการประเมิน (Evaluation) พบว่า การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน แล้วแต่ความยากง่ายของผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแต่ละตำบล ขาดอัตรากำลังและงบประมาณสนับสนุน จึงมีมติที่ประชุมให้ระดมทุนจัดตั้งกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนาเชือก “คนนาเชือก ไม่ทอดทิ้งกัน” เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานและเพื่อให้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในลำดับถัดไป

1) ระดมทุนจัดตั้งกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนาเชือก “คนนาเชือกไม่ทอดทิ้งกัน”โดยการจัดงานวิ่งนาเชือกมินิมาราธอน 2024 รายได้หลังหักค่าใช้จ่ายที่ประชุมพิจารณาใช้จ่ายในการนำส่งผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการรักษาต่างจังหวัด 20 ราย ๆ ละ 3,000 บาท (ไปส่ง 1,500 บาท, รับกลับ 1,500 บาท) จัดสรรงบประมาณในการซื้อสิ่งของ อุปโภค บริโภค ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งละ 200 บาทต่อคน พร้อมบูรณาการงบประมาณจากทุกภาคส่วนสนับสนุนการดำเนินงาน

2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้กลไกระบบสุขภาพอำเภอ (District Health system; DHS) เป็นระบบการทำงานระดับอำเภอร่วมกับทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน เกิดคณะทำงาน โดยมีกรอบแผนงาน แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหา คือมีการสร้างทีมระดับอำเภอโดยอำเภอนาเชือกเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินการ (ระงับเหตุ รับตัวเข้ารักษาโรงพยาบาลนาเชือก ส่งตัวต่อโรงพยาบาลเฉพาะทางต่างจังหวัดและรับกลับเข้าสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ) บูรณาการการทำงานกับทีมระดับตำบล พชต. โดยมีภาคีเครือข่ายร่วมให้การสนับสนุนและดำเนินงาน ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ภายใต้การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนาเชือก ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการพัฒนาแล้ว



2.2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งได้กำหนดแผนงานการดำเนินงานมุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามรูปแบบที่วางไว้ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดังนี้ 1) จัดประชุมชี้แจงคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นายอำเภอนาเชือกมอบนโยบายและคำสั่งตามภาระกิจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่ผ่านมติที่ประชุมแล้ว พร้อมมีมติให้จัดประชุม 2 เดือน/ครั้ง 2) พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระดับอำเภอและตำบล โดยแพทย์โรงพยาบาลนาเชือกผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 2 คน พยาบาลผ่านการอบรมสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน รพ.สต.ทุกแห่งและแกนนำ อสม. ทุกแห่งที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ผ่านการอบรมความรู้เรื่องสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 1,400 ราย กำนันผู้ใหญ่บ้าน อสม. และชุดรักษาความปลอดภัย (ชรบ.) 1,870 ราย ผ่านการอบรมความรู้การสำรวจและค้นหาผู้ป่วยทางจิตจากการใช้สารเสพติดโดยใช้การสังเกต 5 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรงและฝึกทักษะยุทธวิธี การใช้ไม้ง่ามในการเข้าระงับเหตุที่เป็นหลักสากล 3) พัฒนาระบบการดูแล รักษา รับตัว ส่งต่อ รับกลับผู้ป่วยจิตเวชเข้าชุมชนกำหนดบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย และสร้างการรับรู้ร่วมกันในบทบาทหน้าที่กำหนดขั้นตอนในการดำเนินงานให้ชัดเจนเป็นรูปธรรม และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงโดยเน้นการมีส่วนร่วมในการทำงานของทุกฝ่าย 4) พัฒนาระบบสื่อสารสนเทศเพื่อใช้ในการสื่อสาร ประสานงาน ติดตามผู้ป่วย นำเสนอคืนข้อมูล รายงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้นให้แก่ภาคีเครือข่ายและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ใน Goup Line และสร้างเพจ Facebook พร้อมแต่งตั้งแอดมินประจำเพจส่งข้อมูลข่าวสารการทำงานของคณะทำงาน ในการดูแล รักษา รับตัว ส่งต่อ รับกลับผู้ป่วยเข้าชุมชนให้กับประชาชนและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และ 5) ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงาน การพัฒนาการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยในระดับพื้นที่

2.3 การสังเกตผล (Observation) เป็นขั้นตอนการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการดังนี้ ให้ภาคีเครือข่ายมีการนำเสนอในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ และการประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ของอำเภอทุกเดือนโดย รพ.สต.ในพื้นที่ เจ้าหน้าสาธารณสุข ท้องถิ่น ปกครอง/ตำรวจ ผู้นำชุมชนและ อสม.บั๊ดดี้ ร่วมติดตามเยี่ยมกำกับการรับประทานยา การไปตรวจตามนัด การเยี่ยมเสริมกำลังใจทั้งผู้ป่วยและญาติ ส่งรายงานผลเข้ากลุ่มไลน์ประจำตำบล ทุกราย 100% สามารถลดระดับความรุนแรงและปรับระดับกลุ่มสีจากสีแดง ไม่มีผู้ป่วย, สีเหลือง 47 คน, สีเขียว 11 คน, สีขาว ไม่มีผู้ป่วย ผลการดำเนินงานปรับสีเป็น สีแดง ไม่มีผู้ป่วย, สีเหลือง 22 คน, สีเขียว 16 คน, สีขาว 18 คน ซึ่งสามารถเพิ่มสีขาวและสีเขียวได้ ผลการตอบรับให้ความร่วมมือจากญาติและผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมาก ตัวเจ้าหน้าที่เองก็มีความรู้ความเข้าในเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ดีมากขึ้น พบรายงานผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่งจำนวน 28 ราย ตำบลเขวาไร่ จำนวน 7 ราย, ตำบลนาเชือก จำนวน 6 ราย, ตำบลสันป่าตอง จำนวน 3 ราย, ตำบลหนองกุง จำนวน 3 ราย, ตำบลหนองแดง จำนวน 2 ราย, ตำบลหนองเม็ก จำนวน 5 ราย, ตำบลหนองเรือ จำนวน 1 ราย, ตำบลปอพาน จำนวน 1 ราย การพบผู้ป่วยมีจำนวนแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมมีความรู้ความเข้าใจใน 5 สัญญาณเตือน ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดหรือผู้ป่วยขาดยา เป็นต้น ทางพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพร้อมให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ทุกกรณีและทุกครั้งเมื่อพื้นที่ประสานขอความช่วยเหลือ เป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชตามปฏิบัติการฯ ระยะเร่งด่วน 3 เดือน 25 คน ดำเนินการได้ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 120 แสดงถึงความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย ทุกสหสาขาและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เข้มแข็ง ทำให้ภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอนาเชือกเป็นไปในทางที่ดีและชัดเจนมากขึ้น

2.4 การสะท้อนผล (Reflection) เป็นขั้นตอนจัดเวที

การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมีเป้าหมายเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ทบทวนแนวทาง ผลการปฏิบัติงาน ปัญหา อุปสรรค ผลการดำเนินงานตามรูปแบบ ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า คณะทำงานเข้าใจบทบาทหน้าที่และแนวทางการปฏิบัติงานมากขึ้น กระบวนการทำงานส่วนมากบรรลุตามวัตถุประสงค์ มีปัญหาอุปสรรคการทำงานเฉพาะหน้าในบางกรณี มีการทำใบประกาศนียบัตรให้กับผู้นำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ที่มีส่วนช่วยระงับเหตุผู้ป่วยคลุ้มคลั่งและรายงานผู้ป่วยเข้ามาทางอำเภอเพื่อนำตัวส่งรักษา พร้อมชื่นชมลงในกลุ่มไลน์ พบปัญหาและควรดำเนินการเพิ่มเติมได้แก่ 1) ด้านงบประมาณ จากการทบทวนเคสพบแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นต้องมีการใช้งบประมาณในการดำเนินงานมากขึ้น งบประมาณอาจไม่เพียงพอต่อการจัดสรรและการบริหารจัดการต่อไปในอนาคต

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ภายใต้การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE ประกอบด้วย

1. การทำงานเป็นทีม (Unity Team) พบว่า การขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย ภาครัฐ 9 คน ภาคเอกชน 5 คน และ ภาคประชาชน 7 คน รวมทั้งมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด ประกอบไปด้วย คณะกรรมการอำนวยการ จำนวน 24 คน คณะทำงานระดับตำบล จำนวน 6 ชุด และคณะทำงานระดับหมู่บ้าน บูรณาการการทำงานกับทีมระดับตำบล พชต. โดยมีภาคีเครือข่ายร่วมให้การสนับสนุนและดำเนินงาน เกิดภาคีเครือข่าย 5 เสือ พิทักษ์ผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวช ร่วมวิเคราะห์บริบทพื้นที่ ร่วมวางแผนร่วมดำเนินงาน ร่วมแก้ปัญหาและร่วมติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงสุด คือ 5 คะแนน (บูรณาการ)

2. การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus) พบว่า มีการจัด กระบวนการเพื่อรับฟังแนวทาง/ความคิดเห็นกลุ่มผู้ป่วย ญาติ และชุมชน สร้างการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนผ่านทางการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประชุมหมู่บ้าน เพจ Facebook กลุ่มไลน์ จัดทำแผนและจัดสรรงบประมาณในการส่งต่อรักษาที่ต่างจังหวัด จำนวน 1,500 บาท และรับกลับบ้าน จำนวน 1,500 บาท พร้อมกับจัดสรรงบประมาณในการซื้อสิ่งของอุปโภคบริโภค ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งละ 200 บาทต่อคน มีการบูรณาการทุกภาคส่วนครอบคลุมทุกมิติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของกิจกรรมการเรียนรู้ให้เป็นที่น่าสนใจแก่ผู้นำชุมชน ญาติ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ประชาชนทั่วไป และภาคีเครือข่าย มีการวิเคราะห์ต้นทุนของชุมชนที่มีอยู่เพื่อหาจุดเด่น จุดพัฒนาของชุมชน มีการส่งเสริมความรู้เพื่อชุมชนดูแลผู้ป่วยได้อย่างเข้าใจ รวบรวมข้อมูล ประมวลผลและคืนข้อมูลสู่ชุมชน ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงสุด คือ 5 คะแนน (บูรณาการ)

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation) พบว่า ทั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะทำงาน ภาคีเครือข่าย ทั้งภาคราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นท้องที่ ภาคเอกชน กลุ่มพลังมวลชนต่างๆ ผู้นำชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมวางแผนอย่างเป็นระบบ ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามการดำเนินงานในชุมชน มีการประชุมเพื่อติดตาม ทบทวน ปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดงานวิ่งนาเชือกมินิมาราธอน 2024 เพื่อระดมทุนจัดตั้งกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนาเชือกเป็นการทำกิจกรรมร่วมกันของชมรมอาสาสมัครประจำหมู่บ้านอำเภอนาเชือก สภาสตรี สภาวัฒนธรรม ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมวิ่งได้วิ่งดี ชมรมพ่อค้าและสภาพัฒนาเมืองอำเภอนาเชือก ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน

เป็นการระดมทุน ระดมทรัพยากร คน เงิน ของ กิจกรรมการดำเนินงานตามประเด็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาศัยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนเครือข่าย เช่น กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีบทบาทในการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน สื่อสารกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ชุมชนร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้ครบทุกมิติ ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงสุด คือ 5 คะแนน (บูรณาการ)

4. การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) พบว่า มีการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจ และ ความผูกพันให้กับคณะกรรมการและคณะทำงาน จัดประชุมสรุปผลการดำเนินการของคณะกรรมการ พชอ. โดยมีการกล่าวขอบคุณ ชื่นชม ผลการดำเนินงาน พร้อมเสริมพลังการดำเนินงานและการสร้างแรงบันดาลใจ ให้กับคณะทำงานได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อปรับปรุงการดำเนินการให้ดีขึ้น มีพื้นที่ต้นแบบ มีพื้นที่ลูกข่ายและเครือข่าย มีการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมประเมินผลที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความเป็นเจ้าของมีความกระตือรือร้นที่จะดำเนินการเพื่อรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนพื้นที่ต้นแบบ ได้มีโอกาสแสดงความสำเร็จในผลงานของตนเองออกไปในวงกว้าง จึงเกิดความภาคภูมิใจ มีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ เกิดความสุขในการดำเนินการ มีการมอบประกาศเกียรติคุณให้กับพื้นที่ หน่วยงาน องค์กร เครือข่ายและชุมชน ที่มีผลงานด้านการดำเนินงานที่โดดเด่นและเป็นแบบอย่าง มอบเกียรติบัตรสำหรับประชาชน ผู้ร่วมในการบริจาคตามแนวคิด คนนาเชือกไม่ทอดทิ้งกัน ผลการดำเนินงาน อยู่ในระดับสูงสุด คือ 5 คะแนน (บูรณาการ)

5. การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) พบว่า ในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอถึงพื้นที่เป้าหมายและภาคีเครือข่าย มีการใช้ทรัพยากรทั้ง คน เงิน และสิ่งของร่วมกัน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เพื่อร่วมดำเนินงานให้เป้าหมายบรรลุ เช่น รับงบประมาณสนับสนุนโครงการเพื่อสนับสนุนจาก กองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนาเชือก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน ชมรมวิ่งได้วิ่งดี สโมสรไลออนส์นาเชือก และชมรมพ่อค้าอำเภอนาเชือก การจัดบริการที่มีคุณภาพเพื่อส่งมอบบริการที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความมั่นใจ ปลอดภัยสร้างสุขภาวะ ได้รับประโยชน์ครบตามชุดสิทธิประโยชน์ และพึงพอใจในการใช้บริการ โดยผู้บริหารในระดับอำเภอและคณะกรรมการ พชอ. มีบทบาทหน้าที่ในการติดตาม กำกับ ประเมินผลพัฒนาและออกแบบบริการ มีบริการสุขภาพแบบองค์รวม เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน เช่น อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้นำ หัวหน้าส่วนราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล งบตามโครงการพระราชดำริ สนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และคน สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาในชุมชน สนับสนุนเจ้าหน้าที่อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทุกแห่งและแกนนำอสม. ทุกแห่งที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต เพื่อสร้าง อสม. บั๊ดดี้ ให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ฝึกทักษะ ยุทธวิธี ในการเข้าระงับเหตุที่เป็นหลักสากล สำรวจและค้นหาผู้ป่วยทางจิตจากการสังเกต 5 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรงและแนวทางการส่งตัว บำบัด รักษา ฟื้นฟู ให้กับคือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และชุดรักษาความปลอดภัย (ชรบ.) การฝึกอบรมการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเจ้าหน้าที่โดยงบประมาณท้องถิ่น/ชุมชน ซึ่งเป็นการบูรณาการร่วมตามแนวคิด แบ่งปันและใช้ทรัพยากรร่วมกัน ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงสุด คือ 5 คะแนน (บูรณาการ)

6. การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential Care) พบว่า อำเภอนาเชือกมีการจัดหางบประมาณ อัตรากำลังและวัสดุอุปกรณ์ เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย จิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จัดบริการกิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ มีการแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มจิตเวชทั่วไป สีแดง สีเหลือง สีเขียวและสีขาว กลุ่มจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จัดทำแผนการติดตาม

เยี่ยมบ้านร่วมกับสหสาขา ภาคีเครือข่าย 5 เสือ บูรณาการร่วมกับพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ผู้นำชุมชน และอสม.บั๊ดดี้ ร่วมติดตามเยี่ยมกำกับการรับประทานยา การไปตรวจตามนัด การเยี่ยมเสริมกำลังใจทั้งผู้ป่วยและญาติ ส่งรายงานผลเข้ากลุ่มไลน์ประจำตำบล ทุกราย 100% ดูแลให้คำแนะนำกับญาติและผู้ป่วย ให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา เพื่อสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับคนในชุมชน พร้อมประเมินความต้องการ การช่วยเหลือด้านร่างกาย จิตใจ และอาชีพ ประสานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สำหรับรายที่ต้องการความช่วยเหลือ ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงสุด คือ 5 คะแนน (บูรณาการ)

ผลการประเมินความพึงพอใจหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 67 คน พบว่ามีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้น จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 100

วิจารณ์

1. การดำเนินการที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้รับการดูแลทุกคน ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลตามสิทธิ์ของผู้ป่วย แต่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีความยากง่ายแล้วแต่บริบทของผู้ป่วย ญาติ ชุมชน พื้นที่แต่ละตำบลไม่เหมือนกันเนื่องด้วยเหตุปัจจัยหลายอย่าง มีการดำเนินการได้ในระดับหนึ่ง แต่ไม่ครอบคลุมทุกมิติของการแก้ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อาจจะด้วยบริบทของอำเภอและปัจจัยอื่นๆที่เอื้อให้ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปเพิ่มระดับมาเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ขาดการประสานงาน ความร่วมมือการมีส่วนร่วมกันทำงานแบบสหสาขาเนื่องด้วยแต่ละวิชาชีพมีความรู้ความชำนาญด้านของตนเป็นหลักจึงไม่ได้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยทั้งระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปวีณกานต์ จวนสาง และคณะ[8] ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จะต้องมีการเชื่อมประสานตามบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้มแข็ง ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีทักษะในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวมีบทบาทให้การดูแลผู้ป่วย จัดการกับอาการทั้งด้านร่างกายและใจ มีภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมสร้างทีมติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เฝ้าระวังและรายงานพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและติดตามเยี่ยมบ้าน เมื่อเกิดเหตุการณ์พบผู้ป่วยคลุ้มคลั่งในชุมชน ขาดเจ้าภาพหลักหรือความเป็นเจ้าของผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง ขาดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน เนื่องจาก ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานและปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของของฤทธี เพ็ชรนิล[9] ที่พบว่า หนึ่งในปัญหาการดำเนินงาน พชอ.คือ ผู้ปฏิบัติงานไม่ทราบบทบาทหน้าที่และรูปแบบแนวทางการทำงานที่ชัดเจน ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพของบุคคลจึงมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของอดุลย์ บำรุง[10] ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า การพัฒนาศักยภาพ บุคลากรนั้นควรพัฒนาให้ครอบคลุมทั้งบุคลากรจากภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมทั้งมีการพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการ พชอ. ให้มีความสอดคล้องกับการดำเนินงาน มีการสนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากร อัตรากำลัง ไม่เพียงพอ จะเห็นได้ว่าอำเภอนาเชือก เกิดกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนาเชือก มีการจัดระดมทุนเพื่อให้มีงบประมาณดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง โดยจัดงานวิ่ง “นาเชือกมินิมาราธอน 2024” พร้อมกับขอรับสนับสนุนจากผู้มีจิตศรัทธา ซึ่งสอดคล้องกับ ประดิษฐ ศรีแสน และคณะ[11] ที่พบว่าได้เกิดกองทุนช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีการจัดการระดมทุนเพื่อให้มีงบประมาณ ช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช[11] โดยการระดมทุน หลายรูปแบบ ทั้งจากภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชน ทำให้มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทำให้เกิดการช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งเป็นเงินสดและเครื่องอุปโภค บริโภค ตามปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับแนวคิดของอดุลย์

บำรุง[10] ที่แสดงให้เห็นว่ากลไกทางการเงินเป็นกลไกพื้นฐานที่ถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเพิ่มผลิตภาพให้กับระบบการทำงานได้อย่างมีพลัง

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ภายใต้การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 9 ด้าน คือ 1) การแต่งตั้งคณะทำงาน/กำหนดบทบาทผู้ทำงาน ตั้งแต่ระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่ ตำบล หมู่บ้านและชุมชน เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม และได้มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ตั้งแต่ระดับอำเภอจนถึงระดับพื้นที่ชุมชน เพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินให้แก่ประชาชน 3) การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์และกำหนดปัญหาแบบมีส่วนร่วม จัดทำข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ จัดการและการวิเคราะห์ข้อมูล และการคืนข้อมูลสารสนเทศ 4) การจัดทำแผนงานโครงการและงบประมาณ เพื่อพัฒนางาน กระบวนการ และบุคลากร เพื่อการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ 5) การจัดหางบประมาณและการจัดสรรงบประมาณ เพื่อการขับเคลื่อนงานอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ทั้งเป็นเงินสดและเครื่องอุปโภค บริโภค ตามปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 6) การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน สร้างความร่วมมือร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผลและความเป็นเจ้าของในการจัดการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน การบูรณาการทำงานร่วมกันเป็นหนึ่งคือผู้ป่วยในพื้นที่ได้รับการดูแลและเข้าถึงการบริการ 7) การจัดทำแผนกำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อติดตามเยี่ยมเสริมพลังให้กำลังใจภาคีเครือข่าย 8) การถอดบทเรียน ร่วมแสดงความคิดเห็นและนำสรุปสู่ประเด็นที่เป็นจุดเด่น จุดที่ต้องพัฒนา ปรับปรุงขั้นตอนกระบวนการและต่อยอดการดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ได้ทุกมิติ 9) การคืนข้อมูลสู่ชุมชน สอดคล้องกับ เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์[12] ที่มีรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอการดูแลกลุ่มเปราะบาง ดังนี้ 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล 2) พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิต 3) วิเคราะห์และกำหนดปัญหาแบบมีส่วนร่วม 4) จัดทำแผนการดูแลกลุ่มเปราะบาง 5) จัดหางบประมาณ 6) ดำเนินการด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 7) มีแผนและกำกับ ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 8) การถอด บทเรียน 9) การคืนข้อมูลสู่ชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

3. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ภายใต้การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ UCCARE ผลการประเมิน พบว่า มีการพัฒนาไปในทางที่ดีและมีผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เมื่อแยกพิจารณาตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงสุด คือ 5 คะแนน (บูรณาการ) สอดคล้องกับ เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์[12] พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการดูแลกลุ่มเปาะบาง ประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE ทั้ง 6 ด้าน การดำเนินงานผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับสูงสุด คือ 5 คะแนน (บูรณาการ)

การถอดบทเรียน ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมแสดงความคิดเห็นนำสรุปสู่ประเด็นที่เป็นจุดเด่น จุดที่ต้องพัฒนา ปรับปรุงขั้นตอนที่ปฏิบัติแล้วเกิดปัญหาและต่อยอดการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ได้ทุกมิติ เพื่อให้การดำเนินงานในปีถัดไปมีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ชุมชนสงบสุข สอดคล้องกับ ประดิษฐ ศรีแสน และคณะ[11] พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จากการร่วมมือกันของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวมอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในอำเภอ ทำให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดและเกิดความต่อเนื่องควรมีการทบทวนระบบและปรับปรุงตามสภาพปัญหาและบริบทอย่างสม่ำเสมอ[11]

ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความเป็นอยู่ทางสังคม มีสุขภาวะทางกาย จิตที่ดีเกิดความยั่งยืนสืบไป

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ต้องมีการบูรณาการจากหลายภาคส่วน มีนโยบายชัดเจน คณะกรรมการและทีมที่เข้มแข็ง วิเคราะห์และกำหนดปัญหาแบบมีส่วนร่วม มีแผนและงบประมาณสนับสนุน ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวและชุมชนมีส่วนสำคัญในการติดตามดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ควรมีการรับฟัง ประเมินความคาดหวังของผู้ป่วย ญาติและชุมชนแล้วปรับปรุงแก้ไขร่วมกันเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ญาติและชุมชนอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้บริหาร ผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยและผู้สนับสนุนที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ ขอบขอบคุณ นางรัติญา ประสาระเอ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และ ดร.ปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนสำเร็จเรียบร้อยพร้อมกับเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือร่วมกับ นางสาวโชติกา บำรุง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญอีกท่าน รวมถึงนางณัฐจารวี กุระดี นักสาธารณสุขชำนาญการ ที่เสียสละเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายก รัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188420240712042717.pdf
2. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. นโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 – 2570. ประชุมถ่ายทอดนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี 2567; วันที่ 25 เมษายน 2567; ณ ห้องประชุมพระธาตุนาดูน ชั้น 4 ศาลากลางจังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม; 2567.
3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนาเชือก. นโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนาเชือก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 – 2570. ประชุมถ่ายทอดนโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนาเชือก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567; วันที่ 30 เมษายน 2567; ณ ห้องประชุมอำเภอนาเชือก. อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม; 2567.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเชือก. สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนาเชือกปี งบประมาณ 2566. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม; วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567; ณ ห้องประชุมอำเภอนาเชือก. อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม; 2567.
5. กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลนาเชือก. สรุปการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 5 กลุ่มวัย. ประชุมติดตามการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชอำเภอนาเชือก; วันที่ 12 กรกฎาคม 2566; ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลนาเชือก.อำเภอนาเชือก; 2566.
6. ประเสริฐ ไหลหาโคตร. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SRRT ระดับตำบล บ้านหนองหญ้าปล้อง หมู่ที่ 4 ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559;13(3):43-50.
7. หทัยรัตน์ สติรักษ์. กระบวนการขับเคลื่อนการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาสนราธิวาส: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ir.stou.ac.th/bitstream/123456789/10030/1/Fulltext.pdf

8. ปวีณกานต์ จวนสาง. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย. ใน: ประชุมวิชาการ Northeast Regional HA Forum ครั้งที่ 19; วันที่ 4-5 กรกฎาคม 2567; ณ โรงแรมอวานีขอนแก่น. ขอนแก่น; 2567.
9. ฤทธี เพ็ชรนิล. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ ในจังหวัดชุมพร [วิทยานิพนธ์]. ชุมพร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
10. อดุลย์ บำรุง. ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.). วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2562;1(1):87-101.
11. ประดิษฐ ศรีแสน, รัชนี ศรีแสน, แสงเดือน ศรีวรสาร, ธัชวิทย์ วงศ์เข็มมา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(2):167-80.
12. เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์. พัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตการดูแลกลุ่มเปราะบาง. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2567;47(1):40-53.