

การพัฒนาระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ สารเสพติด โรงพยาบาลห้วยใหญ่ อำเภห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

Development of a Participatory Care System: A Case Study of Caregivers
for Psychiatric Patients with Substance Use Disorders at Wan Yai Hospital,
Wan Yai District, Mukdahan Province

อารีณา มุลพรหม

Areecha Moolprom

โรงพยาบาลห้วยใหญ่

Wan Yai Hospital

E-mail : areecha7209@gmail.com

(Received: 18 November 2024, Revised: 12 December 2024, Accepted: 16 December 2024)

<https://doi.org/10.57260/stc.2025.1005>

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม
โรงพยาบาลห้วยใหญ่ อำเภห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร การวิจัยใช้วิธีการแบบ R&D (Research and
Development) โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาความรู้ ทักษะ และการมีส่วน
ร่วมของผู้ดูแล 2) การพัฒนาระบบการดูแลโดยใช้กระบวนการ A-I-C (Appreciation, Influence, Control)
และ 3) การประเมินผลระบบที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช
จากสารเสพติดในระดับสูง (58.40%) ระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดภาระการทำงานของเจ้าหน้าที่และเพิ่มการ
มีส่วนร่วมของชุมชน นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยี เช่น VDO Call และแอปพลิเคชันช่วยเพิ่มความสะดวกใน
การติดตามและลดการเดินทางของผู้ป่วย การประเมินผลแสดงให้เห็นว่าระบบสามารถลดอาการกำเริบของ
ผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ สร้างความยั่งยืนและความพึงพอใจในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช สารเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชน การดูแลแบบ New normal การพัฒนาระบบ
การดูแล

Abstract

This study aimed to develop a participatory care system for psychiatric patients with substance abuse at Wan Yai Hospital, Mukdahan Province. The research employed a Research and Development (R&D) approach, divided into three phases: 1) studying caregivers' knowledge, attitudes, and participation, 2) developing a care system using the A-I-C (Appreciation, Influence, Control) process, and 3) evaluating the developed system. The findings revealed that most caregivers had high knowledge levels about psychiatric disorders related to substance abuse (58.4%). The developed system reduced healthcare staff workload and increased community involvement. Additionally, utilizing technologies such as VDO calls and applications enhanced the convenience of patient monitoring and reduced travel. The evaluation indicated that the system significantly reduced relapse rates and promoted sustainability and satisfaction within the community.

Keywords: Psychiatric patients, Substance abuse, Community participation, New normal care, Care system development

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดในประเทศไทยเป็นปัญหาที่สำคัญและซับซ้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนโดยรวม จากรายงานของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2565) พบว่าประเทศไทยมีผู้ใช้สารเสพติดกว่า 1.4 ล้านคน แต่มีเพียง 200,000 คนที่ได้รับการบำบัดอย่างเป็นระบบ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความไม่เพียงพอของทรัพยากรและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต ระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศไทยให้ความสำคัญกับการจัดบริการสุขภาพจิตที่บูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ (Service plan) ซึ่งมีโครงสร้างการจัดบริการสุขภาพจิตกระจายอย่างครอบคลุมทั่วประเทศ ทั้งในหน่วยบริการจิตเวชและหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ รวมถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2565)

ในปี พ.ศ. 2564 มีรายงานว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำภายใน 1 ปี อยู่ที่ร้อยละ 99.20 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2564) กฎหมายหลักเกี่ยวกับการคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตการป้องกันเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพจิต และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตได้ถูกกำหนดผ่านแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม โดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤติ (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

แม้ว่าระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศไทยจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนยังคงเป็นประเด็นที่ท้าทาย ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชน ปัญหาการฆ่าตัวตาย หรือปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุราและสารเสพติด การบูรณาการระบบสุขภาพจิตกับระบบสุขภาพกายตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพจิต โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการ

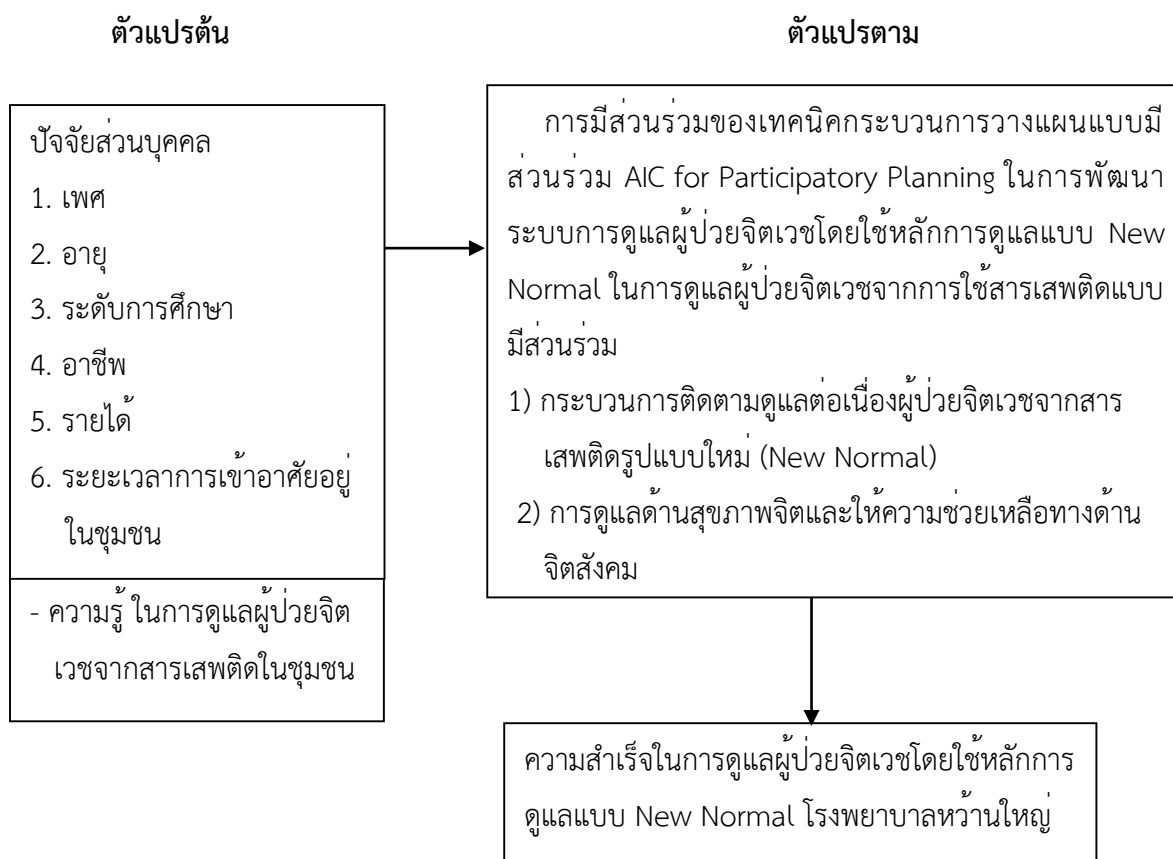
โรงพยาบาลห้วยน้ำใหญ่ อำเภอห้วยน้ำใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร รายงานจำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นจาก 158 คนในปี พ.ศ. 2563 เป็น 168 คนในปี พ.ศ. 2566 แม้การเพิ่มขึ้นจะดูไม่มากนัก แต่สะท้อนถึงความต่อเนื่องของปัญหาในพื้นที่ การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในชุมชน โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น VDO Call และแอปพลิเคชัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามและลดการเดินทางของผู้ป่วย นอกจากนี้ การบูรณาการแนวคิดการดูแลแบบ New Normal เข้ากับกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดถือเป็นนวัตกรรมที่สำคัญ การใช้กระบวนการวางแผนแบบ A-I-C (Appreciation, Influence, Control) ช่วยเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ชุมชน และครอบครัวผู้ป่วย ทำให้เกิดความยั่งยืนในระบบการดูแลและช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาระบบดังกล่าวยังตอบสนองต่อความจำเป็นในการลดความเหลื่อมล้ำทางการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในพื้นที่ชนบท ซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาสุขภาพจิตระดับชาติ งานวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายในการเสนอระบบการดูแลที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชนบทในประเทศไทย และสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นได้

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดในชุมชน
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการ A-I-C
3. ประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย (ที่มา: ผู้วิจัย, 2567)

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบ/วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา R&D (Research and development) ภายใต้แนวคิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC for participatory planning ในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม โดยโดยใช้หลักการดูแลแบบ New normal ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) กระบวนการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดรูปแบบใหม่ (New normal) 2) การดูแลด้านสุขภาพจิตและให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดในชุมชน

เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative research) ด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือ รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และความคิดเห็นของผู้ดูแล มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการเสพติดที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยกับโรงพยาบาล ห้วยใหญ่จำนวน 168 คน ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้ง 168 คน สมัครใจเข้าร่วมและสามารถร่วมดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การพูด มีสติสัมปชัญญะดี
2. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ ไม่อยู่ในในภาวะตั้งครรภ์ ลมชัก ไตระยะสุดท้าย
3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
4. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษา

เครื่องมือ

แบบสอบถาม (Questionnaire)

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาสร้างแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามชนิดเติมคำและเลือกคำตอบ ข้อคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้เฉลี่ย การมีหนี้สิน ระดับการศึกษา อาชีพหลัก จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการเสพติด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน สำหรับเกณฑ์ในการประเมินระดับความรู้ ใช้เกณฑ์การประเมินของ (นวรรตน์ สุวรรณผ่อง และ ณวิวรรณ บุญสุญา, 2542) โดยแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	คือ ค่าคะแนนความรู้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป	คะแนนอยู่ระหว่าง 14 – 17
ระดับปานกลาง	คือ ค่าคะแนนความรู้ ร้อยละ 60 – 79	คะแนนอยู่ระหว่าง 11 -13
ระดับต่ำ	คือ ค่าคะแนนความรู้ ต่ำกว่า 60	คะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 10

ส่วนที่ 3 เป็นสัมภาษณ์ความรู้ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) กำหนดค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ตรวจสอบด้านเนื้อหา ด้านภาษา รวมทั้งครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา และนำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC Index of item objective congruence) โดยกำหนดคะแนนการพิจารณา (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2543, p.117) ดังนี้ 1 ถ้าแน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวัด

0 ถ้าไม่แน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

-1 ถ้าแน่ใจว่า ข้อคำถามได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

จากนั้นนำผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อไปหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) กำหนดค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่าระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 แสดงว่าข้อคำถามนำไปใช้ได้ นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) พื้นที่ใกล้เคียงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) (บุญชม ศรีสะอาด, 2545, p.72-74) วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษานี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ประกอบด้วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการอบรมชี้แจงรายละเอียดของข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยหัวหน้าคณะผู้วิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปในทางเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติทางสาธารณสุข โดยมีการใช้สถิติในวิเคราะห์ข้อมูล สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) สถิติที่ใช้คือ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage)

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลโดยใช้กระบวนการ A-I-C แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. การสร้างความรู้ (Appreciation) โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การกำหนดแนวทางพัฒนา (Influence) โดยใช้การระดมความคิดเห็น และการปฏิบัติ (Control) โดยมีการติดตามผลอย่างเป็นระบบ
2. ใช้เทคโนโลยี เช่น VDO Call และแอปพลิเคชัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและติดตามผู้ป่วย
3. ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของระบบผ่านการทดลองและการเก็บข้อมูลความคิดเห็นของผู้ใช้งาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้พัฒนาระบบ ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน นักจิตวิทยา 1 คน เภสัชกร 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 50 คน รวม 62 คน สมัครใจเข้าร่วมและสามารถร่วมดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นคนในครอบครัวหรือในชุมชนในพื้นที่ จำนวน 168 คน

เครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ใช้รวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) โดยเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สัมภาษณ์เกี่ยวกับโดยใช้กระบวนการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดรูปแบบใหม่ (New normal) และการดูแลด้านสุขภาพจิตและให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม

การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและเชื่อถือได้ (Valid and reliable) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้น ถูกต้องหรือไม่ โดยการตรวจสอบข้อมูล คือ

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation)
2. การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory triangulation) และ
3. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) (Denzin,

1978)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ประกอบด้วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการอบรม ชี้แจงรายละเอียดของข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยหัวหน้าคณะผู้วิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปในทางเดียวกันการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ประกอบด้วยการใช้การสัมภาษณ์แบบการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 3 ประเมินผลระบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้เกณฑ์ประเมินความพึงพอใจและผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การลดอัตราการกำเริบของผู้ป่วย และความสะดวกของผู้ดูแลในการใช้งานระบบ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อวัดผลกระทบของระบบที่พัฒนาขึ้น และการสัมภาษณ์กลุ่มย่อย (Focus group) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นเพิ่มเติม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยของคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร รหัสโครงการ 32.2.0033.2566 ดำเนินกิจกรรมได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาค้างนี้ และเพื่อเป็นการปกป้องไม่ให้เกิดผลกระทบในทางลบแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยไม่เจตนา เช่น การรบกวนเวลา การสร้างความตึงเครียด และความกดดันในการร่วมมือในกิจกรรมการวิจัย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดในชุมชน

ในการเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยกับโรงพยาบาลห้วยใหญ่จำนวน 168 คน ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 65 และมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 55.20 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทผู้หญิงในครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชจากสารเสพติดในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 58.40 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 35-50 ปี เป็นกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมากที่สุด สาเหตุสำคัญของการมีความรู้สูงมาจากการที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลโดยตรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมอบรมความรู้ที่จัดโดยโรงพยาบาลห้วยใหญ่

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชจากสารเสพติดและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด (n=168)

ระดับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเวชจากสารเสพติด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (18 - 22)	117	58.40%
ระดับปานกลาง (14 - 17)	12	16.00%
ระดับต่ำ (0 - 13)	39	25.60%

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลห้วยใหญ่ อำเภห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร

ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลห้วยใหญ่ อำเภห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร พบว่า แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชรูปแบบใหม่ (New normal) เกิดรูปแบบการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชรูปแบบใหม่ (New normal) โดยจัดกลุ่มผู้ป่วยแยกตามระดับความรุนแรง/จำเป็นเพื่อจัดบริการที่เหมาะสมตามรูปแบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง คือ การพบแพทย์การเยี่ยมบ้านการโทรศัพท์และการส่งต่อเครือข่ายติดตาม ซึ่งอาจแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

1. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดทั่วไป จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ตามระดับความรุนแรง ดังนี้

กลุ่ม 1 กลุ่มสีแดง (ต้องเฝ้าระวัง/อาการกำเริบ/จำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อได้รับการบำบัดต่อเนื่อง)

- 1) ติดตามโดยตรงทางโทรศัพท์/VDO Call (โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม) หลังบำบัดครบ 1 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน และติดตามจนครบ 4-7 ครั้งใน 1 ปี
- 2) ติดตามผ่าน รพ.สต.ในพื้นที่โดย Teleconference
- 3) ให้ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและญาติ(บูรณาการไปกับกิจกรรมต่างๆ)
- 4) หากมีอาการผิดปกติ/มีปัญหา ให้ขอคำปรึกษากับโรงพยาบาลห้วยใหญ่
- 5) หากเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลห้วยใหญ่หรือโรงพยาบาลแม่ข่ายให้ขอคำปรึกษาผ่านโทรศัพท์ /VDO call / Teleconference / ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่ม 2 กลุ่มสีเหลือง (อาการคงที่/ทุเลา ต้องมีญาติดูแล)

- 1) ติดตามโดยตรงทางโทรศัพท์/VDO Call (โปรแกรมโทรตามตามเยี่ยม) หลังบำบัดครบ 1 สัปดาห์, 1-2 เดือน และ ติดตาม จนครบ 4-7 ครั้งใน 1 ปี
- 2) ตามผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่โดย Teleconference
- 3) เยี่ยมบ้าน (รายการที่จำเป็น) โดยให้ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและญาติ (บูรณาการไปกับกิจกรรมต่างๆ) /ประเมินสุขภาพจิตผ่าน Application
- 4) หากมีอาการผิดปกติ/มีปัญหาให้ขอคำปรึกษากับโรงพยาบาลห้วยใหญ่
- 5) หากเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลให้ขอคำปรึกษาผ่านโทรศัพท์/VDO Call/Teleconference/ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่ม 3 กลุ่มสีเขียว (อาการคงที่ ดูแลตัวเองได้)

- 1) ติดตามโดยตรงทางโทรศัพท์/VDO Call/(โปรแกรมโทรตาม ตามเยี่ยม) หลังบำบัดครบ 1 สัปดาห์, 2-3 เดือน ติดตามจนครบ 4-7 ครั้งใน 1 ปี 62 แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด

- 2) ผู้ป่วยรายงานตัวเอง (Self report) ผ่าน Application/VDO Call
- 3) ส่งกลับรพ.สต.ติดตาม
- 4) ให้ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและญาติ(บูรณาการไปกับกิจกรรมต่างๆ)/ประเมินสุขภาพจิตผ่าน Application
- 5) หากมีอาการผิดปกติ/มีปัญหาให้ขอคำปรึกษากับโรงพยาบาลห้วยใหญ่
- 6) หากเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลให้ขอคำปรึกษาผ่านโทรศัพท์/VDO Call/Teleconference /ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

2. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีอาการรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน จัดระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง SMI-V)/ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

2.1 การนัดติดตามผลการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล

กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ/รุนแรง มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

- 1) โดยการปรึกษาแพทย์ผ่านโทรศัพท์/VDOCall/Teleconference/
- 2) ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อพบแพทย์ทันทีโดยปฏิบัติตามขั้นตอนเข้ารับบริการดังนี้

รับบริการดังนี้

2.1) ลงทะเบียนตามคิวนัดหมายเพื่อลดความแออัด

2.2) ให้คัดกรอง วัตถุประสงค์ประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-19 หากพบความเสี่ยงให้ส่งต่อไปยังคลินิก ARI (Acute respiratory infection)

3) ประเมินอาการทางจิตจัดกลุ่มผู้ป่วยแยกตามระดับความรุนแรง/จำเป็น เพื่อจัดบริการที่เหมาะสม คือ กลุ่มสีแดง ต้องเฝ้าระวังอาการกำเริบ/มาพบแพทย์ด้วยอาการกำเริบหรือเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการกำเริบ เช่น smi-v กลุ่มสีเหลือง อาการทุเลา มารับยาต่อเนื่อง มีญาติดูแลกลุ่มสีเขียว ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปอาการดีดูแลตัวเองได้และจัดบริการแยกตามกลุ่ม

4) พบแพทย์เพื่อให้การวินิจฉัยการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ระหว่างการเข้าตรวจควรจัดคิวเหลื่อมเวลาเพื่อลดความแออัดเรียกคิวออนไลน์มีระบบให้คำปรึกษา/ตรวจวินิจฉัยผ่าน ระบบ Tele-Medicine จากนั้นพยาบาลให้บริการหลังพบแพทย์ตรวจสอบแผนการรักษาของแพทย์ผู้ป่วยในส่งต่อผู้ป่วยไปคลินิกบำบัดยาเสพติดเพื่อให้การรักษาตามมาตรฐาน มีระบบการให้คำปรึกษาโดยสหวิชาชีพ ผ่านระบบ Tele-Psychosocial intervention มีระบบการเยี่ยมญาติทางไกล (Tele-Visit) เน้นดูแลรายบุคคล (Case management)

5) การรับยาใกล้บ้าน มีระบบการให้คำปรึกษาเรื่องยา Online ระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์/รับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน ระบบรับยา drivethru ระบบ Refill ยา Fast tract นัดหมาย

2.2 การเยี่ยมบ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช

ขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพแนะนำตัวและวัตถุประสงค์
- 2) ประเมินอาการทางจิต และอาการด้านอื่น ตามความจำเป็น/ตามอาการของผู้ป่วยเพื่อลดระยะเวลาในการเยี่ยมบ้าน พร้อมรับฟัง ปัญหาความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือร่วมกับทีมเครือข่ายในพื้นที่
- 3) ให้การดูแลช่วยเหลือตามแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวช (Care plan)
- 4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลซักถาม ระบายความคิด ความรู้สึก และรับฟังปัญหาต่าง ๆ ติดตามวิธีการให้การปรึกษา แบบสั้น (Brief counseling) การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) พร้อมทั้งให้จิตสังคมบำบัดและให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความคิดความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบแนะนำการประเมินอาการ ทางจิตผ่าน Application และวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้น/การขอคำปรึกษา/คำแนะนำ ผ่านทางโทรศัพท์/VDO Call เมื่อเกิด เหตุการณ์ที่รุนแรงเพื่อลดอาการกำเริบ
- 5) สรุปและบันทึกสิ่งที่ได้พบจากการติดตามเยี่ยมบ้านในแบบรายงาน การติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง (After care)
- 6) บันทึกรายงานผลการติดตามในระบบข้อมูลการรักษา (บสต.) 3

2.3 การส่งต่อให้เครือข่ายติดตามดูแลต่อเนื่อง

ผู้ป่วยที่อาการคงที่หรือทุเลาลงจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชต้องเตรียมพร้อมชุมชนและประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เครือข่ายเพื่อดูแลต่อเนื่อง โดยเริ่มจากประเมินการติดตามในการรับบริการทางการแพทย์จากระบบนัดของแผนกผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลโดยการคัดเลือกผู้ป่วย รายละเอียดดังนี้

- 1) ส่งต่อให้เครือข่ายติดตามลงบันทึกรายชื่อเพื่อนำไปใช้ในการค้นหาข้อมูลผู้ป่วยใช้สิทธิรับบริการที่สถานบริการสุขภาพแห่งใดอาจจัดกลุ่มผู้ป่วยแบ่งออกตามรายละเอียดดังนี้
- 2) ผู้ป่วยอาการคงที่ ดูแลตนเองได้รับยาเดิม โดยการรับยาทางไปรษณีย์/รับยาที่โรงพยาบาลหวานใหญ่/ร้านยาใกล้บ้าน
- 3) ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้พิจารณาส่งต่องานจิตเวชชุมชนเพื่อติดตามโดยส่งเอกสารแบบส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยให้งานจิตเวชชุมชนเป็นผู้ประสานการติดตามต่อเนื่อง งานจิตเวชชุมชนจะประสานเครือข่ายและส่งต่อข้อมูลในการติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาโดยใช้โปรแกรมต่างๆ เช่น ThaiCOC, Sinap, Thai refer เป็นต้น พร้อมใบส่งตัวแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด แผนการดูแลผู้ป่วยและสมุดบันทึกสุขภาพให้กับเครือข่ายในพื้นที่ดูแล

4) ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อได้/ย้ายที่อยู่/เปลี่ยนสถานพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชดำเนินการส่งต่อข้อมูลทางเว็บไซต์ระบบรายงาน บสต./ระบบรายงานการติดตาม แต่ต้องมีการประสานงาน สิทธิบัตรเพื่อตรวจสอบเช็คสถานบริการสาธารณสุขที่ระบุในสิทธิการรักษาก่อน

5) ตรวจสอบทางหน้าเว็บไซต์ระบบรายงาน บสต.กระทรวงสาธารณสุขในหัวข้อรายงานที่อยู่ระหว่างการส่งต่อ/รอรับเพื่อตรวจสอบสถานะการตอบรับการส่งต่อไปยังเครือข่าย พร้อมทั้งโทรศัพท์แจ้งให้บุคลากรที่รับผิดชอบงานจิตเวชยาเสพติดประจำพื้นที่ดังกล่าวได้ตรวจสอบข้อมูล เพื่อรับทราบ ว่ามีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อติดตามเยื่อมต่อไป

6) ทีมจิตเวชชุมชนร่วมกับเครือข่ายติดตามดูแลต่อเนื่องตามแผนการดูแลผู้ป่วย กรณีการบำบัดรักษาผู้ป่วยทาง online เช่น VDO Call/ Teleconference กับโรงพยาบาลจิตเวชให้เป็นไปตามเงื่อนไข ดังนี้

6.1) ผู้ป่วยและญาติสมัครใจ

6.2) มีและสามารถใช้Smartphone ได้

6.3) เซ็นยินยอมรับการรักษาทาง Onlineใน Consent form โดยมีประเด็นการติดตามดูแลเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยหลัง จำหน่ายด้านการรับประทานยาคุณภาพชีวิตและความต้องการ การช่วยเหลือ รวมถึงการให้คำ แนะนำ /คำปรึกษา จิตสังคม บำบัด เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปีและรายงานผลอาการข้างเคียง อาการทางจิต เพื่อส่งข้อมูลกลับโรงพยาบาลจิตเวชและหากพบ

6.4) ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง หน่วยงานในพื้นที่ประสานโรงพยาบาลปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย/ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย

6.5) ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงน้อยให้ติดตามดูแลตามแผนการดูแลและเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยกำเริบซ้ำ

2.4 การรับยากลับบ้าน ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาการทุเลาหรือดูแลตัวเองได้ สามารถปรับการบริการด้านยาเป็นรับยาที่โรงพยาบาลห้วยใหญ่/ รับยาทางไปรษณีย์/รับที่ร้านขายยาใกล้บ้านตามความสมัครใจและการรับยาแบบไดรฟ์-ทรู (Drive-Thru)

2.5 การดูแลด้านสุขภาพจิต และให้ความช่วยเหลือทางจิตสังคม ให้บูรณาการไปกับกิจกรรมบริการโดยการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยและญาติและประเมินสุขภาพจิตความเครียดวิตกกังวล ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ผ่าน Application

2.6 บันทึกและรายงานผลการติดตาม ให้กับโรงพยาบาลผ่าน ระบบรายงาน บสต./ติดตามเพื่อประเมินอาการเป็นระยะ หากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นก็เฝ้าระวังอาการกำเริบซ้ำเพราะผู้ป่วยที่ขาดการติดตามดูแลต่อเนื่อง ขาดการรับประทานต่อเนื่องหรือใช้สารเสพติด มักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงคลุ้มคลั่ง ซึมเศร้า ทำร้ายตัวเองที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวเองหรือต่อผู้อื่นได้ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและคนในสังคม

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารสนเทศแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลห้วยใหญ่ อำเภห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร พบว่า

ผลการประเมินระบบที่พัฒนาขึ้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีอัตราอาการกำเริบลดลงถึงร้อยละ 30 เมื่อเปรียบเทียบกับระบบการดูแลแบบเดิม ผู้ดูแลรายงานว่าระบบใหม่ช่วยลดความเครียดและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีเครื่องมือที่ชัดเจนและสนับสนุนโดยชุมชน

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารสนเทศแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลห้วยใหญ่

1) ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ: ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับสูงเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในการติดตามและรับคำปรึกษา เช่น VDO Call และ Application ที่ช่วยลดการเดินทาง

2) ความร่วมมือจากชุมชน: ชุมชนมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของสมาชิกในชุมชน

3) ความปลอดภัยและการติดตามอย่างต่อเนื่อง: ความพึงพอใจในด้านความปลอดภัยในการรับยา การเยี่ยมบ้าน และการติดตามอาการ พบว่าผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในระบบการดูแลและการติดตามที่ให้บริการอย่างต่อเนื่อง

ในระยะที่ 3 ของการวิจัย ทีมวิจัยได้ดำเนินการประเมินผลระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ดูแล ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการจัดกลุ่มสนทนา (Focus group discussion) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ระบบดังกล่าวในชุมชน

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยเฉพาะในมิติของการสนับสนุนทางจิตใจและการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ดูแลให้ความเห็นว่า การใช้เทคโนโลยี เช่น VDO Call และแอปพลิเคชัน ช่วยลดระยะเวลาการเดินทางและเพิ่มความสะดวกในการติดตามอาการผู้ป่วยได้เป็นอย่างมาก นอกจากนี้ การบูรณาการชุมชนเข้ากับกระบวนการดูแลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากสังคม

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการระบุว่า ระบบที่พัฒนาขึ้นช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เนื่องจากการกระจายหน้าที่ไปยังเครือข่ายชุมชนและอาสาสมัครที่ผ่านการอบรม นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีขึ้นในเชิงพฤติกรรม เช่น การลดการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม มีความท้าทายบางประการที่พบในการดำเนินการ ได้แก่ ความไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีของผู้ดูแลบางส่วน และการขาดทรัพยากรในการสนับสนุนระบบในระยะยาว ซึ่งทีมวิจัยได้เสนอแนะให้มีการพัฒนาหลักสูตรอบรมเพิ่มเติมและการสนับสนุนจากภาครัฐเพื่อความยั่งยืนของระบบ

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดในชุมชน โดยใช้กระบวนการ A-I-C (Appreciation, Influence, Control) เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชจากสารเสพติดในระดับสูง และระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน และลดอาการกำเริบของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ การใช้กระบวนการ A-I-C ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตได้รับการยืนยันถึงประสิทธิผลในงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพจิตช่วยเพิ่มความยั่งยืนและประสิทธิภาพของการดูแล นอกจากนี้ การวิจัยในอำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี (บำรุง วงษ์นิ่ม และคณะ, 2566) ยังแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ช่วยเพิ่มความรู้และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน และลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ พรทิพย์ วชิรดิถ และคณะ (2561) ที่เน้นความร่วมมือระหว่าง ตำรวจ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน และ ทีมจิตเวชฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตได้เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว และ รัศมี ชุตพิมาย (2565) ที่เน้นการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มี การบูรณาการเทคโนโลยี เช่น VDO Call และแอปพลิเคชัน ในการติดตามผู้ป่วย ช่วยเพิ่มความสะดวกและลดการเดินทางของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบ New normal ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีในการให้บริการสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีดังกล่าวยังช่วยเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ชุมชน และครอบครัวผู้ป่วย ทำให้ระบบการดูแลมีความยั่งยืนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดยังต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ เช่น การขาดทรัพยากรบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญ การขาดงบประมาณสนับสนุน และความไม่พร้อมของชุมชนในการปรับตัวเข้ากับเทคโนโลยีใหม่ ๆ ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และการสนับสนุนจากนโยบายภาครัฐ

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดที่มีการมีส่วนร่วมจากชุมชน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC for participatory planning) และหลักการดูแลแบบ New normal ในการดำเนินงาน พบว่าผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชจากสารเสพติดในระดับสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความเข้าใจและการดูแลที่เหมาะสม โดยผู้ดูแลมีความรู้ระดับสูงถึงร้อยละ 58.4 ระยะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วม ระบบการดูแลถูกออกแบบโดยแยกกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง และจัดรูปแบบการติดตามที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสีแดง (ต้องเฝ้าระวังสูงสุด), กลุ่มสีเหลือง (อาการคงที่ ต้องมีญาติดูแล) และกลุ่มสีเขียว (อาการคงที่ ดูแลตัวเองได้) ระบบนี้มีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการติดตามและสื่อสาร เช่น การใช้ VDO Call, Application, และ Teleconference เพื่อเพิ่มความสะดวกและลดการเดินทางของผู้ป่วย การพัฒนาระบบการดูแล ระบบการ

ดูแลที่พัฒนาขึ้นมีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและชุมชน โดยระบบนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูและการลดอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามและประเมินผลของระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นในระยะยาว เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในด้านการฟื้นฟู การลดอัตราการเกิดอาการกำเริบ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การประเมินผลในระยะยาวจะช่วยให้ทราบถึงประสิทธิภาพของระบบการดูแลและการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการติดตามและดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น การใช้แอปพลิเคชันที่สามารถให้ผู้ป่วยรายงานอาการด้วยตนเองและสามารถตรวจสอบสถานะการดูแลของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพของเทคโนโลยีจะช่วยให้การติดตามและการดูแลผู้ป่วยมีความสะดวกและประสิทธิภาพสูงขึ้น

3. ควรมีการกำหนดมาตรฐานที่ชัดเจนสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รวมถึงการประเมินผล การดำเนินงานของระบบการดูแลที่พัฒนา เพื่อให้สามารถวัดผลและเปรียบเทียบประสิทธิภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม การกำหนดมาตรฐานจะช่วยให้การดูแลมีคุณภาพและความยั่งยืนในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่อง "การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลหัวนไใหญ่ อำเภอนหัวนไใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร" ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการสนับสนุนและความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่มีความสำคัญยิ่ง ขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหารซึ่งได้ให้คำแนะนำและแนวทางในการวิจัยอย่างใกล้ชิด รวมถึงให้กำลังใจตลอดระยะเวลาการศึกษา คำแนะนำและข้อเสนอแนะของท่านเป็นประโยชน์อย่างมากในการพัฒนาโครงสร้างและการดำเนินงานวิจัยจนสำเร็จ

ขอขอบคุณ โรงพยาบาลหัวนไใหญ่ และ บุคลากรในชุมชน ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด ที่ได้อุทิศเวลาและแรงกายในการให้ข้อมูล รวมถึงให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ ครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน ที่คอยสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ทำให้มีแรงใจในการทำงานวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วง

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนและช่วยเหลือให้การวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์ การสนับสนุนจากทุกฝ่ายมีความสำคัญยิ่ง และขอให้ความสำเร็จนี้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนต่อไปในอนาคต ด้วยความเคารพอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)*. กรุงเทพฯ: บริษัท วิคทอรีอิมเมจ จำกัด.
- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- นวรัตน์ สุวรรณพ้อง และ ฉวีวรรณ บุญสุญา. (2542). *การประเมินผลและเขียนแผนงาน/โครงการด้านสาธารณสุข*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พรทิพย์การพิมพ์. เนาวรัตน์เจริญคำ.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *วิธีการวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บำรุง วงษ์นิม, แสงเดือน ดีผิว และ สุพล สุพวง. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด โดยความร่วมมือและไร้รอยต่อ ตัวแบบลพบุรี: กรณีศึกษาอำเภอโคกสำโรง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 10(1), 1-12. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/265916>
- พรทิพย์ วชิรดิถ, อีระ ศิริสมุด และ อนุรัตน์ สมตน. (2561). ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(2), 69-83. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/138685>
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- รัศมี ชุตินิมา. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 850-867. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/258728>
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2565). *รายงานสถานการณ์สารเสพติดในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม.
- Denzin, N. K. (1978). *Triangulation: A Case for Methodological Evaluation and Combination*. *Sociological Methods*.