

การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ The Evaluation of the Developed of Serious Mental Illness with High Risk to Violence Care System in the Community, Amnat Charoen Province

อุไรวรรณ จันทรรักษ์ศิริ พ.บ.,

วว. จักษุวิทยา

อว. เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสาธารณสุขศาสตร์)

นิตยา บัวสาย พย.ม.,

สาขาการพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

จังหวัดอำนาจเจริญ

Uraiwan Jamnansiri M.D.,

Dip., Thai Board of Ophthalmology

Dip., Preventive Medicine, Public Health

Nittaya Buasai M.N.S.,

Master of Nursing Science in Community Nursing

Amnatcharoen Hospital

Amnat Charoen

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต ด้านผลกระทบ ด้านประสิทธิภาพ ด้านความยั่งยืน และด้านการถ่ายทอดส่งต่อ 2) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เหมาะสม จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยประเมินผลโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPPIEST ของ Stufflebeam and Shinkfield (2007) เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย มีทั้งเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง จำนวน 91 คนญาติผู้ป่วย จำนวน 91 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 130 คน พื้นที่ 7 อำเภอในจังหวัดอำนาจเจริญ ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนมิถุนายน 2566

ผลการศึกษา: พบว่า 1) ด้านบริบท ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด 3) ด้านกระบวนการ ประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด 4) ด้านผลผลิต ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด 5) ด้านผลกระทบ พบว่า ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับ 4 (สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง) ดัชนีความสุขของ ญาติผู้ป่วย ภาพรวมอยู่ในระดับปกติ 6) ด้านประสิทธิภาพพบว่า ความพึงพอใจที่มีต่อระบบการเยี่ยมบ้าน ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด และจำนวนผู้ป่วย

ระดับฉุกเฉินวิกฤตภาพรวมครั้งที่ 7) ด้านความยั่งยืนของระบบและ 8) ด้านการถ่ายทอดส่งต่อของระบบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

สรุป: การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ก่อเกิดผลลัพธ์การพัฒนาเชิงบวกส่งผลให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องอยู่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การพัฒนาระบบ การประเมินผล

วารสารแพทย์เขต 4-5 2567 ; 43(1) : 29–48.

Abstract

Objective: This evaluation research aimed to assess the care system covering the item of context, import factors, implementation process, impact of the care system, effectiveness of the care system, sustainability of the care system, and transfer of the care system; and to study problems and provide policy recommendations.

Methods The assessment model applied Stufflebeam and Shinkfield's (2007) CIPPIEST assessment model. Both quantitative and qualitative analytic instruments were used. The samples were comprised of 91 psychiatric patient at-risk group, 91 relatives of the patients, and 130 network members in 7 districts of Amnat Charoen Province. The study was done between January 2023 and June 2023.

Results: The results found that in 1) the context was at the highest level; 2) the input results were at a high level; 3) in item of process, participations of the network were at high level; 4) the product results were at a high level; 5) the impact, all scores on the psychiatric rehabilitation skills were at level 4, scores on relatives' happiness index were at normal; 6) on the effectiveness of the care system, satisfaction with the home visiting system was at the most, and the overall number of mental crisis remained constant during this time; 7) on the sustainability of the care system; and 8) the transfer of the care system, the means were at high.

Conclusion: This model for caring Serious Mental Illness with High Risk to Violence in the community proactive healthcare in community emphasized the participations of all stakeholders. The results created positive development which were supported for patients, families and stakeholders living together with good quality of lives.

Keywords: Serious Mental Illness with High Risk to Violence, care system development, evaluation

Received: Oct 13, 2023; Revised: Nov 01, 2023; Accepted: Dec 01, 2023

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(1) : 29–48.

บทนำ

จากเหตุการณ์กราดยิง และการทำร้ายประชาชนในหลายแห่ง ที่มีเหตุการณ์ความรุนแรงเชื่อมโยงกับปัญหาจิตเวชยาเสพติด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศ จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรง ร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ 400,000 คน โรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดการเสื่อมถอยทางความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมอย่างมาก โดยมีอาการคลุ้มคลั่ง ประสาทหลอน ก้าวร้าว มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน รวมทั้งก่อเหตุอาชญากรรมในชุมชน ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence; SMI-V) ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่าง พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2560 พบจำนวน 9,866 ราย จำแนกตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วย SMI-V พบว่า ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายร่างกายตนเองมากที่สุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน¹ จากข้อมูลวิจัยปี 2562 พบว่า ร้อยละ 75 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม เกิดจากหลายสาเหตุเช่น มาตรการทางกฎหมาย ข้อยกีดกันด้านบุคลากร งบประมาณ ที่ไม่เพียงพอ การออกแบบระบบบริการหรือกระบวนการที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่มีปัญหาวิกฤตสุขภาพจิต รวมทั้งความไม่รู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ญาติและประชาชนทั่วไป ทศนคติเชิงลบ และการถูกตีตราผู้ป่วยและครอบครัว จึงเป็นเหตุให้มีอาการฉุกเฉินทางจิต คลุ้มคลั่ง ทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น² ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแล

อย่างเหมาะสม ครอบคลุม ต่อเนื่อง และเป็นไปตามบริบทของผู้ป่วยและญาติที่ดูแลด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วน

ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) บนระบบคลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดอำนาจเจริญพบว่า การเข้ารับบริการสะสมตั้งแต่ปี 2564 ถึงปี 2566 จำนวน 135 คน พบมากที่สุดอำเภอเมืองอำนาจเจริญ 92 ราย รองลงมาคือ อำเภอปทุมราชวงศา 18 ราย, อำเภอเสนางคนิคม 8 ราย, อำเภอชานุมาน 6 ราย, อำเภอลืออำนาจ 4 ราย, อำเภอหัวตะพาน 4 ราย, และอำเภอพนา 3 ราย ตามลำดับ จำแนกตามกลุ่มโรค 4 อันดับโรค ได้แก่ 1. โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 2. โรคจิตเวชอื่นๆ 3. โรคจิตเภท และ 4. โรคจิตเวชยาเสพติด³

ปี 2563 โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ดำเนินการพัฒนาแนวทางในการจัดการภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตของญาติหรือคนใกล้ชิด จังหวัดอำนาจเจริญ โดยมี 3 ระบบหลัก ได้แก่ 1) ช่วงไม่มีเหตุ: ประชุมแกนนำชุมชนกำหนดบทบาทหน้าที่, ค้นหาและบ่งชี้ความเสี่ยง,อบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะการจัดการ, เฝ้าระวังสัญญาณเตือน; 2) ช่วงเกิดเหตุ: เกิดเหตุฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต แจ้งแกนนำชุมชน รพ.สต., ประเมินความรุนแรง (1) รุนแรงมากเสี่ยงต่อตนเอง/ผู้อื่น/ทรัพย์สิน แจ้ง 191, 1669, ส่งโรงพยาบาล (2) เจรจา ควบคุมได้, ญาติ ชุมชนนำส่งโรงพยาบาล; 3) ช่วงหลังเกิดเหตุ: ทบทวนปัญหา อุปสรรคและแนวทางการจัดการเดิม, วางแผนการดูแล, ติดตามการรักษา, และส่งเสริมบทบาททางสังคมและอาชีพ ในปี 2564 จังหวัดอำนาจเจริญ พบผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตอาการหนัก 13 คลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ ใช้บริการหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินหรือศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 ทั้งหมด 69 ครั้ง แบ่งเป็น รหัสแดง 5 ราย รหัสเหลือง 55 ราย และรหัสเขียว 9 ราย พบผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือไม่เหมาะสมก่อเหตุทำร้าย

ตนเองและผู้อื่นจนเสียชีวิต ระบบการติดตามและ
เฝ้าระวังยังไม่มีประสิทธิภาพ ระบบบริการจิตเวชฉุกเฉิน
ยังล่าช้า และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม
สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
จังหวัดอำนาจเจริญ ต้องมีการพัฒนาและปรับปรุง

ปี 2564 โรงพยาบาลอำนาจเจริญร่วมกับ
เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดอำนาจเจริญ จึงได้
พัฒนา ปรับปรุง และนำใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัด
อำนาจเจริญ โดยมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย
จิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน 4 ระบบหลัก ได้แก่
1) ระบบเยี่ยมบ้าน: คัดกรองความเสี่ยงต่อการก่อความ
รุนแรงและประเมินอาการของผู้ป่วย, วางแผนและ
ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามสภาพปัญหาผู้ป่วยรายบุคคล
และติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยทุกเดือน, ประเมิน
และติดตามผลการดูแล โดยการประเมินความรุนแรง
ความเสี่ยง, บันทึกและรายงานผลการติดตามในชุมชน;
2) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยง: ประเมินตามเกณฑ์
เฝ้าระวังความเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำและเสี่ยงต่อการ
ก่อความรุนแรงในชุมชน ได้แก่ มีพฤติกรรมไม่กินยา/
กินยาไม่ต่อเนื่อง, ไม่มีญาติดูแล/ญาติไม่พร้อมดูแล,
มีพฤติกรรมดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด, และมีอาการแสดง
เตือนก่อนอาการกำเริบ; 3) ระบบบริการจิตเวชฉุกเฉิน:
มาตรการเฝ้าระวังและจัดการเบื้องต้นโดยชุมชน,
ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการตามแนวทางในการ
รับแจ้งเหตุ, ประสานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การ
ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน, ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล
ทุกระดับปฏิบัติตามแนวทางในการประเมิน ดูแล
ช่วยเหลือและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลปลายทาง
ที่เหมาะสม; และ 4) ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ:
ทักษะด้านสุขอนามัยส่วนตัว, ทักษะด้านการอยู่อาศัย
ในครัวเรือน, ทักษะด้านการสื่อสาร, ทักษะด้านการ
อยู่อาศัยในชุมชน, ทักษะด้านการผ่อนคลาย, และ
ทักษะด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ

ดังนั้น เพื่อให้ทราบถึงผลการพัฒนาระบบ
ดังกล่าวว่าบรรลุผลสำเร็จมากน้อยเพียงใดมีปัญหา
อุปสรรคใดบ้างที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่
มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัด
อำนาจเจริญ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยประเมินผล
อย่างเป็นระบบโดยใช้แบบจำลองการประเมินผล
CIPPIEST ของ Stufflebeam and Shinkfield⁴
ซึ่งผลจากการวิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์ ในการ
ปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
จังหวัดอำนาจเจริญ ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบ
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ
ความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ในด้าน
บริบท (context evaluation), ด้านปัจจัยนำเข้า
(input evaluation), ด้านกระบวนการ (process
evaluation), ด้านผลผลิต (products evaluation),
ด้านผลกระทบ (impact evaluation), ด้านประสิทธิผล
(effectiveness evaluation), ด้านความยั่งยืน
(sustainability evaluation), และด้านการถ่ายทอด
ส่งต่อ (transportability evaluation)

2..เพื่อศึกษาปัญหา และอุปสรรคในการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
จังหวัดอำนาจเจริญ

3. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง
ต่อการก่อความรุนแรงที่เหมาะสม จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยประเมินผล
(evaluation research) โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบ

การประเมิน CIPPIEST ของ Stufflebeam and Shinkfield (2007) เก็บข้อมูลทั้งแบบเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

พื้นที่การศึกษาในครั้งนี้คือ พื้นที่ 7 อำเภอ ในจังหวัดอำนาจเจริญ ได้แก่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ อำเภอเสนางคนิคม อำเภอชานุมาน อำเภอพนา อำเภอหัวตะพาน อำเภอปทุมราชวงศา และอำเภอสิรินธร ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนมิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่

1) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ทุกอำเภอ ในจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 117 คน

2) ญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง จำนวน 117 คน

3) ภาคราชการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง จังหวัดอำนาจเจริญ จาก 7 อำเภอ 88 หน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย แกนนำชุมชน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน หน่วยงานในชุมชน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล/ตำบลง/ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน/มูลนิธิ กลุ่มสถานบริการ เช่น ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน 191, ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด 1669, หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน, หน่วยบริการปฐมภูมิ, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไป และกลุ่มผู้ดูแลภาพรวม เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 812 คน

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เลือกแบบเจาะจง บุคคลกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง ญาติ/ผู้ดูแล ครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และภาคราชการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง จำนวน 52 คนหรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การคำนวณโดยใช้สูตรทาร์โรว์ ยามาเน่ ดังนี้

1) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ทุกอำเภอ ในจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 91 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง

2) ญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง จำนวน 91 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัวผู้ป่วย

3) ภาคราชการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง จังหวัดอำนาจเจริญ จาก 7 อำเภอ 88 หน่วยบริการปฐมภูมิ คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน 130 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

1.1 แบบตรวจสอบรายการทบทวนเอกสาร เป็นการทบทวนนโยบาย เอกสาร รายงานการประชุม และคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดอำนาจเจริญ

1.2 แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน สำหรับสัมภาษณ์ ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง ญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัว และภาคราชการที่มีส่วนเกี่ยวข้องใช้กรอบแนวคิด CIPPIEST model และส่งผู้เชี่ยวชาญประเมินความตรงของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน

1.3 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ซึ่งกระบวนการเป็นการประชุมที่ละกลุ่ม ในกลุ่มและภาคราชการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ดำเนินการโดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่มย่อย และวิธีการอภิปราย (discussion ORID method) แต่ละกลุ่มมีความหลากหลายของสมาชิกเสนอแนวทางร่วมกัน

1.4 แบบตรวจสอบรายการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม สำหรับสังเกตพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

ของญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

2.1 แบบประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแล ในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต ด้านประสิทธิผล ด้านความยั่งยืน และด้านการถ่ายทอดส่งต่อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เครื่องมือได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (item object congruence; IOC) พบว่าทุกประเด็นมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งฉบับโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่า 0.900

2.2 แบบประเมินด้านผลกระทบ ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต⁷ ถามถึงประสบการณ์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบัน ให้สำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึกว่าอยู่ในระดับใดแล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว การให้คะแนนพิจารณาข้อความหมายทั้งทางบวกและทางลบ โดยเกณฑ์ให้คะแนนข้อความทางบวกตั้งแต่ “ไม่เลย” เท่ากับ 0 คะแนน จนถึง “มากที่สุด” เท่ากับ 3 คะแนน ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนกลับกัน มีคะแนนเต็ม 45 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป เท่ากับ 35–45 คะแนน มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป เท่ากับ 28–34 คะแนน และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป เท่ากับ 27 คะแนนหรือน้อยกว่า เครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่น โดยมีค่า Cronbach's

alpha coefficient เท่ากับ 0.70; 2) แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช⁶ ประเมินความสามารถของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ เพื่อประเมิน ทักษะ 6 ด้าน ข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) และสามารถแปลผลดังนี้ ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 0–0.5 คะแนน หมายถึงขาดความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น, ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 0.51–1.5 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่เต็มใจ, ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 1.51–2.5 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง, ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 2.51–3.5 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง, ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 3.51–4.0 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เอง เครื่องมือประยุกต์ใช้จากการพัฒนาของพิทักษ์พล บุญมาลิก และคณะ มีค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ 0.94

2.3 แบบประเมินด้านกระบวนการ เป็นแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยระดับต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน ระดับสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนน นำคะแนนเฉลี่ยมาเทียบกับเกณฑ์ดังนี้ 1) คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 ระดับการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด 2) คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 ระดับการมีส่วนร่วมน้อย 3) คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง 4) คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 ระดับการมีส่วนร่วมมาก และ 5) คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มากกว่า 0.50 คะแนน และมีการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.772

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลผ่านการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ตามขั้นตอนดังนี้ 1) การจัดระเบียบข้อมูล 2) การกำหนดรหัสข้อมูล 3) การให้ความหมายและตีความข้อมูล 4) การแสดงข้อมูลจัดกลุ่มและ 5) การนำเสนอข้อมูล และสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล และตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล ด้านวิธีการวิจัย การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้ข้อมูล

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยทดลองใช้ (try out) กับ อสม. และผู้นำชุมชนที่ตำบลโนนหนามแท่ง จำนวน 30 คน แล้วหาค่าความเที่ยงโดยวิธีการของครอนบาค (Cronbach's method)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ประสานงานระดับพื้นที่จาก 7 อำเภอ โดยผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยหลังจากติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ศึกษาเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและให้ลงชื่อในเอกสารยินดียินยอมร่วมงานวิจัย แล้วจึงติดต่อผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานนั้นๆ ในการขอเอกสารที่เกี่ยวข้องตามแบบเก็บข้อมูลทฤษฎีที่สร้างขึ้น โดยศึกษาตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ส่วนการเก็บข้อมูลปฐมภูมินั้นใช้วิธีการสนทนากลุ่มย่อย และวิธีการอภิปราย (discussion ORID method) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่และขอความร่วมมือกับผู้ประสานงานระดับพื้นที่จากหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ทั้ง 88 หน่วยบริการ ในการประสานงานกลุ่มเป้าหมายให้กลุ่มเป้าหมายลงชื่อในเอกสารยินดียินยอมร่วมงานวิจัย แจกแบบสอบถาม และรวบรวมส่งคืน โดยมี

การชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของข้อมูลทันที

3. นำผลการวิเคราะห์ทางสถิติมาจัดตารางแปลความหมาย ตีความจากตารางที่อภิปรายผล และสรุปผลการประเมินในรูปการบรรยาย และการอธิบายแบบความเรียง

4. นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสารมานำเสนอในรูปของการบรรยาย และการอธิบายแบบความเรียงท้ายตาราง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบประเมินวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) โดยใช้หลักเกณฑ์การ แปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของเบสท์⁷ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง ระบบการดูแลมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง ระบบการดูแลมีความเหมาะสมในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ระบบการดูแลมีความเหมาะสมในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง ระบบการดูแลมีความเหมาะสมในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง ระบบการดูแลมีความเหมาะสมในระดับน้อยที่สุด พร้อมทั้งประเมินทุกด้านและทุกรายการตามเกณฑ์การตัดสินที่กำหนดไว้ คือ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากขึ้นไป ($\text{mean} \geq 3.51$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00 ($\text{SD} \leq 1$)⁸

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้ในแต่ละวันหลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล แล้ว

นำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นตีความหมายของข้อมูลที่ได้ โดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์ และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่สำคัญแล้วนำเสนอในลักษณะความเรียง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เอกสารรับรองเลขที่ 20/2565 รับรองวันที่ 27 ธันวาคม 2565 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ โดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลใน

การสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ข้อมูลก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ตามรูปแบบ CIPPIEST Model

1.1 การประเมินผลด้านบริบท (context evaluation)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญด้านบริบท (n = 221)

ที่	ประเด็นการประเมิน/ตัวชี้วัด	ผลการวัด		แปลผล
		Mean	SD	
ด้านบริบท				
1	การกำหนดนโยบายการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงมีความชัดเจนในทุกระดับ	3.98	0.68	มาก
2	การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงในระดับอำเภอพร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน	4.53	0.36	มากที่สุด
3	ความสอดคล้องของการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของจังหวัดอำนาจเจริญ	4.65	0.33	มากที่สุด
4	ความเหมาะสมของการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับพื้นที่ของจังหวัดอำนาจเจริญ	4.68	0.31	มากที่สุด
5	การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงเป็นนโยบายที่สามารถช่วยแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ได้	4.72	0.28	มากที่สุด
6	การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงสามารถทำให้เกิดการทำงานเพื่อการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้	4.61	0.32	มากที่สุด

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
ในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญด้านบริบท (n = 221) (ต่อ)

ที่	ประเด็นการประเมิน/ตัวชี้วัด	ผลการวัด		แปลผล
		Mean	SD	
7	ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในชุมชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานได้สอดคล้องกับ บริบทของพื้นที่ได้	4.54	0.31	มากที่สุด
	ภาพรวม	4.53	0.37	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 ผลการประเมินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านบริบทพบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด mean = 4.53 (SD = 0.37)

ผลการศึกษาด้านบริบทจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มพบว่า ผู้บริหารทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการพัฒนาระบบ

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง มีการนำข้อมูลสถานการณ์ปัญหามาวางแผนการทำงานร่วมกัน ผู้ดูแลครอบครัวและชุมชนเห็นคุณค่า ความสำคัญ จึงมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน

1.2 การประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า (Input evaluation)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
ในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านปัจจัยนำเข้า (n = 221)

ที่	ประเด็นการประเมิน/ตัวชี้วัด	ผลการวัด		แปลผล
		Mean	SD	
	ด้านปัจจัยนำเข้า			
1	มีจำนวนบุคลากรและเครือข่ายชุมชนในพื้นที่เพียงพอในการ ดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน	3.50	0.62	ปานกลาง
2	บุคลากร ผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนมีความรู้และเข้าใจบทบาท ของตนเองในการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน	4.63	0.41	มากที่สุด
3	บุคลากร ผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน	4.73	0.38	มากที่สุด
4	ผู้บริหารให้ความสนใจและให้การสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน	4.98	0.31	มากที่สุด
	ภาพรวม	4.46	0.43	มาก

จากตารางที่ 2 ผลการประเมินการพัฒนา
ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ
ความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านปัจจัย
นำเข้า พบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก mean
= 4.46 (SD = 0.43) ข้อคำถาม จำนวนบุคลากรและ
เครือข่ายชุมชนในพื้นที่เพียงพอในการดำเนินงาน การ
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อ
การก่อความรุนแรงในชุมชน มีค่าเฉลี่ยรายข้อน้อยที่สุด
คือ mean = 3.50 (SD = 0.62) ผลการประเมินอยู่ใน
ระดับปานกลาง

ผลการศึกษาด้านปัจจัยนำเข้า จากการ
สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พบว่า ด้านบุคลากร มีการ
จัดทำแผนงานและมอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจน มี
การเชื่อมประสานกับเครือข่ายในชุมชน; ด้านทรัพยากร
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการสนับสนุนกิจกรรมการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง เช่น การประสานการ
ช่วยเหลือกับงานพัฒนาชุมชน การติดตามเยี่ยมร่วมกับ
หน่วยบริการสาธารณสุข และจัดบริการรถส่งต่อผู้ป่วย;

ด้านงบประมาณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุน
งบประมาณโครงการเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชภายใต้กองทุน
สุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง และมีงบประมาณสนับสนุน
พื้นที่จากแผนพัฒนาระบบสุขภาพระดับจังหวัด
ด้านนโยบาย มีการนำนโยบายและข้อตกลงร่วมกัน
ในระดับพื้นที่ไปจัดทำแผนการพัฒนาระบบการดูแล
ร่วมกับเครือข่ายในชุมชน และมีการเยี่ยมเสริมพลังจาก
ผู้บริหารในระดับอำเภอและจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

1.3 การประเมินผลด้านกระบวนการ (Process evaluation)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
แบบสอบถามเพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
ในชุมชนด้านกระบวนการ จะเป็นการประเมินผล
ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนา
ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ
ก่อความรุนแรงในชุมชน

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรง
ในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (n = 130)

ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน	Mean	SD	แปลผล
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.44	0.58	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	3.54	0.53	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	3.65	0.48	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.26	0.69	ปานกลาง
ภาพรวม	3.47	0.395	มาก

จากตารางที่ 3 ผลการประเมินการพัฒนา
ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อ
การก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ
ด้านกระบวนการ พบว่า ภาพรวมระดับการมีส่วนร่วม
ของภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับมาก mean = 3.47

(SD = 0.39) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล
มีค่าเฉลี่ยรายข้อ น้อยที่สุดคือ mean = 3.26 (SD = 0.69)
ผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาด้านกระบวนการ จากการ
สัมภาษณ์และสนทนากลุ่มพบว่า ในระดับพื้นที่มี

เครือข่ายสุขภาพจากหลายองค์กรทำให้มีทุนด้าน
เครือข่ายที่เข้มแข็ง ผลักดันให้เครือข่ายในพื้นที่มีส่วน
ร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน คือ ร่วมคิดตั้งแต่
กำหนดปัญหาร่วมกัน มีการประชุมวางแผนแก้ไขปัญหา

และลงมือปฏิบัติตามแผน แต่พบว่าการร่วม
ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยเครือข่ายที่มี
ส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ยังไม่มีอย่างต่อเนื่อง

1.4 การประเมินผลด้านผลผลิต (Product evaluation)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
ในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านผลผลิต (n = 221)

ที่	ประเด็นการประเมิน/ตัวชี้วัด	ผลการวัด		แปลผล
		Mean	SD	
ด้านผลผลิต				
1	มีและใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์และวางแผนระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน	3.77	0.84	มาก
2	บุคลากร ผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนได้รับการพัฒนาสมรรถนะทุกคน	3.67	0.80	มาก
3	การกำหนดประเด็นปัญหาด้านสุขภาพจิตระดับพื้นที่ร่วมกันสามารถแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้จริง	4.52	0.61	มากที่สุด
4	การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรงในชุมชนทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนดีขึ้น	4.58	0.58	มากที่สุด
ภาพรวม		4.14	0.71	มาก

จากตารางที่ 4 ผลการประเมินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านผลผลิตพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก mean = 4.14 (SD = 0.71) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยรายข้อมากที่สุดคือ mean = 4.58 (SD = 0.58) ผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด

ผลการศึกษาด้านผลผลิต จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มพบว่า เกิดผลผลิต และผลลัพธ์ด้าน

แผนงานโครงการเกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ คือ การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย การมีส่วนร่วมความภาคภูมิใจ และการเป็นเจ้าภาพร่วมกัน

1.5 การประเมินผลด้านผลกระทบ (Impact evaluation)

การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านผลกระทบมีรายละเอียดดังนี้

1.5.1 ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
ในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของผู้ป่วย
จิตเวช (n = 91)

ทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	Mean	SD	แปลผล
1. ทักษะด้านสุขอนามัยส่วนตัว	3.64	0.55	ระดับ 5
2. ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน	3.46	0.59	ระดับ 4
3. ทักษะด้านการสื่อสาร	3.34	0.70	ระดับ 4
4. ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน	3.32	0.77	ระดับ 4
5. ทักษะด้านการผ่อนคลาย	3.27	0.90	ระดับ 4
6. ทักษะด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ	2.89	1.12	ระดับ 4
ภาพรวมทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ	3.32	0.69	ระดับ 4

จากตารางที่ 5 ผลการประเมินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชพบว่าเมื่อพิจารณาภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับ 4 สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง mean = 3.32 (SD = 0.69)

ผลการศึกษาด้านผลกระทบ จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มในประเด็นด้านทักษะการดำรงชีวิต

เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช พบว่า การพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ดูแล และครอบครัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพและต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การสนับสนุน และเสริมพลังจากเครือข่ายในชุมชน

1.5.2 ดัชนีความสุขของของญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
ในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านดัชนีความสุขของญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัว (n = 91)

ระดับดัชนีความสุข	จำนวน	ร้อยละ
มีสุขภาพจิตดี (Good) 35-45 คะแนน	18	19.8
มีสุขภาพจิตปกติ (Fair) 28-34 คะแนน	59	64.8
มีสุขภาพจิตเสี่ยง (Poor) 27 คะแนนหรือน้อยกว่า	14	15.4
รวม	91	100
(Mean = 32.43, SD = 3.938)		

จากตารางที่ 6 ผลการประเมินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านดัชนี

ความสุขของของญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงภาพรวมคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขอยู่ในระดับปกติ mean = 32.43 (SD = 3.94)

ผลการศึกษาด้านผลกระทบ จากการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ในด้านดัชนีความสุขของญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชระยะยาวบางครั้งทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวรู้สึกท้อแท้ บางครั้งผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงทำให้ญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัว มีความกังวล แต่การพัฒนาให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน และการมีเครือข่ายในชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลทำให้ญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัว มีความมั่นใจ คลายความกังวล และมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านการประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ของภาคีเครือข่าย ญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัว (n = 221)

ที่	ระบบ	Mean	SD	แปลผล
1	ระบบเยี่ยมบ้าน	4.88	0.32	มากที่สุด
2	ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยง	4.81	0.50	มากที่สุด
3	ระบบบริการจิตเวชฉุกเฉิน	4.77	0.50	มากที่สุด
4	ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ	4.82	0.45	มากที่สุด
ภาพรวม		4.82	0.44	มากที่สุด

จากตารางที่ 7 ผลการประเมินการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านการประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญของภาคีเครือข่าย ญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัว พบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด mean = 4.82 (SD = 0.44) โดยระบบการเยี่ยมบ้าน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด mean = 4.88 (SD = 0.32) รองลงมาคือระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด mean = 4.82 (SD = 0.45)

1.6 การประเมินผลด้านประสิทธิผล (Effectiveness evaluation)

การประเมินผลการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านประสิทธิผล มีรายละเอียดดังนี้

1.6.1 การประเมินความพึงพอใจ ต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญของภาคีเครือข่าย ญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัว

และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ระบบบริการจิตเวชฉุกเฉิน mean = 4.77 (SD = 0.50)

ผลการศึกษาด้านประสิทธิผล จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มในด้านการประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญของภาคีเครือข่าย ญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัว พบว่า การมีระบบเยี่ยมบ้าน ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยง ระบบบริการจิตเวชฉุกเฉิน และระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนมีความ

ปลอดภัย ชุมชนมีมุมมองต่อผู้ป่วย และครอบครัว
ในด้านที่ต้องได้รับการสนับสนุน และช่วยเหลือ
ในการดำรงชีวิตตามศักยภาพในชุมชน

1.6.2 จำนวนผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพ
จิต (CBD-13) จำแนกตามระดับความรุนแรงอาการและ
รายอำเภอ ภาพรวม 7 อำเภอของจังหวัดอำนาจเจริญ
ปี 2565-2566

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรง
ในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านจำนวนผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต (CBD-13) จำแนกตามระดับความรุนแรง
อาการและรายอำเภอ ปี 2565-2566

อำเภอ	ระดับความรุนแรง	2565 (คน)	2566 (คน)	อัตราการเติบโต เฉลี่ยต่อปี
เมืองอำนาจเจริญ	ฉุกเฉินวิกฤต (แดง)	5	6	+20%
	ฉุกเฉินเร่งด่วน (เหลือง)	6	4	-33.3%
	ฉุกเฉินไม่รุนแรง (เขียว)	8	12	+50%
ปทุมราชวงศา	ฉุกเฉินวิกฤต (แดง)	2	1	-50%
	ฉุกเฉินเร่งด่วน (เหลือง)	3	2	-33.3%
	ฉุกเฉินไม่รุนแรง (เขียว)	6	8	+33.3%
เสนางคนิคม	ฉุกเฉินวิกฤต (แดง)	0	0	0
	ฉุกเฉินเร่งด่วน (เหลือง)	1	0	-100%
	ฉุกเฉินไม่รุนแรง (เขียว)	3	2	-33.3%
ขานุมาน	ฉุกเฉินวิกฤต (แดง)	0	0	0
	ฉุกเฉินเร่งด่วน (เหลือง)	1	1	0
	ฉุกเฉินไม่รุนแรง (เขียว)	2	3	+50%
ลืออำนาจ	ฉุกเฉินวิกฤต (แดง)	0	0	0
	ฉุกเฉินเร่งด่วน (เหลือง)	0	1	+100%
	ฉุกเฉินไม่รุนแรง (เขียว)	3	2	-33.3%
หัวตะพาน	ฉุกเฉินวิกฤต (แดง)	0	0	0
	ฉุกเฉินเร่งด่วน (เหลือง)	1	1	0
	ฉุกเฉินไม่รุนแรง (เขียว)	3	1	-66.7%
พนา	ฉุกเฉินวิกฤต (แดง)	0	0	0
	ฉุกเฉินเร่งด่วน (เหลือง)	1	0	-100%
	ฉุกเฉินไม่รุนแรง (เขียว)	3	2	-33.3%
รวม	ฉุกเฉินวิกฤต (แดง)	7	7	0
	ฉุกเฉินเร่งด่วน (เหลือง)	13	9	-30.8%
	ฉุกเฉินไม่รุนแรง (เขียว)	28	30	+7.14%

จากตารางที่ 8 ผลการประเมินการพัฒนา
ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ
ก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านจำนวน
ผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต (CBD-13) จำแนกตามระดับ
ความรุนแรงอาการและรายอำเภอ ภาพรวม 7 อำเภอ
ของจังหวัดอำนาจเจริญ ปี 2565-2566 พบว่า ผู้ป่วย
วิกฤตสุขภาพจิตระดับฉุกเฉินวิกฤต (แดง) คงที่

ระดับฉุกเฉินเร่งด่วน (เหลือง) ลดลงร้อยละ 30.8 และ
ระดับฉุกเฉินไม่รุนแรง (เขียว) เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.14, พบว่า
อำเภอเมืองอำนาจเจริญ พบผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพ
จิตระดับฉุกเฉินวิกฤต (แดง) เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 และ
ระดับฉุกเฉินไม่รุนแรง (เขียว) เพิ่มขึ้นร้อยละ 50

1.7 การประเมินผลด้านความยั่งยืน (Sustainability evaluation)

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
ในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านความยั่งยืน (n = 221)

ที่	ประเด็นการประเมิน/ตัวชี้วัด	ผลการวัด		แปลผล
		Mean	SD	
ด้านความยั่งยืน				
1	ความคงอยู่ความต่อเนื่องของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน	4.40	0.45	มาก
2	การรักษาความสำเร็จของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน	4.50	0.33	มาก
ภาพรวม		4.45	0.39	มาก

จากตารางที่ 9 ผลการประเมินการพัฒนา
ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ
ความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านความ
ยั่งยืน ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก mean = 4.45
(SD = 0.39)

ผลการศึกษาด้านความยั่งยืน จากการ
สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พบว่าในด้านความยั่งยืน
ของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง โดย

เฉพาะอย่างยิ่งเครือข่ายชุมชน ประสานความร่วมมือ
กับญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัว หน่วยบริการด้านสุขภาพ
มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารในระดับนโยบายมี
การเสริมพลังเป็นระยะ โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อการ
ดูแลให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนปลอดภัย จึงสามารถ
ดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ราบรื่น และยั่งยืน

1.8 การประเมินผลด้านการถ่ายทอด ส่งต่อ (Transportability evaluation)

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรง
ในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านการถ่ายทอดส่งต่อ (n = 221)

ที่	ประเด็นการประเมิน/ตัวชี้วัด	ผลการวัด		แปลผล
		Mean	SD	
	ด้านการถ่ายทอดส่งต่อ			
1	การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนไปขยายผลในพื้นที่อื่น	4.31	0.36	มาก
2	การถ่ายทอดส่งต่อองค์ความรู้	4.41	0.24	มาก
	ภาพรวม	4.36	0.30	มาก

จากตารางที่ 10 ผลการประเมินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านการถ่ายทอดส่งต่อ ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก mean = 4.36 (SD = 0.30)

ผลการศึกษาด้านการถ่ายทอดส่งต่อ จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พบว่าในด้านการถ่ายทอดส่งต่อของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงมีความเหมาะสมในการนำระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนไปประยุกต์ใช้ และขยายผลในทุกชุมชนในเขตจังหวัดอำนาจเจริญ โดยทีมเครือข่ายชุมชนสามารถถ่ายทอดความรู้ไปสู่บุคคลอื่น และชุมชนอื่นในระดับจังหวัดได้

2. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนจังหวัดอำนาจเจริญ

2.1 จิตแพทย์ และนักจิตวิทยาในภาพรวมระดับจังหวัดยังไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนผู้รับบริการด้านสุขภาพจิต

2.2 การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชถูกเน้นบางพื้นที่ของอำเภอเมืองอำนาจเจริญ พบว่าเข้าถึงบริการได้ช้า /การค้นหาลำบาก ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด /กระบวนการเพิ่มทักษะการดูแลให้ญาติ ผู้ดูแล ครอบครัวและเครือข่ายยังไม่เพียงพอ

พอ /เมื่อเกิดความรุนแรง ช่องทางการประสานงานของผู้ดูแล ครอบครัวและเครือข่ายในชุมชนในแจ้งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังไม่สะดวกและไม่ไวพอ และระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงจากชุมชนเข้าสู่กระบวนการรักษายังไม่มีความสะดวก

2.3 การติดตามการรักษาต่อเนื่อง พบว่าบางพื้นที่ของอำเภอเมืองอำนาจเจริญมีผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่มารักษาตามนัด หรือบางรายขาดจากระบบการรักษา รวมทั้งระบบการติดตามเฝ้าระวังในบางพื้นที่ยังมีความไวไม่เพียงพอ

2.4 ปัญหาการใช้สุรา สารเสพติดในพื้นที่พบผู้ป่วยจิตเวชในบางพื้นที่ของอำเภอเมืองอำนาจเจริญ และอำเภอปทุมราชวงศา เข้าถึงสุรา และสารเสพติดได้ง่าย และมีการใช้สุราและสารเสพติด ซึ่งส่งผลทำให้มีอาการกำเริบเกิดพฤติกรรมรุนแรง

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนที่เหมาะสม จังหวัดอำนาจเจริญ

3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาบบบริการสุขภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

3.1.1 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัด ควรมีการพัฒนาบบการแพทย์ฉุกเฉิน

สำหรับการดูแลผู้ฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ครอบคลุมทั้งระดับ การช่วยชีวิตขั้นสูงและขั้นพื้นฐาน (advanced life support, basic life support) และอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical responder) ในทุกอำเภอ และพัฒนาระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉินให้สามารถระบุผู้ป่วยฉุกเฉินมีพฤติกรรมคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ (CBD-13) ว่ามีการใช้สารเสพติดหรือเป็นผู้ป่วยจิตเวชเก่าที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์วางแผน ในเชิงนโยบายต่อไป

3.1.2 ระบบการดูแลต่อเนื่องควรมี early intervention ในทุกพื้นที่ โดยการเยี่ยมบ้านจะสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มทักษะญาติในการมีส่วนร่วมเฝ้าระวังประเมินอาการเตือน และสามารถนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบการรักษาได้ทันเวลาที่ โดยไม่ก่อความรุนแรงต่อตนเองและชุมชน

3.1.3 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นประสานให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนมีการค้นหากลุ่มเสี่ยงและมีแผน/มาตรการในการเฝ้าระวังและจัดทีมเผชิญเหตุช่วยเหลือ กำกับติดตามร่วมกับ อสม., รพ.สต., และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

3.1.4 คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดระดับจังหวัด ควรผลักดันนโยบายและแนวทางสร้างการมีส่วนร่วมจากชุมชน ครอบครัวในการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากสารเสพติด สนับสนุนงบประมาณให้แก่ชุมชนจัดการตนเองและระบบบริการสุขภาพ

3.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

3.2.1 การพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนควรครอบคลุม 1) ระบบเยี่ยมบ้าน 2) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงตั้งแต่การค้นหา ระบุกลุ่มเสี่ยง เฝ้าระวัง

จับสัญญาณเตือนได้ และร้องขอความช่วยเหลือ 3) ระบบบริการจิตเวชฉุกเฉิน และ 4) ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3.2.2 การออกแบบมาตรการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงกำเริบซ้ำทั้งด้านการกินยา ด้านญาติ/ผู้ดูแล และด้านการใช้สุราและสารเสพติด มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปัจจัยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลในชุมชน ควรมีการออกแบบมาตรการร่วมป้องกันกลุ่มเสี่ยงแบบเจาะจงที่เป็น co-intervention ในชุมชน

วิจารณ์

1. การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า 1) ด้านบริบทอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เพราะวัตถุประสงค์การพัฒนาสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา ความต้องการในพื้นที่ นโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด พระราชบัญญัติสุขภาพจิต ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2562 และแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพจิตแบบครบวงจร ค.ศ. 2013–2030 ของ WHO⁹; 2) ด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการสนับสนุนและประสานงานจากผู้บริหารและบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและความครอบคลุมผู้ป่วย สอดคล้องกับจุฬามาศ สุวรรณวัฒน์และคณะ¹⁰ พบว่าการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้พิการทางจิตต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้บริหาร บุคลากรสุขภาพ แกนนำชุมชนและครอบครัวผู้ป่วย; 3) ด้านกระบวนการ อยู่ในระดับมาก พบว่า เครือข่ายมีส่วนร่วมการพัฒนาระบบการดูแลในทุกพื้นที่ มีการอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชแก่ อสม. และผู้นำชุมชนปีละ 1 ครั้ง และมีการซักซ้อมการจัดการเหตุการณ์ในพื้นที่ สอดคล้องกับวิภาวี จันทมัตตุการและคณะ¹¹ พบว่าการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยทำให้การทำหน้าที่ทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลและ

ภาระการดูแลของผู้ดูแลก่อน และหลังการทดลอง 1 และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .05$; 4) ด้านผลกระทบ ทักษะการดำรงชีวิตอยู่ในระดับ 4 ที่สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมาก และดัชนีความสุขของญาติผู้ป่วยอยู่ในระดับปกติ เนื่องจากทุกภาคส่วนมีความตระหนักถึงความต้องการแก้ปัญหาของชุมชน เห็นความสำคัญในการร่วมมือ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก สอดคล้องกับ Li และคณะ¹² พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ชุมชนเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก ลดอาการกำเริบและการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล; 5) ด้านประสิทธิผล พบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด โดยระบบการเยี่ยมบ้าน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากการเยี่ยมบ้านสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และนำผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบการรักษาได้ทันที สอดคล้องกับจุฑามณี ดุษฎีประเสริฐ และคณะ¹³ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องร่วมกับระบบเฝ้าระวังและกลุ่มที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องระบบปกติ มีค่าคะแนนความสามารถเฉลี่ย โดยรวมเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่มในเดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$; 6) ความยั่งยืน พบว่าอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้ป่วยผู้ดูแลและครอบครัวรับรู้ได้ถึงโอกาส ความเชื่อมั่นในการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและชุมชน สอดคล้องกับ Kharawala และคณะ¹⁴ พบว่าผู้ป่วย ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องรับรู้ได้ถึงประสบการณ์ร่วมสร้างสังคมเกื้อกูลลดการตีตรา ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น; 7) การถ่ายทอดส่งต่ออยู่ในระดับมาก เนื่องจากการสร้างเครือข่ายในระดับพื้นที่ มีความร่วมมือกันอย่างต่อเนื่อง ชุมชนรับรู้สาเหตุการเกิดความรุนแรงมีผลกระทบสูงต่อชุมชนจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข และมีจุดหมายร่วมกัน สอดคล้องกับ Canty และคณะ¹⁵ พบว่าการมีส่วนร่วมความรู้สึกรับรู้เป็นเจ้าของ และความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันอย่างจริงจังของชุมชน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจ ที่ช่วยขับเคลื่อนการทำงานในชุมชนอย่างแท้จริง

2. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าการขาดแคลนบุคลากรทางจิตเวช การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวช การติดตามการรักษาต่อเนื่อง และปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kilbourne และคณะ¹⁶ พบว่าอุปสรรค/ความไม่พร้อมต่อการจัดระบบบริการจิตเวชครบวงจร อันดับแรกคือ การขาดแคลนบุคลากร รองลงมาคือ สถานที่ไม่เหมาะสม/ไม่มีพื้นที่อาคารผู้ป่วยใน อุปสรรคอื่นๆ เช่น การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ การใช้สารเสพติด ภาระงานไม่สอดคล้องต่อเจ้าหน้าที่งบประมาณงานส่งเสริมป้องกันไม่เพียงพอ

สรุป

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ มุ่งให้ความสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้ครอบคลุมทุกมิติในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ทั้ง 1) ระบบเยี่ยมบ้าน 2) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยง ตั้งแต่การค้นหา ระบุกลุ่มเสี่ยง เฝ้าระวังจับสัญญาณเตือนได้ และร้องขอความช่วยเหลือ 3) ระบบบริการจิตเวชฉุกเฉิน และ 4) ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยชุมชนจัดการตนเอง มีมาตรการในการดูแลทั้งระยะก่อนมีอาการ ระหว่างมีอาการและหลังกลับจากการรักษา เชื่อมระบบบริการสุขภาพทุกระดับอย่างไร้รอยต่อ และบูรณาการกับภาคีเครือข่ายในจังหวัดอำนาจเจริญตามบริบททั้ง 7 อำเภอในพื้นที่ ทั้งนี้ต้องอาศัยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนร่วมคิดร่วมทำอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยการอนุเคราะห์
อย่างดียิ่งจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนรวมถึงชมรม อสม.
กลุ่มผู้ป่วยและญาติที่ให้ข้อมูล ผู้ประสานงานหลักจาก
พื้นที่ทุกท่าน ที่อนุเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่
และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ
ก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล
สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร:
พรอสเพอริสพลัส; 2563.
2. Whiting D, Lichtenstein P, Fazel S. Violence
and mental disorders: a structured review
of associations by individual diagnoses,
risk factors, and risk assessment. *Lancet
Psychiatry* 2021;8(2):150–61. doi: 10.1016/
S2215-0366(20)30262-5.
3. Health Data Center. Medical and health
archives system [online]. 2023 [cited 2023
March 12]; Available from: URL: [https://
hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.
php](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php)
4. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation
theory, models & applications. CA: Jossey-
Bass; 2007.
5. อภิชัย มงคล. รายงานการวิจัยการพัฒนาและ
ทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version
2007). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย; 2552.
6. พัทธกษพล บุญยมาลิก. รายงานการวิจัยการ
พัฒนาแบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช. วารสารโรงพยาบาล
ศรีธัญญา 2555;15(5):1–15.
7. Best JW. Research in education. 2nd
ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice
Hall; 1970.
8. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10.
กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2560.
9. World Health Organization. Comprehen-
sive mental health action plan 2013–2030
[online]. 2021 [cited 2023 March 12];
Available from: URL: [https://www.aid-
datahub.org/sites/default/files/resource/
who-comprehensive-mental-health-action-
plan-2013-2030-2021.pdf](https://www.aid-datahub.org/sites/default/files/resource/who-comprehensive-mental-health-action-plan-2013-2030-2021.pdf)
10. จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์. การประเมินผลโครงการ
พัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้พิการทางจิต:
กรณีชุมชนกิ่งเมือง จังหวัดสงขลาที่ชาวไทยพุทธ
และมุสลิมอยู่ร่วมกัน. วารสารพยาบาลสงขลา
นครินทร์ 2562; 39(4):97–110.
11. วิภาวี จันทมัตตุการ. การพัฒนารูปแบบ
การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย
จิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุกในชุมชน
แบบครบวงจร. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11
2566;37(1):85–104.
12. Li J, Huang YJ, Ran MS, et al. Community-
based comprehensive intervention for
people with schizophrenia in Guangzhou,
China: Effects on clinical symptoms,
social functioning, internalized stigma and
discrimination. *Asian J Psychiatr* 2018;34(1):
21–30. doi: 10.1016/j.ajp.2018.04.017.
13. จุฑาภาณี ดุษฎีประเสริฐและคณะ. การวิเคราะห์
ต้นทุน - ประสิทธิภาพของระบบการดูแลต่อเนื่อง
ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการระดับปฐมภูมิ
เปรียบเทียบกับระบบบริการปกติ โรงพยาบาล
จิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์. กรุงเทพมหานคร:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2561.

14. Kharawala S, Hastedt C, Podhorna J, et al. The relationship between cognition and functioning in schizophrenia: A semi-systematic review. *Schizophr Res Cogn* 2021;27:100–217. doi: 10.1016/j.scog.2021.100217.
15. Canty AL, Cao Y, Neumann D, et al. The functional significance of cognitive empathy and theory of mind in early and chronic schizophrenia. *Psychiatry Res* 2021;299:113852. doi: 10.1016/j.psychres.2021.113852.
16. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Rublee B, et al. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry* 2018;17(1):30–8. doi: 10.1002/wps.20482.