การวิเคราะห์บริบทของปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง: การศึกษาแบบผสานวิธีในหลายระดับ

CONTEXTUAL ANALYSIS OF FACILITATORS AND BARRIERS TO COMMUNITY-BASED MENTAL HEALTH SERVICE PROVISION FOR PATIENTS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS AND SUBSTANCE USERS AT HIGH RISK OF VIOLENCE: A MULTI-LEVEL MIXED-METHODS STUDY

Received: August 29, 2024
Revised: October 25, 2024
Accepted: November 03, 2024

ขัติยา แก้วสมบัติ[1*], อิศรา ขุนพิลึก[1], ชินกร สุจิมงคล[2], อัญชลี วิจิตรปัญญา[3]
Kuttiya Kaewsombat[1*], Issara khunpiluek[1], Chinakorn Sujimongkol[2], Anchalee Wijitpanya[3]

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) เป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องดูแลสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม การจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนมีบทบาทสำคัญในการป้องกัน จัดการ และลดความรุนแรง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชน ศึกษาแบบผสานวิธีหลายระดับ วิธีวิจัย 1) การวิจัยเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Fisher's Exact Test การวิเคราะห์ทางสถิติใช้ภาษา R เวอร์ชัน 4.2.1 และแพ็คเกจ tidyverse 2) การวิจัยเชิงคุณภาพสำรวจแบบมีโครงสร้างผ่านแบบสอบถามออนไลน์กับบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดเลย ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัย ปี 2566 มีผู้ป่วย SMI-V 6,303 คน (ร้อยละ 1.31) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองและทำร้ายผู้อื่น พบมากที่สุด การวิเคราะห์เชิงคุณภาพแสดงให้เห็นปัจจัยที่เอื้อ เช่น ความร่วมมือของ

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
Loei Provincial Public Health Office
[2] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
Sirindhorn College of Public Health Khon kaen
[3] โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
Loei Ratchanakharin Psychiatric Hospital
*Corresponding author E-mail: kuttiya77@gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

ครอบครัวและชุมชน การมีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง และนโยบายที่เอื้อต่อการดูแล ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ ทัศนคติเชิงลบ การขาดแคลนบุคลากร และงบประมาณที่ไม่เพียงพอ

การจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วย SMI-V การพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากร การจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม และการสร้างความตระหนักรู้ในชุมชน

คำสำคัญ: การจัดบริการสุขภาพจิต, การวิจัยแบบผสานวิธี, ความรุนแรง, ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง, ยาเสพติด

Abstract

Background: Patients with severe mental illness and substance use disorders, at high risk of violence (SMI-V), are a vulnerable population requiring appropriate mental health care. Community-based mental health services play a crucial role in preventing, managing, and reducing violence associated with this patient group. Objective: To explore the context and analyze facilitating and hindering factors of the services provision for SMI-V patients using a multi-level mixed-methods study. Methods: This mixed-methods research consisted of 1) quantitative analysis of secondary data from the HDC database of the Ministry of Public Health, and 2) qualitative structured survey through an online questionnaire with public health personnel in Loei Province. Data analysis employed descriptive statistics and content analysis.

Results: In the fiscal year 2023, there were 6,303 SMI-V patients (1.31%), with self-harm and harm to others being the most common behaviors. Qualitative analysis revealed facilitating factors such as family and community collaboration, strong working networks, and supportive policies, while hindering factors included negative attitudes, staff shortages, and insufficient budgets.

Conclusion: The findings highlight the challenges in providing the services for SMI-V patients. Developing an effective service system requires collaboration between agencies, capacity building of personnel, appropriate budget allocation, and raising awareness in the community.

Keywords: mental health services, mixed-methods, violence, severe mental illness, substance abuse

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประมาณ 1 ใน 8 ของประชากรโลกหรือราว 970 ล้านคน กำลังเผชิญปัญหาสุขภาพจิต[1] ในประเทศไทยสถานการณ์ก็ไม่แตกต่างกัน ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตแสดงให้เห็นว่า ในปี 2566 มีประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีความผิดปกติทางจิตใจประมาณ 4 ล้านคน และมีผู้ใช้สารเสพติด 2.5 ล้านคน คิดเป็น 6.44% ของประชากรทั้งหมด[2] แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้น แต่การเข้าถึงการรักษายังเป็นปัญหาท้าทาย มีเพียง 38.75% ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ขณะที่กว่า 60% ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่จำเป็น ซึ่งหมายถึง ส่วนหนึ่งจะต้องรักษาตัวอยู่ที่บ้านหรือชุมชน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงได้ตลอดเวลา เนื่องจากสารเสพติดบางชนิดกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดความก้าวร้าว[3] ซึ่งจะกลุ่มผู้ป่วยเรียกว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง (SMI-V) โดยบางส่วนมักมีอาการทางจิตที่รุนแรงและอาจก่อให้เกิดปัญหาหลังจากกลับเข้าสู่ชุมชนหากขาดการบำบัดที่ต่อเนื่อง[4] การศึกษาโดย แวนดอร์น [5] พบว่า ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงมีโอกาสก่อพฤติกรรมรุนแรงสูงขึ้นในช่วง 2-4 ปี หลังจากเริ่มต้นการศึกษา โดยมีสัดส่วนร้อยละ 2.9. นอกจากนี้ สวาร์ทซ และคณะ[6] และบราดิซซา[7] พบว่า SMI-V ร่วมกับปัญหาการใช้สารเสพติดเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ต้องการการดูแลและบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น การพัฒนาบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่ครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความรุนแรง และส่งเสริมความปลอดภัยทั้งของผู้ป่วยและชุมชนโดยรวม การจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนมีบทบาทสำคัญในการป้องกัน จัดการ และลดความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย SMI-V อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงและประสิทธิผลของบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับกลุ่มประชากรนี้ยังคงเป็นความท้าทาย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังมีช่องว่างในการศึกษาปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วย SMI-V โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาที่พิจารณาปัจจัยในหลายระดับและบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ อีกทั้งบริบทของปัญหานี้ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อยและถือว่าเป็นเรื่องค่อนข้างใหม่สำหรับประเทศไทยในการพัฒนาระบบ

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์บริบทหรือปัจจัยแวดล้อมต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การศึกษาแบบผสานวิธีในหลายระดับ ผลการศึกษาจะให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในระดับต่างๆ และบริบทที่ปัจจัยเหล่านั้นดำเนินอยู่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนามาตรการและ

แนวทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วย SMI-V ต่อไป

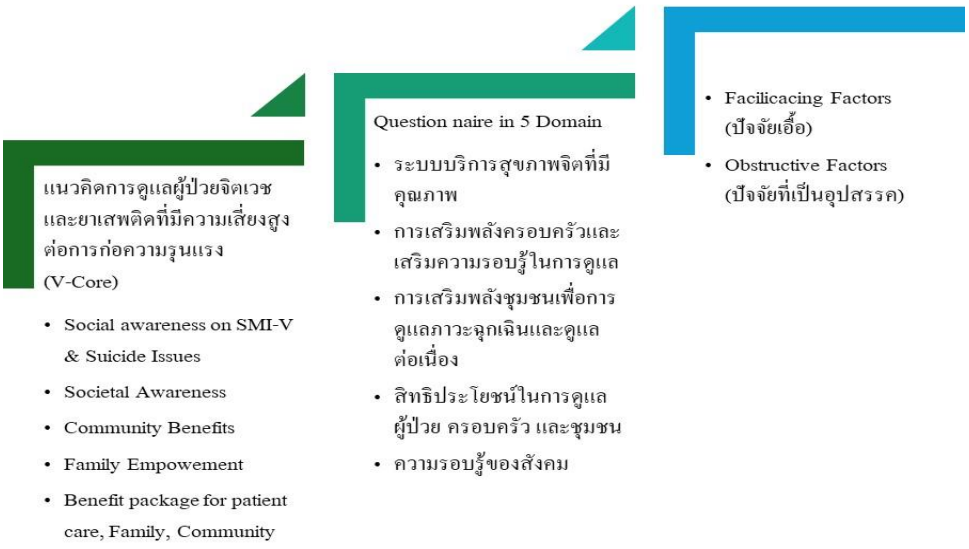
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทของการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในหลายระดับพื้นที่ แบบการวิเคราะห์บริบทหรือปัจจัยแวดล้อม

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในระดับบุคคล ชุมชน ระบบบริการสุขภาพ และนโยบายและสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care) ของกรมสุขภาพจิต[8] เป็นพื้นฐาน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสานวิธีหลายระดับ (Multi-level Mixed-methods Study) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงอธิบายแบบต่อเนื่อง (Sequential Explanatory Design) เพื่อทำความเข้าใจปัญหาอย่างลึกซึ้ง ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพก่อน จากนั้นจึงใช้ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่ออธิบายผลลัพธ์ การศึกษาเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในหลายระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ชุมชน ระบบบริการสุขภาพ และ

นโยบายและสังคม ภายใต้กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชน

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปริมาณ (Documentary research): ใช้กลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลระดับทุติยภูมิจากฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้ยาเสพติดที่มีข้อมูลครบถ้วนในช่วงระยะเวลาที่กำหนด เช่น ปี 2566 ย้อนหลัง โดยไม่ได้ทำการสุ่มตัวอย่าง แต่ใช้ข้อมูลทั้งหมดที่มีในฐานข้อมูล เนื่องจากประชากรกลุ่มเป้าหมายน้อย การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามโครงสร้าง (Structured survey) โดยสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลชุมชนในระดับการดูแลชุมชน (Community care) จำนวน 123 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care) ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดและสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดเลย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากกรอบแนวคิด V-Care ของกรมสุขภาพจิต และผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อรับรองความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของเนื้อหาในแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ แพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชจำนวน 3 ท่าน และวิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence) ที่ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิจัยเชิงปริมาณ (Documentary research)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Fisher's Exact Test เพื่อทดสอบสมมติฐานว่าความถี่ของผู้ป่วย SMI-V แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลหรือไม่ แม้ Fisher's Exact Test เหมาะกับการเปรียบเทียบในตารางที่มีขนาดเล็กหรือช่องที่มีความถี่น้อยกว่า 5 แต่กรณีนี้เป็นตารางขนาดใหญ่ (14x5) และมีหลายช่องที่มีความถี่เป็นศูนย์ ซึ่งอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือ จึงใช้วิธี Monte Carlo Simulation ร่วมกับ Fisher's Exact Test โดยสุ่มตัวอย่างตาราง 10,000 ครั้ง เพื่อประมาณค่า p-value การทดสอบใช้ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 การวิเคราะห์ทางสถิติทั้งหมดดำเนินการโดยใช้ภาษา R เวอร์ชัน 4.2.1[9] และแพ็คเกจ 'tidyverse' [10]

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Structured survey) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์แก่นสาระ เพื่อระบุประเด็นสำคัญและแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชน

3. การบูรณาการข้อมูลในศึกษานี้ใช้การเปรียบเทียบและเชื่อมโยงผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ภาพรวมที่สมบูรณ์และเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับบริบท ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรค

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 043/2567 และเลขที่โครงการ P6701018 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย การวิเคราะห์บริบทของปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง: การศึกษาแบบผสานวิธีในหลายระดับ ประกอบด้วย 1) สถานการณ์และบริบทของการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในหลายระดับพื้นที่ แบบการวิเคราะห์บริบทหรือปัจจัยแวดล้อม 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในระดับบุคคล ชุมชน ระบบบริการสุขภาพ และนโยบายและสังคม ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์บริบทหรือปัจจัยแวดล้อม

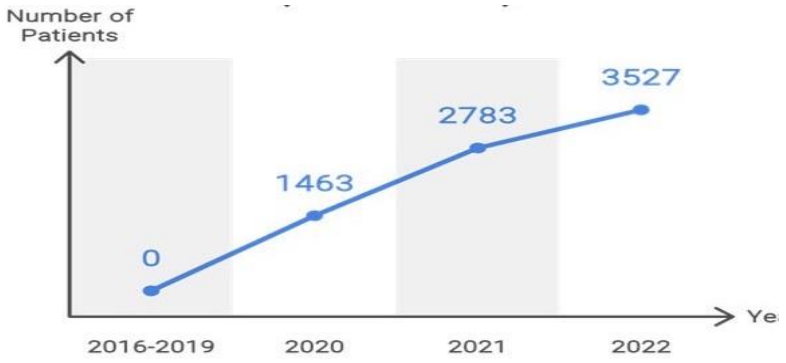
1.1 ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์มาจากฐานข้อมูลระดับทุติยภูมิจากฐานข้อมูล HDC ปี 2565-2566 รายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ปี 2566 และเอกสารมาตรฐานการปฏิบัติงานของกรมสุขภาพจิต ปี 2566 ผลการวิเคราะห์มี ดังนี้

จากข้อมูลในฐานข้อมูลระดับทุติยภูมิจากฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข[11] พบว่า ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจำนวน 480,590 คน ในจำนวนนี้ มีผู้ป่วย SMI-V จำนวน 6,303 คน คิดเป็นร้อยละ 1.31 และข้อมูลจากรายงานผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[8] ในเดือนมีนาคม 2566 (ดังภาพที่ 2) และผลการศึกษาจากฐานข้อมูลในโรงพยาบาลจิตเวช 14 แห่งทั่วประเทศไทย[12] พบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) รวม 10,046 ราย แบ่งเป็น SMI-V 1 จำนวน 6,006 ราย (59.8%), SMI-V 2 จำนวน 2,596 ราย (25.8%), SMI-V 3 จำนวน 305 ราย (3.0%), SMI-V 4 จำนวน 550 ราย (5.5%) และ SMI-V MIX (ผู้ป่วยที่มีลักษณะผสมผสานตั้งแต่สองประเภทขึ้นไป)

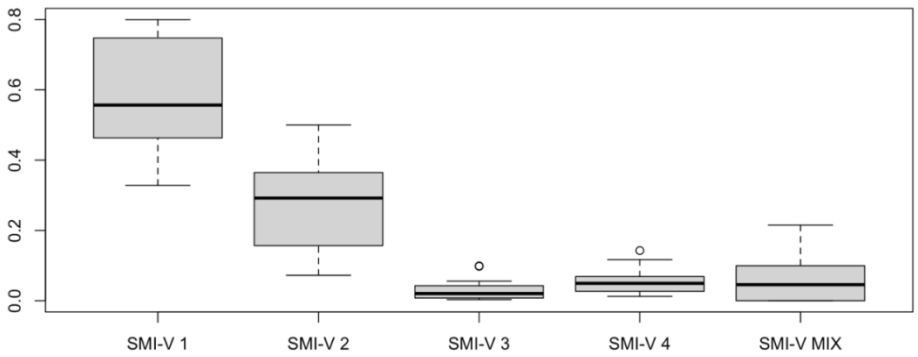
วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

จำนวน 589 ราย (5.9%) เมื่อนำมารวมและแยกเปรียบเทียบรายประเภท พบว่า ผู้ป่วยประเภทที่ทำร้ายตนเอง (SMI-V 1) มีจำนวนมากที่สุด รองลงมา คือ ผู้ป่วยที่ทำร้ายผู้อื่น (SMI-V 2) ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด (SMI-V 3) และผู้ป่วยที่ก่อคดีอาญารุนแรง (SMI-V 4) มีจำนวนน้อยกว่า ส่วนผู้ป่วยประเภทผสม (SMI-V MIX) มีจำนวนอยู่ในระดับปานกลาง (ดังภาพที่ 3) ซึ่งจากภาพที่ 3 แสดงกราฟเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วย SMI-V จาก 14 โรงพยาบาล พบความแตกต่างชัดเจนในสัดส่วนผู้ป่วยแต่ละประเภท โดยผู้ป่วย SMI-V 1 มีสัดส่วนสูงที่สุดในทุกโรงพยาบาล ขณะที่ SMI-V 3 มีสัดส่วนต่ำที่สุด เมื่อนำข้อมูลนี้มาทดสอบด้วย Fisher's Exact Test ร่วมกับ Monte Carlo Simulation (10,000 รอบ) พบว่า p-value < 0.01 สรุปว่า ความถี่ผู้ป่วย SMI-V แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างโรงพยาบาล

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (พ.ศ. 2559-2566)



ภาพที่ 2 แสดงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (พ.ศ. 2559-2566)



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทั้ง 5 ประเภท

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ที่มีพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้ 1) SMI-V 1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) SMI-V 2 มีประวัติทำร้ายคนอื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนในชุมชน 3) SMI-V 3 มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย 4) SMI-V 4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) และ SMI-V MIX ภาพรวม SMI-V 1-4

1.2 วิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรค

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (64.2%) โดยมีอายุในช่วง 40-49 ปี (39.0%) และ 50 ปีขึ้นไป (30.9%) ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (89.4%) ในตำแหน่งงาน พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ (48.8%) รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุข (38.2%) โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด 6 เดือนขึ้นไป (98.4%) สำหรับสถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (39.8%) รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน (19.5%) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (18.7%) ด้านภูมิศาสตร์ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท (84.6%) ในขณะที่มีเพียง 15.4% ที่ปฏิบัติงานในเขตเมือง

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จากข้อมูลแบบสอบถาม เพื่อวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่สอง การวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังภาพที่ 4 ดังนี้



ภาพที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในระดับชุมชนและระดับบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นถึงปัจจัยเอื้อและอุปสรรคในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับนโยบายและสังคม ปัจจัยเอื้อที่สำคัญ ได้แก่ ความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน การมีเครือข่าย การทำงานที่เข้มแข็ง และการมีนโยบายสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ในขณะที่อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย การขาดความรู้และทักษะในการดูแล การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง และงบประมาณที่ไม่เพียงพอ การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์แบบ Thematic พบประเด็นสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ดังนี้ คือ ระบบบริการสุขภาพจิตมีจุดแข็งสำคัญ คือ การมีเครือข่ายการดูแลและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน, บุคลากรเฉพาะทาง การมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัคร, รวมถึงการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ระบบยังประสบปัญหาจุดอ่อน ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากร ขาดความต่อเนื่องในการดูแลบางพื้นที่ การตีตราและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต และความท้าทายในการจัดการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ปัจจัยที่เอื้อให้การดูแลมีคุณภาพประกอบด้วย ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ การสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร การมียาและสถานที่รักษา และการฝึกอบรมบุคลากร ขณะเดียวกันปัจจัยอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านงบประมาณ การขาดความเข้าใจในชุมชน การเข้าถึงยาเสพติดและปัญหาสังคม และความกังวลด้านความปลอดภัยของบุคลากร การเสริมพลังครอบครัวและชุมชนสามารถทำได้ผ่านการเยี่ยมบ้านและติดตาม การจัดโครงการให้ความรู้และฝึกอบรม การจัดกลุ่มสนับสนุนและให้คำปรึกษา และการบูรณาการผู้นำชุมชน แต่ยังมีความท้าทายเช่นความเหนื่อยล้าของครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจสังคม ความกลัวและการตีตราในชุมชน และความยากลำบากในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เอื้อและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ความร่วมมือของครอบครัว ทัศนคติเชิงลบ และการขาดความรู้

ระดับการจัดบริการสุขภาพจิต	ปัจจัยที่เอื้อ	ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค
บุคคล	- ความร่วมมือของครอบครัว	- ทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย
	- การเสริมพลังครอบครัวผ่านการให้ความรู้และคำปรึกษา	- ภาระการดูแลของครอบครัว
		- การขาดความรู้และทักษะในการดูแล
ชุมชน	- ความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแล	- การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
	- เครือข่ายชุมชนที่เฝ้าระวัง	- ความกลัวและทัศนคติเชิงลบในชุมชน
	- บทบาทของผู้นำชุมชน	- การขาดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

ระดับการจัดบริการสุขภาพจิต	ปัจจัยที่เอื้อ	ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค
ระบบบริการสุขภาพ	- เครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง	- ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง
	- แนวทางการดูแลที่ชัดเจน	- ขาดระบบเฝ้าระวังและค้นหากลุ่มเสี่ยง
	- การสนับสนุนจากผู้บริหาร	- ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน
นโยบายและสังคม	- นโยบายสนับสนุนการดูแล	- งบประมาณไม่เพียงพอ
	- สิทธิประโยชน์การรักษาฟรี	- สิทธิประโยชน์ไม่เพียงพอ
	- การรณรงค์สร้างความตระหนัก	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตน้อย

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นก้าวแรกในการทำความเข้าใจบริบทของการจัดบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วย SMI-V โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน ผลการศึกษาเผยถึงความซับซ้อนและความท้าทายในการจัดการปัญหา พร้อมชี้ให้เห็นปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนในประเทศไทย ข้อมูลที่ได้จะช่วยในการพัฒนานโยบายและการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และตอบสนองต่อปัญหาการวิจัยเกี่ยวกับบริบทและความครอบคลุมของการจัดบริการ ซึ่งจากผลการศึกษาวิเคราะห์บริบทหรือปัจจัยแวดล้อม การวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงดัง ที่เกิดขึ้นตามรายด้าน ดังนี้

ด้านสถานการณ์ผู้ป่วย SMI-V ผลการวิจัย พบว่า ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วย SMI-V จำนวน 6,303 คน คิดเป็นร้อยละ 1.31 ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของ มอริ และคณะ[13] และการศึกษาของ แวนดอร์น และคณะ [5] ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสูงกว่าประชากรทั่วไป และจากการวิเคราะห์ของการศึกษาเหล่านี้ยังระบุว่าความเสี่ยงสูงสุดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวจะพบในผู้ที่มีทั้งความเจ็บป่วยทางจิตขั้นรุนแรงที่ร่วมกับความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ซึ่งยืนยันว่าการเกิดร่วมกันของทั้งสองปัจจัยนี้เป็นปัจจัยสำคัญในการประเมินความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

ด้านประเภทของผู้ป่วย SMI-V การวิเคราะห์ข้อมูลจาก 14 โรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วย SMI-V ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองพบมากที่สุด รองลงมา คือ ทำร้ายผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สวาร์ทซ์[6] ที่ชี้ว่าการใช้สารเสพติดเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะในผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษา ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วย SMI-V ความแตกต่างของการกระจายตัวระหว่างโรงพยาบาลอาจ

สะท้อนถึงปัจจัยเชิงพื้นที่ เช่น ลักษณะประชากร ปัจจัยเสี่ยง และความพร้อมในการเข้าถึงบริการ รวมถึงความท้าทายในการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจสถานการณ์และพัฒนานโยบายสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านการจัดบริการ การวิเคราะห์เชิงคุณภาพเผยให้เห็นปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิต ตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับนโยบาย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีระบบนิเวศทางสังคมของ บรอนเฟนเบรเนอร์[14] ที่ชี้ว่าพัฒนาการของมนุษย์ได้รับอิทธิพลจากระบบหลายระดับ ปัจจัยสนับสนุน เช่น ความร่วมมือของชุมชนและนโยบายที่สนับสนุน สะท้อนการทำงานร่วมกันของระบบต่างๆ ขณะที่อุปสรรค เช่น ทัศนคติเชิงลบและการขาดทรัพยากร สะท้อนความซับซ้อนในระดับนโยบายและสังคม เช่นเดียวกับแนวคิดของ บรูชท์ และคณะ[15] ที่เน้นความร่วมมือแบบบูรณาการโครงสร้างการบริหาร และการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้ การวิจัยย้ำถึงความสำคัญของการแก้ไขอุปสรรคและการเสริมสร้างปัจจัยเอื้อเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในทุกระดับ

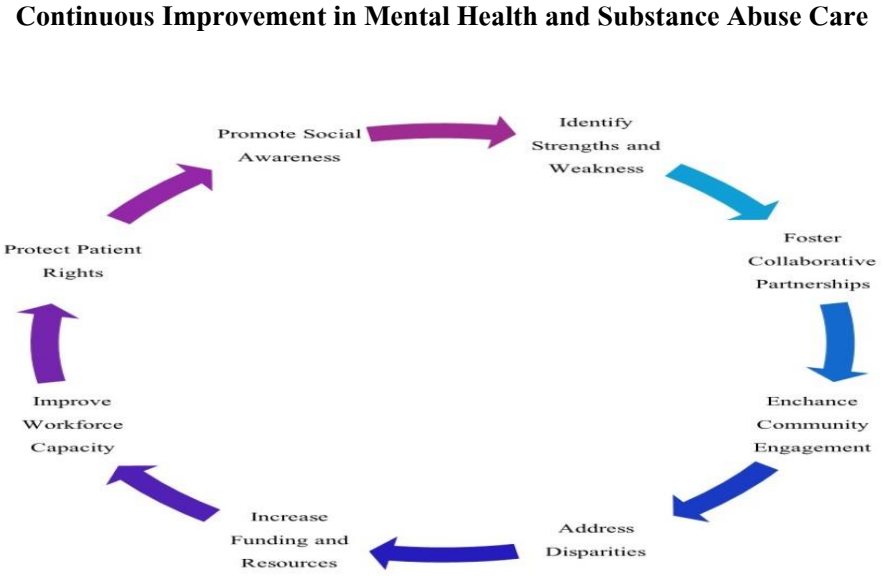
ด้านการเสริมพลังครอบครัวและชุมชน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเสริมพลังครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based care) ขององค์การอนามัยโลก (WHO)[16] โดย มอริ และคณะ[13] และ WHO ระบุว่าแนวทางการบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนที่เน้นผู้รับบริการและเคารพสิทธิมนุษยชน ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยผ่านการบูรณาการบริการ ทั้งด้านสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ และการสร้างเครือข่ายในชุมชน ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญ นอกจากนี้ UNODC [17] ยังย้ำถึงการบูรณาการแนวทางการทำงานในระดับชุมชนในการดูแลผู้ใช้ยาเสพติด อย่างไรก็ตาม ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลและการตีตรายังคงเป็นความท้าทายที่ต้องได้รับการแก้ไข

ด้านการพัฒนาระบบบริการ การศึกษานี้เสนอแนะการพัฒนาระบบบริการในหลายมิติ รวมถึงการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การเพิ่มทรัพยากร และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2024) ในการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย SMI-V นอกจากนี้ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการแทรกแซงแต่เนิ่นๆ เป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับความสนใจ

ด้านข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตและการบำบัดยาเสพติดเพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยการสร้างความตระหนักและพัฒนาศักยภาพ และพัฒนาระบบข้อมูลและการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพเพื่อการติดตามและประเมินสถานการณ์อย่างทันท่วงที. นอกจากนี้ ควรปรับปรุงกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย SMI-V อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยทั้งปริมาณและคุณภาพชี้ให้เห็นว่า การจัดการดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพอธิบายปัจจัยเอื้อ เช่น ความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน การมีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง และนโยบายที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย ในขณะเดียวกันก็ระบุอุปสรรคสำคัญ เช่น ทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย การขาดแคลนบุคลากร และงบประมาณไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นตามผลการวิจัยเชิงปริมาณ นอกจากนี้ยังพบว่า การเสริมพลังครอบครัวและชุมชนผ่านการเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ และการสร้างเครือข่ายการดูแลมีความสำคัญ แต่ยังมีความท้าทาย เช่น ความเหนื่อยล้าของครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ และการขาดการสนับสนุนในชุมชน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากร การจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม และการสร้างความตระหนักรู้ในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสร้างแบบจำลอง จากการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด ได้ดังนี้ ภาพที่ 5



ภาพที่ 5 สร้างแบบจำลองการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

จากแผนภาพแบบจำลองการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด ระบบการดูแลควรเริ่มต้นด้วยการระบุจุดแข็งและจุดอ่อน เช่น การมีเครือข่ายการดูแลที่แข็งแกร่ง แต่ต้องจัดการกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ การพัฒนาความร่วมมือแบบพันธมิตรระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนจะช่วยสร้างระบบที่ครอบคลุม การเพิ่มบทบาทของชุมชนและแก้ไขความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการจะช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น การเพิ่มเงินทุนและทรัพยากร รวมถึงการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรและการปกป้องสิทธิผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ การส่งเสริมความตระหนักในสังคมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดจะช่วยลดการตีตราและเพิ่มการสนับสนุนจากชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Metrics IoH, Evaluation. Global health data exchange (GHDx). 2021.
2. Thai PBS. เร่งผลิต จิตแพทย์ รับมือสถานการณ์โรคจิตเวช 2567 [อินเตอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-27.
3. DeAngelis T. Mental illness and violence: Debunking myths, addressing realities. American Psychological Association; 2022.
4. Dinn WM, Gansler DA, Moczynski N, Fulwiler C. Brain dysfunction and community violence in patients with major mental illness. Criminal Justice and Behavior 2009; 36(2): 117-36.
5. Van Dorn R, Volavka J, Johnson N. Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2012; 47: 487-503.
6. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. American journal of psychiatry 1998; 155(2): 226-31.
7. Bradizza CM, Stasiewicz PR. Qualitative analysis of high-risk drug and alcohol use situations among severely mentally ill substance abusers. Addictive Behaviors 2003; 28(1): 157-69.
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง Severe Mental Illness – High Risk to Violence (V-Care). คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, editor. กรุงเทพ: บริษัท บียอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด; 2024: 48
9. R Core Team. RA language and environment for statistical computing, R Foundation for Statistical. Computing; 2020.

10. Wickham H, Averick M, Bryan J, Chang W, McGowan LDA, François R, et al. Welcome to the Tidyverse. Journal of open source software 2019; 4(43): 1686.
11. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC). ฐานข้อมูลผู้ป่วย SIM-V ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ; 2023.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลผู้ป่วย SIM-V โรงพยาบาลจิตเวช 14 แห่ง (Internal report): unpublished. Unpublished; 2024.
13. Mauri MC, Cirnigliaro G, Piccoli E, Vismara M, De Carlo V, Girone N, et al. Substance abuse associated with aggressive/violent behaviors in psychiatric outpatients and related psychotropic prescription. International Journal of Mental Health and Addiction. 2023; 21(6): 4071-84.
14. Bronfenbrenner U. Ecological systems theory: American Psychological Association; 2000.
15. Brüchert T, Quentin P, Baumgart S, Bolte G. Barriers, facilitating factors, and intersectoral collaboration for promoting active mobility for healthy aging—a qualitative study within local government in Germany. International journal of environmental research and public health 2021; 18(7): 3807.
16. World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches: World Health Organization; 2021.
17. UNODC. Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia [Internet]. Thailand: UNODC; 2014 [cited 2024 Oct 24]. Available from: http://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbtx/cbtx_ guidance_EN.pdf