



การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ:

การบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

The Development of a Psychiatric Patient Care System in Community Hospitals,
Amnat Charoen Province: Integrating the Work of a Multidisciplinary Team and
Continuous Follow-up

Sumet Sangon, M.D.

Lue Amnat Hospital

Amnat Charoen Province

roony_man@hotmail.co.th

สุเมธ แสงอ่อน, พ.บ.

โรงพยาบาลลืออำนาจ

จังหวัดอำนาจเจริญ

Received: Feb 2, 2026

Revised: Mar 6, 2026

Accepted: Mar 27, 2026

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบต่อเนื่อง และประเมินผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล ความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิก และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงพัฒนา ร่วมกับการออกแบบแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง ดำเนินการในโรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวช 60 ราย และทีมสหวิชาชีพ 15 ราย ติดตามผลเป็นระยะเวลา 6 เดือน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินความต่อเนื่องในการดูแล ความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิก การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Paired t-test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ และ Wilcoxon signed-rank test สำหรับข้อมูลที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ผลการศึกษา: ภายหลังการพัฒนาระบบ คะแนนความต่อเนื่องในการดูแลเพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน 3.00 เป็น 4.00 และคะแนนความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 3.50 เป็น 4.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อัตราการขาดนัดลดลงจาก 6.80 ± 2.10 เป็น 2.00 ± 1.20 ($p < 0.001$) และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลงจากร้อยละ 3.30 เป็น 0.00 ($p = 0.031$) ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องร้อยละ 91.7 และในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการติดตามต่อเนื่องร้อยละ 90.50 คะแนนการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน 3 เป็น 5 ($p < 0.001$)

สรุป: ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับความต่อเนื่องและความปลอดภัยของการดูแล ลดการขาดนัดและการกลับมารักษาซ้ำ เสริมสร้างประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของทีมนสหวิชาชีพ โดยมีศักยภาพในการนำไปขยายผลในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียง

คำสำคัญ: ความต่อเนื่องในการดูแล, ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช, ทีมนสหวิชาชีพ, ความปลอดภัยของผู้ป่วย, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

Objective: To examine the current situation and develop a continuous psychiatric care system, and to evaluate outcomes in terms of continuity of care, patient safety, clinical outcomes, and multidisciplinary team satisfaction.

Methods: This study employed a Research and Development (R&D) design combined with a quasi-experimental one-group pretest–posttest approach. The study was conducted at Lue Amnat Hospital, Amnat Charoen Province. The sample consisted of 60 psychiatric patients and 15 multidisciplinary team members, with a 6-month follow-up period. Research instruments included assessments of continuity of care, patient safety, clinical outcomes, suicide risk surveillance, and satisfaction with the multidisciplinary team. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test for normally distributed data, and the Wilcoxon signed-rank test for non-parametric data.

Results: Following system development, the median continuity of care score increased from 3.00 to 4.00, and the median patient safety score increased from 3.50 to 4.50, both statistically significant ($p < 0.001$). The missed appointment rate decreased from $6.80 \pm 2.10\%$ to $2.00 \pm 1.20\%$ ($p < 0.001$), and the 28-day readmission rate decreased from 3.30% to 0.00% ($p = 0.031$). No serious adverse events were observed. Overall, 91.70% of patients received continuous care, with 90.5% among patients with schizophrenia. Suicide risk surveillance and family involvement scores showed significant improvement ($p < 0.001$). Multidisciplinary team satisfaction increased from a median of 3 to 5 ($p < 0.001$).

Conclusion: The developed continuous psychiatric care system improved continuity and patient safety, reduced missed appointments and readmissions, enhanced suicide prevention, and improved multidisciplinary team performance. The system has strong potential for scalability in community hospitals with similar contexts.

Keywords: Continuity of Care, Psychiatric Care System, Multidisciplinary Team, Patient Safety, Community Hospital

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ครอบครัว และสังคมในวงกว้าง โดยโรคทางจิตเวชส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน และการอยู่ร่วมในสังคม อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพและการฆ่าตัวตาย ซึ่งก่อให้เกิดภาระต่อระบบบริการสุขภาพในระยะยาว¹ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่ามีประชากรมากกว่า 1,000 ล้านคนทั่วโลกที่มีปัญหาสุขภาพจิต และโรคจิตเวชเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะจากความพิการ (Years Lived with Disability: YLDs) ในประชากรทั่วโลก²

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับบริการในระบบสาธารณสุขมากกว่า 2.9 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนปี พ.ศ. 2560 ซึ่งมีผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับบริการประมาณ 1.3 ล้านคนต่อปี สะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย³ นอกจากนี้ ยังมีรายงานว่าการที่ประเทศไทยประมาณ ร้อยละ 8–10 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความเครียดระดับสูง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานและวัยรุ่น⁴ เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและสารเสพติด โดยมุ่งเน้นการจัดบริการแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน (Community-based Mental Health Care) และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้แนวคิด District Health System⁵ นโยบายดังกล่าวให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลจนถึงชุมชน อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานในระดับพื้นที่พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนยังประสบปัญหาความไม่ต่อเนื่องของการรักษาหลังจำหน่าย การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ยังไม่เป็นระบบ รวมถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและภาระงานของบุคลากรทางสาธารณสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายขาดความร่วมมือในการรักษา เกิดการกำเริบของอาการ และกลับมารับการรักษาซ้ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับเป้าหมายของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช²

ในการศึกษานี้ “ผู้ป่วยจิตเวช” หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคซึมเศร้า (Depressive Disorders) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) รวมถึงผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของปัญหาและจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องผ่านการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ⁶⁻⁷

จังหวัดอำนาจเจริญเป็นจังหวัดขนาดเล็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีลักษณะพื้นที่เป็นชนบทเป็นส่วนใหญ่ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีบริบททางเศรษฐกิจและสังคมที่ค่อนข้างเปราะบางเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (Mental Health Data Center: DMH) พบว่า จังหวัดอำนาจเจริญมีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการ จำนวน 1,691 ราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โดยโรคที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคจิตเภท 266 ราย โรคซึมเศร้า 130 ราย โรคอารมณ์สองขั้ว 38 ราย และโรควิตกกังวล 158 ราย นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย 5 ราย และกลุ่มความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดมากกว่า 500 ราย ซึ่งสะท้อนถึงความหลากหลายและความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพจิตในระดับพื้นที่⁸ ระบบบริการสุขภาพของจังหวัดอำนาจเจริญประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กระจายอยู่ในทุกอำเภอ โดยโรงพยาบาลอำนาจเจริญทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช และเป็นศูนย์กลางในการประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลศูนย์ในเขตสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การให้บริการด้านสุขภาพจิตในระดับโรงพยาบาลชุมชนและระดับปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดทั้งด้านบุคลากรเฉพาะทาง ทรัพยากร และระบบสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง⁴ ระบบบริการสุขภาพจิตในระดับพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ ยังคงเผชิญข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการดูแล การประสานงานระหว่างหน่วยบริการ และการติดตามผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการขาดนัดและการกลับมารักษาซ้ำในระยะเวลาอันสั้น

โดยประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตของ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 และแนวโน้มระดับสากล² แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตโดยเน้นการดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuity of Care) และการดูแลในชุมชน (Community-based Care) แต่การดำเนินงานในระดับโรงพยาบาลชุมชนยังขาดรูปแบบที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ โดยเฉพาะการบูรณาการการทำงานของทีมนักวิชาชีพและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ช่องว่างดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้วและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลระยะยาวและการทำงานร่วมกันของทีมนักวิชาชีพอย่างเป็นระบบ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแล ลดการกลับมารักษาซ้ำ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระดับพื้นที่⁹⁻¹⁰

จากหลักฐานงานวิจัยเชิงพื้นที่ที่รายงานด้านสุขภาพจิตในจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ยังขาดแนวทางการดำเนินงานร่วมกันที่เป็นรูปธรรมระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายชุมชน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายยังไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นระบบเดียวกันในทุกพื้นที่¹¹ นอกจากนี้กระบวนการส่งต่อและการถ่ายทอดข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชระหว่างหน่วยบริการยังมีข้อจำกัด ทำให้การติดตามอาการและการเฝ้าระวังภาวะกำเริบในชุมชนยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร¹² ในระดับครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดอำนาจเจริญต้องเผชิญกับภาระการดูแลในระยะยาว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะใน

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูง และยังขาดระบบสนับสนุนที่เหมาะสมจากหน่วยบริการสาธารณสุขและองค์กรในชุมชน ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย บริบทดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า จังหวัดอำนาจเจริญ แม้จะมีโครงสร้างบริการครอบคลุมทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และปทุมภูมิ แต่การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนยังเผชิญข้อจำกัดด้านบุคลากรเฉพาะทาง ทรัพยากร และระบบสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะการส่งต่อข้อมูล การติดตามหลังจำหน่าย และการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปทุมภูมิ ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน ซึ่งยังไม่มีรูปแบบดำเนินงานที่ชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกันในพื้นที่ศึกษา ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน โดยเน้นการกำหนดบทบาททีมสหวิชาชีพอย่างชัดเจน การจัดกระบวนการดูแลร่วมกัน และการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแล ลดการขาดนัด ลดการกลับมารักษาซ้ำ และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยในบริบทโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอำนาจเจริญ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และช่องว่างของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบต่อเนื่องโดยบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้นในด้านความต่อเนื่องในการดูแล ความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development: R&D) ร่วมกับการประเมินผลเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group Pretest–posttest Design) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยอิงกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ (Need Assessment)
- 2) การออกแบบระบบ (System Design)
- 3) การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert Validation)
- 4) การทดลองนำร่อง (Pilot Testing)
- 5) 5.การนำไปใช้และประเมินผล (Implementation And Evaluation)

2. พื้นที่ศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีระบบบริการด้านสุขภาพจิตครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และมีการเชื่อมโยงการดูแลกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน การเลือกพื้นที่ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยพิจารณาจากศักยภาพของระบบบริการ ปัญหาความต่อเนื่องในการดูแล และความสามารถในการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการ ทั้งนี้ ได้พิจารณาความคล้ายคลึงของบริบทกับโรงพยาบาลชุมชนอื่นในจังหวัด เพื่อสนับสนุนการอ้างอิงผลไปยังบริบทที่ใกล้เคียง

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่เข้ารับบริการในระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ
- 2) บุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด โรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

ผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้ารับบริการในระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 60 ราย ได้มาจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power สำหรับการทดสอบ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) ร้อยละ 80 และขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Effect Size = 0.50) ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 34 ราย และเพิ่มเป็น 60 รายเพื่อรองรับการสูญหายของข้อมูล ดำเนินการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มีเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชจากแพทย์ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ
- 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- 3) อยู่ในสภาพที่สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ หรือมีผู้ดูแล/ญาติใกล้ชิดที่สามารถให้ข้อมูลแทนได้
- 4) ได้รับการดูแลรักษาภายใต้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้นในช่วงระยะเวลาการวิจัย
- 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยทางกายรุนแรงหรือภาวะฉุกเฉินที่อาจส่งผลต่อการเข้าร่วมการวิจัย
- 2) ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างการทำวิจัย

บุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 15 ราย ดำเนินการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มีเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ดังนี้



เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ที่มีบทบาทโดยตรงในการดูแลรักษา ฟันฟู หรือการติดตามผลผู้ป่วยจิตเวช
- 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 3) ยินยอมเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้นโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ระหว่างการวิจัยมีการลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือลาออกในช่วงดำเนินการวิจัย
- 2) บุคลากรขอถอนตัวระหว่างการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (Research procedures)

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ (Need Assessment) ดำเนินการโดยการทบทวนข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง การสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากร และการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Analysis) และการวิเคราะห์ช่องว่างของระบบ (Gap Analysis)

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบ (System Design And Development) ดำเนินการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Care Pathway) กำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพ และพัฒนาเครื่องมือสนับสนุน เช่น แบบประเมินความเสี่ยง ระบบติดตามผู้ป่วย และแนวทางการส่งต่อ

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert Validation) นำระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประเมินความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งต้องมีค่าไม่น้อยกว่า 0.50 และปรับปรุงระบบตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 4 การทดลองนำร่อง (Pilot Testing) ดำเนินการทดลองใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 10 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ (Feasibility) และปรับปรุงระบบก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 5 การนำไปใช้และประเมินผล (Implementation And Evaluation) นำระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา 6 เดือน และประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้ระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือในการวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและปรับปรุงจากเอกสาร แนวคิดเชิงวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและบริบทของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ประเภท ดังนี้

1. แบบประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นแบบประเมินที่ใช้สำหรับประเมินความเหมาะสมและประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้น โดยครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ กระบวนการดูแลผู้ป่วย การบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพ การประสานงาน การติดตามผล และความต่อเนื่องของการดูแล ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุดถึงระดับมากที่สุด ใช้เก็บข้อมูลจากทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ระบบ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น อ้างอิงกรอบแนวคิด



Continuity of Care ของ JL. Haggerty และคณะ¹³ โดยมีดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item–Objective Congruence: IOC) เฉลี่ยเท่ากับ 0.72 และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91

2. แบบประเมินผลการติดตามอาการผู้ป่วย เป็นแบบประเมินที่ใช้สำหรับติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยจิตเวชภายหลังได้รับการดูแลภายใต้ระบบที่พัฒนาขึ้น ครอบคลุมด้านอาการทางจิต พฤติกรรมการใช้ยา ความร่วมมือในการรักษา และการกลับมาใช้บริการซ้ำ ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ร่วมกับมาตราประมาณค่า เพื่อสะท้อนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เฉลี่ยเท่ากับ 0.72 และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88

3. แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้น โดยครอบคลุมประเด็นด้านความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ ความสะดวกในการปฏิบัติงาน การประสานงานระหว่างทีม ประสิทธิภาพของระบบ และความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และมีคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ตอบสะท้อนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามแนวทางการวัดความพึงพอใจของผู้ให้บริการสุขภาพ (Likert scale 5 ระดับ) โดยมีดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เฉลี่ยเท่ากับ 0.72 และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93

4. แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วย เป็นแบบบันทึกที่ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลการติดตามผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระหว่างการรักษาและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ครอบคลุมข้อมูลด้านอาการ การใช้ยา การนัดหมาย การให้คำแนะนำ การเยี่ยมบ้านหรือการติดตามทางโทรศัพท์ และเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เครื่องมือนี้ใช้เป็นหลักฐานเชิงกระบวนการในการประเมินความต่อเนื่องของการดูแลและการทำงานของทีมสหวิชาชีพ โดยมีดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เฉลี่ยเท่ากับ 0.72 และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 6 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ (เดือนที่ 1–2) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและช่องว่างของระบบบริการ

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบ (เดือนที่ 3–4) ออกแบบและพัฒนารูปแบบการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง พร้อมปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ (เดือนที่ 5–6) เก็บข้อมูลผลลัพธ์ ได้แก่ ด้านความต่อเนื่องในการดูแล ความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและวิเคราะห์เปรียบเทียบ ก่อน–หลังการพัฒนา



การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ ดำเนินการให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและลักษณะของข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แบบประเมินผลการติดตามอาการผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพต่อระบบที่พัฒนาขึ้น

การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

กรณีที่มีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จะทำการเปรียบเทียบผลลัพธ์โดยใช้สถิติทดสอบที่เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล เช่น การทดสอบค่าเฉลี่ยในกลุ่มเดียวกัน (Paired t-test) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ หรือใช้สถิติไม่อิงพารามิเตอร์ที่เหมาะสมในกรณีที่ข้อมูลไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากคำถามปลายเปิด การสะท้อนความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของทีมสหวิชาชีพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ด้วยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล สกัดประเด็นสำคัญ และสรุปสาระสำคัญที่สะท้อนถึงประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อใช้ประกอบการอธิบายผลการวิจัยเชิงปริมาณและสนับสนุนการอภิปรายผล

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 57/2568 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยหรือผู้ดูแลได้รับการชี้แจงรายละเอียดและให้ความยินยอมโดยสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษา ข้อมูลส่วนบุคคลได้รับการปกปิดเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ และนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้มีการคุ้มครองสิทธิและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัยตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด



ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหาและช่องว่างของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเดิมของโรงพยาบาลลืออำนาจมีลักษณะเป็นการดำเนินงานแบบแยกส่วนตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ ยังขาดกลไกการประสานงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ และไม่มีรูปแบบการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายขาดความต่อเนื่องในการรักษา มีความเสี่ยงต่อการกำเริบของอาการ และกลับมาได้รับการรักษาซ้ำ ปัญหาและอุปสรรคที่พบเด่นชัด ได้แก่ การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายไม่ต่อเนื่อง การสื่อสารและการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพไม่เป็นระบบ การขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจน และภาระงานของบุคลากรที่ค่อนข้างสูง ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีโครงสร้างชัดเจน เอื้อต่อการทำงานร่วมกันของทีม และสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

2.1 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพอย่างชัดเจนเพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล

- แพทย์ มีบทบาทหน้าที่ วินิจฉัย วางแผนการรักษา และประเมินความรุนแรงของโรค
- พยาบาล มีบทบาทหน้าที่ ประเมินอาการ เฝ้าระวัง และประสานการดูแล
- เกสัชกร มีบทบาทหน้าที่ ดูแลด้านการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา และป้องกันปัญหาจากยา
- นักจิตวิทยา มีบทบาทหน้าที่ ให้การบำบัดทางจิตใจและสนับสนุนด้านสังคม
- เครือข่ายชุมชน (รพ.สต./อสม./ครอบครัว) มีบทบาทหน้าที่ สนับสนุนการติดตามและเฝ้าระวังในชุมชน

2.2 การจัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

- ดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยทุกรายตั้งแต่จุดบริการแรก (OPD/IPD/ER) โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ของ กรมสุขภาพจิต ร่วมกับการประเมินอาการทางจิตและพฤติกรรมเสี่ยง
- จัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วย (Risk Stratification) เป็น 3 ระดับ ได้แก่ เสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลและความถี่ในการติดตามที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงจะได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและมีการติดตามเชิงรุก

- จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เกสัชกร นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ โดยครอบคลุมมิติสำคัญ ได้แก่ ด้านการรักษาทางการแพทย์ (การวินิจฉัยและการใช้ยา) ด้านจิตสังคม (Psychosocial Support) ด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม แผนการติดตามต่อเนื่องและการเฝ้าระวังความเสี่ยง

2.3 การสร้างระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะรับบริการและหลังจำหน่ายสู่ชุมชน

กำหนดรูปแบบการติดตามที่หลากหลาย ได้แก่ การนัดหมายตามระบบ (Appointment System) การโทรศัพท์ติดตาม (Telephone Follow-Up) การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) โดยทีมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) โดยมีการกำหนดความถี่ในการติดตามตามระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น กลุ่มเสี่ยงสูงติดตามทุก 1–2 สัปดาห์ และกลุ่มเสี่ยงต่ำติดตามตามนัดปกติ ทั้งนี้ มีการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการติดตามต่อเนื่อง ระบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพมีความเป็นระบบมากขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของการทำงาน และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความซับซ้อนและกลุ่มเสี่ยงสูง นอกจากนี้ ระบบดังกล่าวยังเอื้อต่อการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายชุมชน ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้น

องค์ประกอบของระบบ	รายละเอียด
ทีมสหวิชาชีพ	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา
กระบวนการดูแล	คัดกรอง ☐ ประเมิน ☐ รักษา ☐ เตรียมจำหน่าย ☐ ติดตาม
การดูแลแบบองค์รวม	ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
การติดตามต่อเนื่อง	นัดติดตาม เยี่ยมบ้าน โทรศัพท์
เครือข่ายชุมชน	รพ.สต. อสม. ครอบครัว

3. ผลลัพธ์ของการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวชต่อการกลับมาป่วยซ้ำและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 มีอายุเฉลี่ย 45.5 ± 13.6 ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นประเภทโรคซึมเศร้า ร้อยละ 40.0 มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 86.7 และมีประวัติกลับมารักษาซ้ำใน 1 ปี ร้อยละ 30.0

3.2 ด้านความต่อเนื่องในการดูแล ความปลอดภัยของผู้ป่วย

ภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คะแนนความต่อเนื่องในการดูแล เพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน 3.00 (IQR 2.50–3.25) เป็น 4.00 (IQR 4.00–5.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.72, p < 0.001$) ในด้านคะแนนการติดตามการรักษา พบว่า ค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นจาก 3.00 (IQR 2.75–3.25) เป็น 4.00 (IQR 4.00–5.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.85, p < 0.001$) และคะแนนความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่าค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นจาก 3.50 (IQR 3.00–3.75) เป็น 4.50 (IQR 4.00–5.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.64, p < 0.001$) แสดงดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องและความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช ก่อน-หลังการพัฒนาระบบ (n = 60)

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา Median (IQR)	หลังพัฒนา Median (IQR)	Z	p-value
คะแนนความต่อเนื่องในการดูแล	3.00 (2.50 – 3.25)	4.00 (4.00 – 5.00)	-6.72	<0.001
คะแนนการติดตามการรักษา	3.00 (2.75 – 3.25)	4.00 (4.00 – 5.00)	-6.85	<0.001
คะแนนความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.50 (3.00 – 3.75)	4.50 (4.00 – 5.00)	-6.64	<0.001

Wilcoxon Signed-Rank Test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

3.3 ผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ

ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 90 ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการผูกมัดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง และไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 28 วัน ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนถึงคุณภาพและความปลอดภัยของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่ออันตรายและภาวะแทรกซ้อนในระยะสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก

ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยและผลลัพธ์ทางคลินิก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา	55	91.70
ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง	19 จาก 21	90.50
การเกิดอันตรายจากการผูกมัดผู้ป่วย	0	0.00
การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง (Serious adverse events)	0	0.00
การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	0	0.00

ภายหลังการพัฒนาระบบ อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยจิตเวชลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 6.80 ± 2.10 เป็นร้อยละ 2.00 ± 1.20 ($p < 0.001$) และไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ซึ่งแตกต่างจากก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.031$) สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในการลดการขาดนัดและการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำในระยะสั้น แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบอัตราการขาดนัดและการกลับมารักษาซ้ำ ก่อน-หลังการพัฒนาระบบ

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	p-value
อัตราการขาดนัด (%)	6.80 ± 2.10	2.00 ± 1.20	<0.001*
การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (%)	3.30	0.00	0.031*

Wilcoxon Signed-Rank Test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$



ภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คะแนนการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน 3.00 (IQR 2.50 – 3.50) เป็น 4.00 (IQR 4.00 – 5.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.41, p < 0.001$) ส่วนคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน 3.00 (IQR 2.00 – 3.00) เป็น 4.00 (IQR 4.00 – 5.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.36, p < 0.001$) แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ก่อน-หลังการพัฒนาระบบ

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา Median (IQR)	หลังพัฒนา Median (IQR)	Z	p-value
คะแนนการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง	3.00 (2.50 – 3.50)	4.00 (4.00 – 5.00)	-5.41	<0.001
คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัว	3.00 (2.00 – 3.00)	4.00 (4.00 – 5.00)	-5.36	<0.001

Wilcoxon Signed-Rank Test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

3.4 ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ

ภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทีมสหวิชาชีพมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้านที่ประเมิน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะด้านความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ การทำงานร่วมกันของทีม และความสะดวกในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูงมาก นอกจากนี้ ระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อระบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูงมากและแตกต่างจากก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนถึงการยอมรับและความเหมาะสมของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการนำไปใช้จริงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ด้านการประเมิน	ก่อนพัฒนา Median (IQR)	หลังพัฒนา Median (IQR)	Z	p-value
ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่	3 (3–4)	5 (4–5)	-3.12	0.002
การทำงานร่วมกันของทีม	3 (2–4)	5 (4–5)	-3.29	0.001
ความสะดวกในการปฏิบัติงาน	3 (3–4)	5 (4–5)	-3.07	0.002
ความพึงพอใจโดยรวม	3 (3–4)	5 (4–5)	-3.41	<0.001

Wilcoxon Signed-Rank Test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$



สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะการดำเนินงานแบบแยกส่วน ขาดการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ และไม่มีระบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้เกิดปัญหาความไม่ต่อเนื่องของการรักษา การขาดนัด และการกลับมารักษาซ้ำในระยะสั้น ภายหลังการพัฒนา ระบบ พบว่า ระบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งประกอบด้วยกำหนดยุทธศาสตร์ทีมสหวิชาชีพอย่างชัดเจน การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน สามารถยกระดับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนความต่อเนื่องในการดูแล คะแนนการติดตามการรักษา และคะแนนความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา (ร้อยละ 91.70) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอัตราการติดตามต่อเนื่องสูงถึงร้อยละ 90.50 และไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรงหรือการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน นอกจากนี้ อัตราการขาดนัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 6.80 เป็น 2.00 ($p < 0.001$) และอัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงจากร้อยละ 3.30 เป็น 0 ($p = 0.031$) สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่าคะแนนการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบในการเสริมสร้างการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ในด้านบุคลากร พบว่าความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกมิติ โดยเฉพาะด้านความชัดเจนของบทบาท การทำงานร่วมกัน และความสะดวกในการปฏิบัติงาน ซึ่งสะท้อนถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของระบบในการนำไปใช้จริงในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับคุณภาพการดูแล เพิ่มความต่อเนื่องและความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดการขาดนัดและการกลับมารักษาซ้ำ เสริมสร้างการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ระบบดังกล่าวมีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงต่อไป

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับผลลัพธ์สำคัญได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งด้านความต่อเนื่องในการดูแล ความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิก การลดอัตราการขาดนัดและการกลับมารักษาซ้ำ รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิด ความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of Care) ซึ่งประกอบด้วยความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational Continuity) ความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational Continuity) และความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management Continuity) โดยระบบที่พัฒนาขึ้นมีการกำหนดยุทธศาสตร์ทีมสหวิชาชีพอย่างชัดเจน มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และมีระบบติดตามผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนอย่างเป็นระบบ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและลด

ช่องว่างของการรักษา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิด การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน (Community-based Mental Health Care) ขององค์การอนามัยโลก⁹ ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการเชื่อมโยงบริการระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยลดการกลับมาซ้ำและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ติดตามผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องสามารถลดความเสี่ยงของการกลับมาซ้ำและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของระบบติดตามต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ¹⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาการจัดบริการจิตเวชในชุมชนแบบต่อเนื่องช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹⁵ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าผู้ป่วยได้รับการติดตามต่อเนื่องในระดับสูงและไม่พบการกลับมาซ้ำภายในระยะ 28 วัน นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศไทย พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับการเยี่ยมบ้านช่วยลดการกำเริบของโรคและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา¹⁶ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชนมีส่วนสำคัญในการยกระดับผลลัพธ์การดูแลการที่อัตราการขาดนัดและการกลับมาซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อาจอธิบายได้จากการที่ระบบมีการติดตามเชิงรุก เช่น การโทรติดตาม การเยี่ยมบ้าน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการรักษาและลดโอกาสการหลุดจากระบบบริการ ในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรงสะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบในการเฝ้าระวังความเสี่ยงและการจัดการผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งผลการศึกษาพบว่าคะแนนการเฝ้าระวังและการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ขณะเดียวกัน ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึงความชัดเจนของบทบาท การทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ และความเหมาะสมของรูปแบบบริการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของระบบในระยะยาว

แม้ว่าผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของระบบอย่างชัดเจน แต่การออกแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One-group Pretest-posttest Design) อาจมีข้อจำกัดในการสรุปความเป็นเหตุเป็นผล เนื่องจากอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอก เช่น การเปลี่ยนแปลงของบริบทบริการหรือพฤติกรรมของผู้เข้าร่วม (Hawthorne Effect) นอกจากนี้ การศึกษาดำเนินการในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวและมีระยะเวลาติดตาม 6 เดือน อาจจำกัดความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังบริบทอื่นและผลลัพธ์ระยะยาว ผลการศึกษานี้ยืนยันว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เน้นความต่อเนื่องของการดูแล การทำงานแบบสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพบริการและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเวช ทั้งนี้ ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทางทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และสามารถใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในระดับโรงพยาบาลชุมชนต่อไป



ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังบริบทของโรงพยาบาลอื่นในจังหวัด เนื่องจากความแตกต่างด้านทรัพยากร บุคลากรและระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียง เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย ลดอัตราการขาดนัด และลดการกลับมารักษาซ้ำในระยะสั้น
2. ควรมีการจัดอบรมหรือพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักจิตวิทยา เพื่อให้เข้าใจบทบาทหน้าที่และสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา
4. หน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดหรือเขตสุขภาพสามารถใช้ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการกำหนด นโยบายการพัฒนากระบวนการสุขภาพจิตในระดับโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาครั้งนี้ แม้วาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้นจะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในหลายมิติ แต่ยังมีประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาระบบให้มีความสมบูรณ์และสามารถขยายผลในระดับนโยบายได้ ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาแบบเปรียบเทียบ (Comparative Study) หรือการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมเพื่อยืนยันประสิทธิผลของระบบที่พัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน โดยเปรียบเทียบกับรูปแบบการดูแลเดิม หรือกับโรงพยาบาลชุมชนอื่น ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยในเชิงเหตุผลและผล
2. ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลในระยะยาว (Long-Term Follow-Up) การติดตามผลในระยะยาว 6 เดือนอาจยังไม่เพียงพอในการประเมินความยั่งยืนของระบบ จึงควรมีการติดตามในระยะยาว เช่น 12 เดือน หรือมากกว่า เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการกลับมารักษาซ้ำ การคงอยู่ในระบบการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
3. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม (Qualitative Study) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ขยายกลไกความสำเร็จหรือข้อจำกัดของระบบได้ลึกยิ่งขึ้น



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. World Health Organization. Suicide worldwide in the 21st century: global age-standardized suicide rates. Geneva: WHO Press; 2022.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติบริการสุขภาพจิตของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2566.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตและการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565.
5. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและสารเสพติด ภายใต้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
6. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. Milbank Q 2004; 82(4): 581–629. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x. PubMed PMID: 15595944.
7. World Health Organization. Mental health: strengthening our response. Geneva: World Health Organization; 2018.
8. ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย (DMH Data Center). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช จังหวัดอำนาจเจริญ ปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565.
9. World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021.
10. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2566.
11. ภัครินทร์ ชิตดี, สุจิต ทุมจันทร์, เพชรศรี สารรัตน์, อชรา พิลาทอง, พิสมัย ทิพย์วารี, ดาราพร สิงห์ทอง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิชาการสาธารณสุข พฤษภาคม-มิถุนายน 2563; 29(3): 489-96.
12. อุไรวรรณ จันทรรังสิริ, นิตยา บัวสาย. การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารแพทย์ เขต 4-5 มกราคม-มีนาคม 2567; 43(1): 29-48.
13. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003; 327(7425): 1219–21. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219. PubMed PMID: 14630762.
14. Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis CL, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM, et al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. Br J Psychiatry 2013; 202(3): 187-94. doi: 10.1192/bjp.bp.112.115030. PubMed PMID: 23457182.



15. Černe Kolarič J, Plemenitaš Ilješ A, Kraner D, Gönc V, Lorber M, Mlinar Reljić N, et al. Long-term impact of community psychiatric care on quality of life amongst people living with schizophrenia: A Systematic review. Healthcare (Basel) 2024; 12(17): 1750. doi: 10.3390/healthcare12171750. PubMed PMID: 39273773.
16. อาริยา ตังมโนกุล, สุรศักดิ์ ไชยสงค์. ผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ตุลาคม-ธันวาคม 2564; 15(4): 436–55.

