การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a Comprehensive Psychiatric Care System (SMI-V) with Family and Community Involvement, at Mae Wadi Hospital, Roi Et Province

สายใจ สิงห์ยะเมือง* ศุภิศา บุญปก สุพี ช่างม่วง*** วิชชากร ไชยรัตน์****
Saijai Singameueng, Supisa Boonpok, Supee Changmuang, Witchakon Chaiyarat
Corresponding author: E-mail: Mail.sai.0th@gmail.com
(Received: August 2, 2025; Revised: August 8, 2025; Accepted: September 7, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการสร้างระบบ ทดลองใช้และประเมินผล ปรับปรุง และเผยแพร่ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและ อสม. 40 คน ผู้รับบริการ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว 30 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 - กรกฎาคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสามารถโดยรวม แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความเหมาะสมและการปฏิบัติได้จริง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย : 1) ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) จำแนกสภาพปัญหาและสาเหตุออกด้านผู้รับบริการและญาติ ผู้ให้บริการ ระบบบริการ และวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ 2) ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนประกอบด้วย (1) การจัดให้มีคณะทำงานในพื้นที่ร่วมดูแลต่อเนื่อง (2) การจัดตั้งกลุ่มสื่อสารทางไลน์ (Line Group) (3) การจัดการรายกรณี (Case Management) (4) การติดตามและประเมิน และ (5) การบำบัดผู้ป่วยด้วยกระบวนการจิตสังคมบำบัดและการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และ 3) หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 4.00 คะแนน (95%CI: 3.09, 4.09); มีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวม, ความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตโดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p<.001$, .001 และ .001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 28.43, 15.46 และ 33.43 คะแนน (95%CI: 22.82, 34.03; 12.55, 18.37; 29.20, 37.65) และคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสม และการปฏิบัติได้จริงโดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.39, SD.= 0.12)

สรุปและข้อเสนแนะ : การสร้างนวัตกรรมด้านระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์เชิงบวกทั้งในระดับผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบบริการ แต่ข้อจำกัดด้านการประยุกต์ใช้ในวงกว้างและการติดตามผลระยะยาวเป็นประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้ได้แนวทางที่มั่นคงและยั่งยืนมากขึ้น

คำสำคัญ : โรคจิตเวชรุนแรง; การดูแลที่ยึดชุมชนเป็นฐาน; การมีส่วนร่วมของครอบครัว; การบำบัดทางจิตสังคม; การจัดการรายกรณี

*, **, ***, ****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมยวดี

Abstract

Purposes : This study aimed to investigate problems and needs, develop, implement, evaluate, improve, and disseminate a family- and community-based care system for patients with severe mental illness with complex needs (SMI-V).

Study design: A research and development design was employed

Materials and Methods :. Participants included 40 healthcare providers (physicians, nurses, pharmacists, and village health volunteers), 30 service users (patients with mental illness and their families), and 5 experts. The study was conducted between October 2024 and July 2025. Data were collected using standardized instruments: global functioning assessment, psychiatric symptom scale, quality of life questionnaire, knowledge test, and feasibility and appropriateness evaluation form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

Main findings : 1) Problems in SMI-V care were classified into four domains: service users and families, service providers, healthcare system, and medical equipment and supplies. 2) The developed SMI-V care system consisted of five components: (1) establishment of a multidisciplinary working group for continuous care, (2) creation of a Line application group for community communication and coordination, (3) case management, (4) monitoring and evaluation of high-risk aggressive behavior, and (5) psychosocial interventions (Matrix program) and community-based treatment and rehabilitation (CBTx). 3) After implementation, caregivers' knowledge significantly increased ($p<.001$), with mean scores higher by 4.00 points (95% CI: 3.09–4.09). Patients showed significantly improved psychiatric symptoms, global functioning, and quality of life ($p<.001$ for all), with mean increases of 28.43, 15.46, and 33.43 points, respectively (95%CI: 22.82–34.03; 12.55–18.37; 29.20–37.65). Feasibility and appropriateness were rated at a high level (Mean=4.39, SD.=0.12).

Conclusion and recommendations : The developed family- and community-based SMI-V care system represents an innovative approach that fosters collaboration among patients, caregivers, and service providers, leading to positive outcomes at individual, family, and system levels. However, limitations related to generalizability and long-term sustainability highlight the need for further studies to validate and expand the model for broader application.

Keywords : Severe mental illness; Community-based care; Family participation; Psychosocial intervention; Case management

*, **, ***, **** Registered Nurse, Professional Level, Mae Wadi Hospital.

บทนำ

ปัจจุบันเรื่องสุขภาพจิตกลายเป็นประเด็นที่สังคมมีความตระหนักถึงมากขึ้น โดยเฉพาะในยุคที่สถานการณ์หลายอย่างล้วนเป็นสิ่งเร้าที่อาจทำให้เกิดการสะสมความเครียดในจิตใจ เช่นเดียวกับข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพบว่าประเทศไทยมีผู้เสพเกือบ 2 ล้านคน มีผู้ติดยาเสพติดประมาณ 450,000 คน ผู้ป่วยยาเสพติดสะสมในปี พ.ศ.2556-2567 ประมาณ 1 ล้าน 5 แสนคน แต่มีผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 40.0[1] ส่วนผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดทั้งประเทศในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 มีจำนวน 213,024 คน ในจำนวนนี้อยู่ในการดูแลของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชนนี (สบยช.) และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 6 แห่ง ในภูมิภาค จำนวน 13,033 คน เป็นผู้ป่วยกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ได้แก่ ยาบ้า ยาไอซ์ กระท่อม และโคเคนถึง 62.0% ตามด้วยกลุ่ม Opiates (เฮโรอีนมอร์ฟีนและฝิ่น) 20.8% และกัญชา 9.7%[2] ในทำนองเดียวกันสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนและผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในอำเภอเมยวดี ตั้งแต่ พ.ศ.2557-2567 พบว่า สถิติการให้บริการออกเหตุจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 74 ครั้ง ซึ่งในแต่ละครั้งจะเป็นทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินจากโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ตำรวจออกปฏิบัติงาน นอกจากนั้นยังพบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นเป็นโรคจิตเภทที่เข้ามารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นในปี พ.ศ.2566-2567 มีผู้ป่วยเข้ามารับบริการ จำนวน 145 ราย และ 151 ราย ส่วนใหญ่มาด้วยอาการกำเริบ ขาดยา มีอาการจิตเวชฉุกเฉิน และโทรศัพท์แจ้งออกเหตุ จำนวน 20 ราย และ 30 ตามลำดับ[3]

จากการวิเคราะห์สาเหตุของความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ดังกล่าวพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากหลายปัจจัยอาทิเช่นด้านผู้ป่วยเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้านครอบครัวและชุมชนพบว่า ครอบครัวบางส่วนขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือขาดการสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดภาวะดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ การตีตราทางสังคม (Stigma) ชุมชนอาจมีอคติหรือกลัวผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยถูกกีดกันจากการมีส่วนร่วมในสังคม และขาดเครือข่ายสนับสนุน และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์แม้ว่าจะมีระบบการดูแลในโรงพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุข แต่ครอบครัวยังพบอุปสรรคในการพาผู้ป่วยไปรับบริการ เช่น ขาดการเดินทาง หรือการปฏิเสธการรักษาจากผู้ป่วยเอง (3) ด้านระบบบริการสุขภาพ โดยการดูแลที่เน้นการรักษาเฉียบพลัน ระบบสาธารณสุขปัจจุบันยังเน้นไปที่การรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการกำเริบ แต่ขาดระบบติดตามต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลชุมชนอาจมีข้อจำกัดด้านบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านจิตเวช ทำให้การดูแลเชิงรุกเป็นไปได้ยาก ระบบการส่งต่อและบูรณาการไม่สมบูรณ์ แม้ว่าจะมีแนวทางการดูแลแบบบูรณาการ แต่ยังขาดความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และภาคส่วนอื่นๆ เช่น สถานสงเคราะห์ หรือหน่วยงานสวัสดิการสังคม ทั้งนี้ผู้เกี่ยวได้เสนอแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลไว้เบื้องต้น คือ (1) การให้ความรู้แก่ครอบครัวและชุมชน โดยจัดอบรมและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ลดการตีตรา และส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแล (2) พัฒนาระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องโดยใช้ทีมสหวิชาชีพ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (3) การเชื่อมโยงระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนโดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ (4) การส่งเสริมการใช้แนวทางลดอันตราย (Harm Reduction) สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสารเสพติดร่วม ควรมีแนวทางช่วยลดอันตรายจากการใช้ยาและฟื้นฟูพฤติกรรม ปัญหาความยุ่งยากซับซ้อนของผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ในโรงพยาบาลเมยวดีมาจากปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ลักษณะของตัวผู้ป่วยเอง ความพร้อมของครอบครัวและชุมชน รวมถึงประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ การแก้ไขปัญหาเหล่านี้ต้องอาศัยการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานสุขภาพ ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่

ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนข้างต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด ขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถคืนสู่และอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ สร้างระบบทดลองใช้ ปรับปรุง และเผยแพร่ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development design) ทำการศึกษาในพื้นพื้นที่อำเภอเมยวดี ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 - กรกฎาคม 2568 โดยใช้แนวทางการดำเนินการและผลผลิตการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด

แหล่งข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและ อสม. 40 คน และ 2) ผู้รับบริการ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว 30 คน

เครื่องมือและวิธีการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น (1) แบบวิเคราะห์เอกสาร และ (2) แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม

การสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล การสร้างแบบวิเคราะห์เอกสารและแนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม มีขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีความใกล้เคียงกับเรื่องที่วิจัย 2) กำหนดเครื่องมือที่จะใช้รวบรวมข้อมูลว่าควรเป็นเครื่องมือประเภทใดบ้าง 3) ศึกษาวิธีการสร้างเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย (ตามข้อ 2) โดยศึกษาจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย 4) กำหนดวัตถุประสงค์ของการสร้างเครื่องมือดังกล่าว 5) ระบุเนื้อหาและประเด็นหลักที่มีความครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย 6) สร้างเครื่องมือตามประเด็นและเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย 7) นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 5 คน 8) ปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ 9) จัดทำเครื่องมือให้สมบูรณ์ เช่น หากเป็นแบบสอบถามก็ควรจัดพิมพ์ให้ถูกต้องตามลักษณะของแบบสอบถาม ให้มีลักษณะสมบูรณ์สามารถที่จะนำไปใช้ได้เลย 10) ทดลองใช้เครื่องมือดังกล่าว โดยการนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายที่จะศึกษาในการวิจัย เพื่อนำผลการทดสอบใช้มาตรวจสอบหาคุณภาพ เช่น ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ 11) นำผลที่ได้จากข้อ 10 มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น หากเป็นไปได้ก็ควรที่จะให้ผู้เชี่ยวชาญได้ช่วยพิจารณาอีกครั้งหนึ่งก็จะทำให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ และ 12) จัดพิมพ์เครื่องมือวิจัยฉบับสมบูรณพร้อมและจัดทำคู่มือการใช้เครื่องมือดังกล่าวด้วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วบันทึกในแบบวิเคราะห์เอกสาร 2) การสนทนากลุ่มแบบกลุ่มเดี่ยว (Single focus group) มีขั้นตอนดังนี้ (1) เชิญสมาชิกเข้าห้องที่จัดเตรียมไว้ หากเป็นห้องที่ใหญ่ และสมาชิกนั่งห่างกัน อาจต้องมีระบบเสียงเข้ามาช่วยให้การสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่นชัดเจน (2) จัดทำมีป้ายชื่อ สำหรับสมาชิกทุกคน โดยวางป้ายชื่อไว้ด้านหน้าเพื่อให้สามารถเรียกชื่อกันได้ (3) เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเองและทีมงาน โดยผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) จะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่มในครั้งนั้นด้วยพร้อมทั้งขออนุญาตด้วยว่าจะมีการบันทึกเสียงไว้ด้วย (4) สร้างบรรยากาศ สร้างความคุ้นเคยและเริ่มคำถามตามลำดับที่เตรียมไว้ (5) เปิดโอกาสให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยพิธีกรต้องคอยกระตุ้นให้สมาชิกได้แสดงความเห็นอย่างทั่วถึง รวมทั้งคอย

จำกัดเวลาสำหรับสมาชิกบางรายที่ใช้เวลามากเกินไปในการแสดงความคิดเห็นหรือคอบครอบงำความคิดผู้อื่น (6) เมื่อได้พูดคุยจนครบประเด็นและถึงเวลาที่ต้องยุติ (ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง) ผู้ดำเนินการสนทนากล่าวยุติการสนทนา กล่าวขอบคุณ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนต่อไปของโครงการและแจกของที่ระลึกแก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล โดย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลหลังสนทนา 2) ถอดเทปและสรุปประเด็นสำคัญ 3) วิเคราะห์แนวโน้มความคิดเห็นที่ตรงกันและความเห็นต่าง และ 4) นำเสนอผลการสนทนาเพื่อใช้สังเคราะห์แนวทางพัฒนาระบบการดูแล

ขั้นที่ 2 การอออกแบบ สร้างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

แหล่งข้อมูล แหล่งข้อมูลที่นำมาใช้ครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แหล่งข้อมูลตรวจสอบคุณของระบบฯ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบร่างระบบฯ จำนวน 5 คน มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตเวชยาเสพติด จำนวน 2 คน วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท ด้านจิตเวชชุมชน จำนวน 1 คน วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท และด้านวิจัยและประเมินผล จำนวน 1 คน วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท/เอกจบสาขาการวิจัยและประเมินผล และ 2) แหล่งข้อมูลทดลองนำร่องใช้ (Try Out) ระบบฯ พยาบาลวิชาชีพ 3 คน ใช้สำหรับประเมินประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

เครื่องมือและวิธีการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี และ 2) แบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้อง และคู่มือการใช้ระบบฯ

1) การสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ดำเนินการสร้างดังนี้ คือ (1) นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดองค์ประกอบของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (2) เขียนรายละเอียดของรูปแบบประกอบด้วยประกอบด้วย หลักการของระบบวัตถุประสงค์ของระบบ เนื้อหา กระบวนการของระบบการดูแล และการวัดและประเมินผล (3) เขียนคู่มือการใช้ระบบฯ ประกอบด้วยบทนำ ระบบฯ การนำไปใช้ เนื้อหา และเครื่องมือ จัดทำเพื่อให้รายละเอียดเกี่ยวกับกรอบทั้งหมด เพื่อให้ผู้ใช้ระบบเข้าใจและสามารถนำระบบที่สร้างขึ้นไปใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (4) นำระบบฯ และคู่มือการใช้ระบบเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน พิจารณาความเหมาะสมของแต่ละองค์ประกอบในระบบฯ โดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมของ และ (5) ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) การตรวจสอบคุณภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (1) แบบประเมินความเหมาะสมของระบบฯ และคู่มือการใช้ระบบฯ มีขั้นตอนการสร้างโดยการศึกษาวิธีการสร้างแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และกำหนดลักษณะเครื่องมือแบบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และแบบลายเปิด กำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมิน คือ เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องขององค์ประกอบรูปแบบและคู่มือ กำหนดโครงสร้างของแบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้ององค์ประกอบรูปแบบและคู่มือ นำแบบประเมินความเหมาะสมของระบบฯ และคู่มือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ที่มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปได้ พบว่า ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.80-1.00 นำผลการตรวจให้คะแนนตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นแล้วจัดทำเป็นแบบประเมินความเหมาะสมของระบบฯ และคู่มือฉบับสมบูรณ์เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป และนำระบบฯและคู่มือ

การใช้ระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองนำร่องกับพยาบาลวิชาชีพ 5 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างได้มาจากความสมัครใจ สำหรับประเมินประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบตอนที่ 1 การประเมินรูปแบบ และตอนที่ 2 การประเมินคู่มือการใช้ระบบโดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) และขั้นตอนที่ 3 ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นที่ 3 การทดลองใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด

แหล่งข้อมูล แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 40 คน 2) ผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน 30 คนและ 3) ญาติผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) 30 คน

เครื่องมือและวิธีการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ (1) ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (2) คู่มือการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินความสามารถโดยรวม แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการทดลองใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีรายละเอียดดังนี้ 1) แบบแผนการทดลอง แบบแผนการทดลองที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ The one-shot case study design[4] และ 2) การดำเนินการทดลอง โดย (1) การดำเนินการทดลองใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตามระบบฯ 5 องค์ประกอบ โดยมีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ (2) ระหว่างการทดลองใช้กระบวนการตามระบบฯ มีการประเมินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต แบบประเมินความสามารถโดยรวม พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทยแปลและพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินความสามารถโดยรวม แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน 2) นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเทียบกับเกณฑ์โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[5]

ขั้นที่ 4 การประเมินผล ปรับปรุง และเผยแพร่ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

แหล่งข้อมูล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 40 คน ที่เข้าร่วมพัฒนาตามรูปแบบ

เครื่องมือและวิธีการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) และแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือการวิจัย การสร้างเครื่องมือที่ใช้ประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบประเมินให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการประเมินระบบ 3) สร้างข้อคำถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมและการนำไปปฏิบัติได้จริง 4) นำแบบสอบถาม

ที่สร้างเสร็จไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำ 5) การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้คุณวุฒิเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และพิจารณาสำนวนภาษาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาระดับความคิดเห็นของผู้คุณวุฒิ (Index of item – Objective Congruence: IOC) จำนวน 5 คน โดยเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ และการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) จากสูตรของ Rovinelli & Hambleton[6] พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - Objective Congruence: IOC) ของข้อคำถามในแบบประเมินทุกข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ เกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องพิจารณาแก้ไขปรับปรุงหรือตัดทิ้ง[6] 6) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (α) โดยวิธีการของครอนบาค[7] พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.891 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือได้ควรจะมากกว่า 0.80[8] และ 7) จัดทำแบบประเมินเป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินด้วยตนเองจากพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมพัฒนาระบบฯ จำนวน 30 คน 2) การสนทนากลุ่มแบบกลุ่มเดี่ยว (Single focus group) มีขั้นตอนดังนี้[9] คือ (1) เชิญสมาชิกเข้าห้องที่จัดเตรียมไว้ หากเป็นห้องที่ใหญ่และสมาชิกนั่งห่างกัน อาจต้องมีระบบเสียงเข้ามาช่วยให้การสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่นชัดเจน (2) จัดทำมีป้ายชื่อ สำหรับสมาชิกทุกคน โดยวางป้ายชื่อไว้ด้านหน้าเพื่อให้สามารถเรียกชื่อกันได้ (3) เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเองและทีมงาน โดยผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) จะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่มในครั้งนั้นด้วยพร้อมทั้งขออนุญาตด้วยว่าจะมีการบันทึกเสียงไว้ด้วย (4) สร้างบรรยากาศ สร้างความคุ้นเคยและเริ่มคำถามตามลำดับที่เตรียมไว้ (5) เปิดโอกาสให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยพิธีกรต้องคอยกระตุ้นให้สมาชิกได้แสดงความเห็นอย่างทั่วถึง รวมทั้งคอยจำกัดเวลาสำหรับสมาชิกบางรายที่ใช้เวลามากเกินไปในการแสดงความคิดเห็นหรือคอบครอบงำความคิดผู้อื่น (6) เมื่อได้พูดคุยจนครบประเด็นและถึงเวลาที่ต้องยุติ (ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง) ผู้ดำเนินการสนทนากล่าวยุติการสนทนา กล่าวขอบคุณ และแจกของที่ระลึกแก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม และ 3) หลังจากสรุปผลการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้เผยแพร่ผลการวิจัยโดยการนำเสนอผลการวิจัยในเวทีวิชาการทั้งในการประชุมวิชาการหรือนำเสนอในกลุ่มย่อย การนำเสนอมีทั้งรูปแบบการบรรยาย รายงาน หรือรูปแบบของนิทรรศการโปสเตอร์ การตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ และการตีพิมพ์ในเอกสารประกอบการประชุม หนังสือรายงานผลงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลจากความคิดเห็นที่มีต่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) รายข้อและภาพรวม สำหรับเกณฑ์การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ตามแนวคิดของบุญชม ศรีสะอาด[10]

ผลการวิจัย

1. ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) เกิดจากปัจจัยหลายมิติที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความครอบคลุมของระบบการดูแลโดยรวม สามารถจำแนกสภาพปัญหาและสาเหตุออกเป็น 4 ด้านหลัก คือ

(1) ด้านผู้รับบริการและญาติ ผู้ป่วยมักขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและไม่ยอมรับการเจ็บป่วย (Poor insight) ทำให้หยุดยาเองจนอาการกำเริบ บางรายมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย เช่น ยาบ้า กัญชา เฮโรอีน นอกจากนี้ ญาติยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและไม่สามารถจัดการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องเผชิญกับการตีตราจากสังคม (Stigma) ซึ่งนำไปสู่การปิดบังอาการ, การถูกกีดกันทางสังคม และการไม่กล้าเข้ารับบริการ ความยากลำบากด้านเศรษฐกิจและการเดินทางก็เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การมารับบริการไม่ต่อเนื่อง (2) ด้านผู้ให้บริการ บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้มีภาระงานสูง โรงพยาบาลชุมชนยังขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวช นอกจากนี้ อสม. ยังขาดทักษะและความรู้เฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และไม่มีคู่มือหรือเครื่องมือสนับสนุนการดูแล เภสัชกรมีเวลาให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติน้อย ส่งผลให้การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง สาเหตุของปัญหาเหล่านี้มาจากการอบรมด้านจิตเวชที่ยังไม่ครอบคลุมทุกระดับบุคลากร ภาระงานด้านอื่น ๆ ของเจ้าหน้าที่ที่ทำให้ไม่สามารถทุ่มเทให้กับการติดตามผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ และระบบสนับสนุนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ (3) ด้านระบบบริการ ระบบการดูแลในปัจจุบันยังมุ่งเน้นการรักษาภาวะเฉียบพลันในโรงพยาบาลเป็นหลัก และขาดการดูแลต่อเนื่องในชุมชนระบบส่งต่อและการบูรณาการระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ยังไม่ชัดเจน ทำให้การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายยังไม่ทั่วถึง ครอบครัวยังคงเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เช่น การเดินทาง ค่าใช้จ่าย และการที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา สาเหตุหลักมาจากข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการรองรับผู้ป่วยจิตเวชซับซ้อน การเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่ยังไม่เป็นระบบ การขาดแผนเชิงรุกในระดับพื้นที่ เช่น ทีมเยี่ยมบ้านจิตเวชอย่างต่อเนื่อง และงบประมาณด้านจิตเวชในชุมชนที่จำกัด และ (4) ด้านวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์: โรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเช่น เครื่องมือควบคุมผู้ป่วยและเครื่องมือประเมินอาการเฉพาะทาง นอกจากนี้ยังขาดแคลนยาบางชนิดหรือยารุ่นใหม่ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยบางราย และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านหรือดูแลต่อเนื่องยังไม่ครบถ้วน สาเหตุของปัญหาเหล่านี้คือ ข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์และยาที่จำเป็น การกระจายทรัพยากรส่วนใหญ่ไปอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจิตเวช ทำให้โรงพยาบาลชุมชนขาดแคลน และการจัดซื้อหรือเบิกจ่ายวัสดุทางการแพทย์ด้านจิตเวชยังไม่ได้รับลำดับความสำคัญ

โดยสรุปแล้วปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชซับซ้อน (SMI-V) เป็นผลมาจากปัจจัยที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกันในหลายมิติ ตั้งแต่ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัวไปจนถึงข้อจำกัดของผู้ให้บริการ ระบบบริการ และทรัพยากรทางการแพทย์

2. การสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผู้วิจัยได้นำสภาพปัญหาและความต้องการจากขั้นตอนที่ 1 มาออกแบบ สร้าง และประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน กระบวนการนี้ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักที่ทำงานร่วมกัน ได้แก่ (1) การจัดให้มีคณะทำงานในพื้นที่ร่วมดูแลต่อเนื่อง คณะทำงานชุดนี้จะประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่, ญาติของผู้ป่วย, แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งคณะทำงานชุดนี้อาจเป็นชุดเดียวกับคณะทำงานที่ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็ได้ (2) การจัดตั้งกลุ่มสื่อสารทางไลน์ (Line Group) ของชุมชนเพื่อเป็นช่องทางในการติดต่อและประสานงาน กลุ่มไลน์นี้จะประกอบด้วย กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อาสาสมัครสาธารณสุข, แพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน, พยาบาลจิตเวชประจำโรงพยาบาลชุมชน, ตำรวจ, กู้ชีพกู้ภัย และปลัดอำเภอฝ่ายปราบปราม ช่องทางการสื่อสารนี้จะถูกใช้ตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล, และหลังจากที่ถูกจำหน่ายและ

ส่งต่อไปยังชุมชนเพื่อการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (3) การจัดการรายกรณี (Case Management) กระบวนการนี้มุ่งเน้นที่ ผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตกำเริบจากการใช้สารเสพติด โดยจะดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่าย มีการจัดให้มีผู้ติดตาม, พี่เลี้ยงในชุมชนร่วมในการดูแล หรืออาสาสมัครสาธารณสุขบัดดี้คู่ใจ (อสม. บัดดี้คู่ใจ) เข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วย (4) การติดตามและประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ในช่วงเดือนแรกหลังจำหน่าย ผู้ป่วยจะถูกติดตามและประเมินพฤติกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคจิต (2ย+1ส) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข แบบฟอร์มนี้จะประเมินด้านการกินยา, ญาติ/ผู้ดูแล และการใช้สารเสพติด (เช่น บุหรี่/สุรา/สารเสพติด/อื่นๆ) และ (5) การบำบัดผู้ป่วยด้วยกระบวนการจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การบำบัดเหล่านี้จะดำเนินการ หลังจากที่ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้นแล้ว โดยมีการใช้ศาสนาบำบัดควบคู่กับการดำเนินงานด้านสาธารณสุข รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ในการดูแลปัญหายาเสพติด และเยี่ยมเสริมพลังในทีมแกนนำและทีมดูแลผู้ป่วยด้วย

3. ผลการประเมินความเหมาะสมและการปฏิบัติได้จริงของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี พบว่า ระบบโดยรวมความเหมาะสมอยู่ในระดับ “มาก” โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.97 (95%CI: 3.72, 4.22)

4. ผลการทดลองใช้และประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี

4.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน พบว่า หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 4.00 คะแนน (95%CI: 3.09, 4.09) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนก่อนและหลังการพัฒนา (n= 30)

ตัวแปร	n	Mean±SD.	Mean differences	95%CI	p
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน					
ก่อนการพัฒนา	30	11.70(2.21)	4.00	3.09, 4.90	<.001
หลังการพัฒนา	30	15.70(1.51)			

4.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนพบว่า หลังการพัฒนา พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวม, ความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตโดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001, .001 และ .001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 28.43, 15.46 และ 33.43 คะแนน (95%CI: 22.82, 34.03; 12.55, 18.37; 29.20, 37.65) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน ก่อนและหลังการพัฒนา (n= 30)

ตัวแปร	n	Mean±SD.	Mean differences	95%CI	p
อาการทางจิต					
ก่อนการพัฒนา	30	66.76(7.16)	28.43	22.82, 34.03	<.001
หลังการพัฒนา	30	38.33(11.52)			
ความสามารถโดยรวม					
ก่อนการพัฒนา	30	51.70(6.67)	15.46	12.55, 18.37	<.001
หลังการพัฒนา	30	67.16(4.72)			
คุณภาพชีวิต					
ก่อนการพัฒนา	30	61.03(9.85)	33.43	29.20, 37.65	<.001
หลังการพัฒนา	30	94.46(9.82)			

4.3 การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน รายละเอียดพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสม และการปฏิบัติได้จริงอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.39, SD.= 0.12)

วิจารณ์

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) เป็นประเด็นท้าทายที่สะท้อนถึงความซับซ้อนเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพ เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับหลายมิติ ทั้งด้านผู้ป่วยและญาติ ผู้ให้บริการ ระบบบริการ ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์และเทคโนโลยีสนับสนุน ซึ่งจากการเปรียบเทียบกับงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่ายืนยันปัญหาคล้ายคลึงกัน และมีข้อเสนอที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับบริบทไทยได้ในมิติของผู้ป่วยและญาติ การศึกษาหลายฉบับชี้ว่าภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงมีความหลากหลายทั้งด้านอารมณ์ เวลา สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ครอบครัวต้องเผชิญความเครียดจากการดูแลระยะยาว งานวิจัยชี้ว่าการให้ความรู้ด้านจิตศึกษาแม้ช่วยได้แต่ผลกระทบเชิงบวกมักสั้นกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการสนับสนุนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน[11] นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องการการสนับสนุนที่ครอบคลุมมากกว่าด้านความรู้ เช่น ทักษะดูแลผู้ป่วย การเข้าถึงบริการ และการช่วยเหลือด้านการเงิน[12] โดยบทบาทของครอบครัวได้รับการยืนยันว่าเป็นตัวแปรสำคัญต่อผลลัพธ์การรักษาและการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ[13]

ส่วนด้านผู้ให้บริการ ปัญหาที่พบอย่างต่อเนื่องคือภาระงานเอกสารและงานธุรการที่สูง รวมถึงการขาดการฝึกอบรมเฉพาะด้าน ส่งผลให้บุคลากรไม่สามารถทุ่มเทเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่[12] อีกทั้งความไม่ชัดเจนของบทบาท โดยเฉพาะตำแหน่งผู้ประสานงานการดูแล (Care coordinator) ทำให้กระบวนการดูแลขาดความต่อเนื่องและลดทอนประสิทธิภาพของระบบการรักษา[13] ในด้านระบบบริการ งานวิจัยต่างประเทศยังพบว่าการเชื่อมโยงระหว่างบริการสุขภาพและบริการทางสังคมยังเป็นจุดอ่อนสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้งานบริการสุขภาพสูง (High-utilizers) กลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพคือการมีแผนการดูแลรายบุคคล การประเมินความต้องการอย่างเป็นระบบ และการมีแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจน[14] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยยังสะท้อนถึงอุปสรรค

ของระบบ เช่น การขาดงบประมาณ การไม่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ และการขาดบริการในชุมชน[13]

สำหรับด้านวัสดุ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีสนับสนุน การพัฒนาระบบจิตเวชทางไกลและการใช้สุขภาพดิจิทัลช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการจิตเวชได้อย่างมาก แต่ก็เผยให้เห็นปัญหาใหม่คือความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล ผู้ที่มีรายได้น้อยหรืออาศัยในชนบทมักขาดอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์ที่เหมาะสม และทักษะในการใช้เทคโนโลยี ทำให้กลายเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการได้ยากกว่าเดิม[15]งานวิจัยเปรียบเทียบระหว่างการใช้โทรศัพท์และวิดีโอพบว่าการสื่อสารผ่านโทรศัพท์ช่วยลดปัญหาการขาดนัด แต่การพบผ่านวิดีโอให้คุณภาพการสื่อสารที่ดีกว่าเมื่อโครงสร้างพื้นฐานเอื้ออำนวย[16] สิ่งนี้สะท้อนว่าการจัดหาอุปกรณ์และสนับสนุนทักษะดิจิทัลให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวถือเป็นปัจจัยสำคัญในระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ซับซ้อน

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) ซึ่งประกอบด้วย (1) คณะทำงานในพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง (2) กลุ่มสื่อสารชุมชนผ่านไลน์ (Line Group) (3) การจัดการรายกรณี (Case Management) (4) การติดตาม/ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช-ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง และ (5) การบำบัดเชิงจิตสังคม (Matrix) รวมถึงการบำบัด/ฟื้นฟูแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) สะท้อนแนวคิด “บริการผสมผสาน” กล่าวคือ ประการแรก การตั้งคณะทำงานในพื้นที่ที่ดูแลต่อเนื่อง สอดรับกับงานทบทวนเชิงระบบว่าด้วยการแทรกแซงเชิงสังคมในชุมชนสำหรับคนที่มี SMI ซึ่งพบว่าการจัดบริการที่ยึดชุมชน (Community-based social interventions) โดยเฉพาะโปรแกรมที่เชื่อมบริการสุขภาพกับการสนับสนุนทางสังคมและการจ้างงานช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[17] งานเหล่านี้ชี้ว่าคณะทำงานที่มีบทบาทหลากหลาย (ผู้ให้บริการทางคลินิก เจ้าหน้าที่สังคม ผู้แทนชุมชน และผู้สนับสนุนจากผู้มีประสบการณ์) จะเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลและลดการเข้า-ออกระบบบริการซ้ำ[17] อย่างไรก็ตามงานวิจัยเตือนให้คำนึงถึงการวางบทบาทที่ชัดเจนและการจัดสรรทรัพยากรที่พอเพียง มิฉะนั้นผลจะไม่สม่ำเสมอ[18] ได้แก่ (1) การใช้ กลุ่มสื่อสารชุมชนผ่านแชต (Line/WhatsApp) เป็นช่องทางประสานงานและเฝ้าระวังระดับชุมชน ได้รับการทดสอบจากงานศึกษาการใช้แพลตฟอร์มแชตในงานวิจัยสุขภาพซึ่งรายงานว่าช่วยย่นระยะการสื่อสาร การติดตามผู้ใช้บริการข้ามพื้นที่ และทำหน้าที่เป็นช่องเตือนภัยต้นทางได้[19] อย่างไรก็ดี งานวิจัยแนะนำให้มีกติกา (Governance) เรื่องความเป็นส่วนตัว การเก็บข้อมูล และระบุหน้าที่ที่ชัดเจน เพื่อป้องกันข้อมูลรั่วไหลและภาระงานของผู้ดูแล[19] ดังนั้น การตั้ง Line Group ในชุมชนควรควบคู่กับนโยบายข้อมูลและตารางเวรชัดเจน (2) การจัดการรายกรณี (Case Management) มีหลักฐานเชิงระบบที่สนับสนุนว่าการจัดการรายกรณีที่ออกแบบมาอย่างเป็นระบบลดอาการทางจิตใจและปรับปรุงคุณภาพชีวิตเมื่อเทียบกับการดูแลแบบกระจัดกระจาย[18] (3) ปัจจัยสำคัญที่กำหนดประสิทธิผลได้แก่การประเมินความต้องการเป็นระบบ แผนการดูแลรายบุคคล และการกำหนด Caseload ของผู้ประสานงานให้เหมาะสม[18,20] ในบริบทที่มีชุมชนและครอบครัวเข้มแข็ง การผนวกผู้ดูแลตามบ้านลงในแผนรายกรณีช่วยให้การติดตามยั่งยืนยิ่งขึ้น (4) การติดตามและประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่เสพยาเป็นองค์ประกอบที่ได้รับการวิจัยมากขึ้นในช่วงหลัง งานตรวจสอบเครื่องมือทำนายความเสี่ยง เช่น OxMIV ได้รับการตรวจสอบและปรับเทียบภายนอกในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา และมีการศึกษาเชิงทดลอง/ผสมวิธีว่าการนำเครื่องมือแบบเป็นโครงสร้างมาประยุกต์ใช้ช่วยระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ดีขึ้น แต่ผู้ศึกษาชี้ว่าต้องจับคู่กับแนวทางจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจนในชุมชน (Screen-and-link pathways) มิฉะนั้นการคัดกรองเพียงอย่างเดียวจะไม่เกิดประโยชน์[21] และ (5) การบำบัดเชิงจิตสังคม (Matrix) และการบำบัด/ฟื้นฟูโดยชุมชน (CBTx) มีหลักฐานว่าจิตสังคมบำบัดเชิงโครงสร้าง เช่น Matrix Model และโปรแกรมที่บูรณาการหลายองค์ประกอบ ช่วยลดการใช้สารกระตุ้นและปรับปรุงการคงอยู่ในโปรแกรมเมื่อเสนอเป็นบริการแบบต่อเนื่อง[22] นอกจากนี้ แนวทางชุมชนเป็นฐานที่เน้นการให้บริการแบบสมัครใจ การเชื่อมบริการสาธารณสุขและบริการสังคมในท้องถิ่น มีหลักฐานสนับสนุนในเชิง

ความเป็นไปได้และความเหมาะสม โดยเฉพาะในบริบทประเทศรายได้ต่ำ–ปานกลาง ที่หากผนวกการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ Peer support ผลลัพธ์จะดีขึ้น[23]

เมื่อรวมหลักฐานข้างต้นเข้ากับโครงสร้างระบบ จะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติที่มีโอกาสสำเร็จสูงคือ การบูรณาการ (1) คณะทำงานที่มีบทบาทชัดและเชื่อมโยงข้ามหน่วย (2) กลไกการสื่อสารดิจิทัลที่มีกติกาชัด (เช่น Line Group และมาตรการความเป็นส่วนตัวและเวรรับผิดชอบ) (3) ระบบจัดการรายกรณีที่ใช้เครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงและแนวทางการส่งต่อ (4) การติดตามและประเมินอย่างต่อเนื่อง และ (5) โปรแกรมจิตสังคม/CBTx ที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ Peer support เพื่อยืดอายุการคงอยู่ในบริการและลดการใช้บริการฉุกเฉิน เน้นย้ำว่าองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งหากทำโดยลำพังมักออกฤทธิ์จำกัด แต่เมื่อออกแบบเป็นชุดที่ประสานกัน พร้อมการจัดการกำลังคนและทรัพยากรที่ชัดเจน จะเพิ่มความคุ้มค่าและความยั่งยืนของระบบดูแล SMI-V ในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ[17-18,11]

3. ผลการประเมินหลังการพัฒนาพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยมีการปรับปรุงทั้งอาการทางจิต ความสามารถในการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย >28.43, >15.46 และ >33.43) พร้อมกับการประเมินว่าโมเดล SMI-V แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน “มีความเหมาะสมและปฏิบัติได้จริงในระดับมาก” ผลลักษณะเช่นนี้สอดคล้องกับแนวคิดและงานวิจัยต่างประเทศที่ชี้ให้เห็นบทบาทสำคัญของการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การจัดการรายกรณี และการวางระบบบริการในชุมชนที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทั้งด้านผู้ดูแลและผู้ป่วย เช่นเดียวกับงานวิจัยเชิงทดลองและการทบทวนระบบพบว่า โปรแกรมจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ไม่เพียงเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลเท่านั้น แต่ยังลดภาระจิตใจและปรับปรุงการจัดการผู้ป่วยในบ้านได้จริง ตัวอย่างเช่น การทดลองแบบสุ่มและการศึกษาเชิงติดตามระยะสั้น–ปานกลาง รายงานการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้และลดภาระผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมจิตศึกษา (เช่น รายงานใน Frontiers in Psychiatry และ BMC Psychiatry) นอกจากนี้งานทบทวนเชิงระบบเกี่ยวกับ การจัดการรายกรณี (Case/care management) แสดงผลสนับสนุนว่าการประสานบริการและแผนการดูแลรายบุคคลช่วยลดอาการและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็น SMI-V ในระดับเล็กถึงปานกลาง (Psychiatric Services review) เพราะการจัดการรายกรณีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตาม การส่งต่อ และการเข้าถึงบริการเชิงสังคมที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งสะท้อนเป็นการลดอาการและการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่รายงานได้ในตัวชี้วัดของคุณ

ส่วนงานวิจัยด้านบริการชุมชน ระบุว่าการมีทีมสหวิชาชีพที่ทำงานในชุมชนแบบต่อเนื่อง (รวมผู้ให้บริการ คลินิกรักษา ผู้แทนชุมชน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว) ช่วยเพิ่มความเป็นอยู่และการรวมทางสังคมของผู้ป่วย ลดอัตรา Re-hospitalization และช่วยให้การฟื้นฟูเป็นไปได้จริงในบริบทท้องถิ่น งานศึกษาเช่นการประเมินบริการชุมชนในบริบทต่างประเทศพบการเพิ่มขึ้นของคะแนนคุณภาพชีวิตและการบูรณาการทางสังคมหลังการติดตั้งบริการชุมชน ประเด็นสำคัญที่งานวิจัยทั่วโลกเตือนคือ ผลของการแทรกแซงมักขึ้นกับความครบถ้วนของแพ็กเกจบริการและการบริหารจัดการเชิงปฏิบัติกล่าวคือ หากมีเพียงการให้ความรู้โดยไม่มีกลไกติดตามที่ชัดเจน (Case management) การประสานบริการสาธารณสุข-สังคม หรือการสนับสนุนทางเทคโนโลยี/ช่องทางสื่อสารในชุมชน ผลลัพธ์เชิงผู้ป่วยอาจไม่ยั่งยืน งานวิจัยพบว่าโปรแกรมที่ผสมผสานองค์ประกอบเหล่านี้เข้าด้วยกันให้ผลดีกว่า และพบหลักฐานว่าการส่งผลบวกต่อ ตัวชี้วัดหลายมิติพร้อมกัน เช่น ความรู้ผู้ดูแล (Caregiver knowledge), อาการผู้ป่วย (Symptom scores), ความสามารถ/การทำหน้าที่ (Functioning) และคุณภาพชีวิต (QOL) มักพบเมื่อโปรแกรมถูกออกแบบเป็นแพ็กเกจที่ครอบคลุมและมีการติดตามผลระยะกลางถึงยาว สอดคล้องกับงานวิจัยที่เห็นผลชัดเจนในช่วง 3–12 เดือนหลังการแทรกแซง แต่ก็มีงานที่ชี้ว่าผลบางอย่างอาจลดลงเมื่อเวลาผ่านไปหากไม่มีระบบคงอยู่ของการติดตามและการสนับสนุน ดังนั้นการปรับปรุงข้ามมิติเช่นนี้จึงสอดคล้องกับแนวทาง

ที่พบว่ามีประสิทธิผลในต่างประเทศแต่ก็แนะนำให้ติดตามผลระยะยาวและเตรียมกลไกเสริมเพื่อรักษาผลลัพธ์ให้คงที่ต่อไป

จุดเด่นของงานวิจัย คือ งานวิจัยสามารถสร้างกลไกการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม ผ่านกระบวนการ เช่น การจัดตั้งคณะทำงาน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น กลุ่มสื่อสารทางไลน์เพื่อการประสานงาน และการบูรณาการวิธีการบำบัดทั้งเชิงจิตสังคมและเชิงชุมชน สิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงความยืดหยุ่นของระบบการดูแลที่ไม่ยึดติดกับรูปแบบการรักษาในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่เปิดโอกาสให้เกิดการดูแลแบบต่อเนื่องและครอบคลุมมากขึ้น

นอกจากนี้ผลการพัฒนายังชี้ให้เห็นถึงความก้าวหน้าเชิงประจักษ์ กล่าวคือ ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับที่มีนัยสำคัญ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่ดีขึ้น ความสามารถในการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้น และระบบการดูแลมีคะแนนความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ระบบดังกล่าวในระดับพื้นที่จริง โดยสามารถเป็นแนวทางขยายผลไปยังชุมชนอื่นได้

ข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้ คือ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา คือ (1) การเก็บข้อมูลและประเมินผลยังอยู่ในบริบทเฉพาะพื้นที่ จึงอาจไม่สามารถสรุปผลทั่วไปได้ทันที (2) การพัฒนาและทดลองใช้ระบบจำเป็นต้องมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินถึงความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ (3) การวัดผลบางด้าน เช่น คุณภาพชีวิตและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย อาจมีอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกที่ควบคุมได้ยาก เช่น เศรษฐกิจครัวเรือน หรือความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ควรขยายการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมมิติที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การวัดผลด้านเศรษฐกิจครัวเรือนหรือค่าใช้จ่ายของผู้ดูแล เพื่อสะท้อนภาระที่แท้จริงของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้ควรพัฒนากระบวนการติดตามผลระยะยาวที่มากกว่าการประเมินระยะสั้น เพื่อให้เข้าใจถึงความต่อเนื่องและความยั่งยืนของระบบที่พัฒนา อีกทั้งควรมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับระบบการดูแลในพื้นที่อื่นหรือหน่วยบริการอื่นๆ เพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลและความเหมาะสมของโมเดลการดูแลนี้ในวงกว้าง

สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมุ่งเน้นการพัฒนาแบบแผนการวิจัยที่ใช้วิธีการผสมผสาน (Mixed methods) เพื่อตอบโจทย์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร จะช่วยให้เข้าใจมิติทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการดูแล ในขณะที่การวิเคราะห์เชิงปริมาณในระดับชุมชนหรือระดับเขตสุขภาพจะช่วยสะท้อนผลลัพธ์ที่ชัดเจนและสามารถใช้เพื่ออ้างอิงเชิงนโยบายได้มากขึ้น นอกจากนี้การวิจัยในอนาคตควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหลายจังหวัดหรือเขตสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลายและสามารถเปรียบเทียบความแตกต่างของบริบทพื้นที่ ซึ่งจะช่วยสร้างองค์ความรู้เชิงระบบที่แข็งแรงกว่าเดิม

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the Narcotics Control Board (ONCB). Thailand drug situation report 2023/2024 [Internet]. Bangkok: ONCB; 2024 [cited 2025 Jul 15]. Available from: https://www.oncb.go.th Department of Medical Services (DMS).
2. Annual report on drug treatment FY 2024 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2025 Jul 15]. Available from: https://www.dms.go.th
3. โรงพยาบาลเมยวดี. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ พ.ศ.2567. กลุ่มการพยาบาล. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลเมยวดี; 2567.
4. ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. แบบแผนการวิจัยเชิงทดลอง:

การประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2561

5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (ฉบับทดลองใช้). กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2563.
6. Rovinelli R J, Hambleton R K K. On the use of content specialists in the assessment of criterion - referenced test item validity. Dutch Journal of Educational Research. 1977;2:49-60.
7. Cronbach L I. Essentials of psychological testing (5thed.). New York: Harper Collins Publishers; 1990.
8. กัลยา วานิชย์บัญชา, ฐิตา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล (พิมพ์ครั้งที่ 27). กรุงเทพฯ: สามลดา; 2558.
9. เก็จกนก เอื้อวงศ์. การสนทนากลุ่ม: เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ. วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ. 2562;12(1):1-28.
10. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สุริยาส์น; 2554.
11. Mudau T S, Hlongwane S, Mnisi T, Mulaudzi F M. Strategies to alleviate the burden experienced by informal caregivers of persons with severe mental disorders in low-and middle-income countries: a scoping review. Interact J Med Res. 2024;13:e48587.
12. Yadav A, Roeger L, Kavanagh A, Thomas S A, Williams K. Care coordination for persons with mental health challenges: a scoping review. Int J Ment Health Syst. 2025;19.
13. Albertson E M, Angier H, Glik D C, Hunter S B, Mattox T, Sarkar U, et al. Systematic review of care coordination interventions linking health and social services for high-utilizing patient populations. Popul Health Manag. 2022;25(1):3-21.
14. Albertson E M, Chuang E, O'Masta B, Miake-Lye I, Haley L A, Pourat N. Systematic review of care coordination interventions linking health and social services for high-utilizing patient populations. Popul Health Manag. 2022;25(1):73-85.
15. Saeed S A, Masters R M. Disparities in health care and the digital divide. Curr Psychiatry Rep. 2021;23(8):61.
16. Aitken L E, Stratford H J, Cawthorne D, Pritchard G, Fenn K, Johns G, et al. Differences in access and outcomes in telepsychiatry: a systematic review. BJPsych Open. 2024;10(3):e80.
17. Killaspy H, Harvey C, King M, et al. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. World Psychiatry. 2022;21(1):96–123.
18. Owen-Smith A, Arndt B, Ahmedani B K, et al. Care management for serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. Psychiatr Serv. 2021;72(5):509–27.
19. Zheng X, Papamichail A, Masyrafah H, et al. Using WhatsApp messenger for health systems research: a scoping review. Health Policy Plan. 2021;36(5):774–78
20. BetterCare summary, Department of Health and Social Care (UK). Better Care Fund policy framework: 2022 to 2023. London: DHSC; 2022.
21. Sariaslan P, et al. Validation and recalibration of OxMIV in predicting violent behaviour in

psychotic disorders. Sci Rep. 2021;11:24191.

22. Fregonese M, Albino A, Covino C, Gili A, Bacci M, Nicoletti A, Gambelunghe C. Drug checking as strategy for harm reduction in recreational contests: evaluation of two different drug analysis methodologies. Front Psychiatry. 2021;12:596895.
23. Werb D, Scheim A, Soipe A, Aeby S, Rammohan I, Fischer B, et al. Health harms of non-medical prescription opioid use: a systematic review. Drug Alcohol Rev. 2022;41(4):941-952.