

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อ เขตบริการจังหวัดยโสธร

สุภาพร จันทร์สาม พย.บ.

โรงพยาบาลยโสธร

วันรับ: 19 ก.พ. 2563

วันแก้ไข: 23 ธ.ค. 2564

วันตอบรับ: 4 ม.ค. 2565

บทคัดย่อ การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเขตบริการสุขภาพจังหวัดยโสธร โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ บุคลากรงาน-สุขภาพจิตจำนวน 56 คน และผู้ป่วยจิตเวชและญาติ จำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างระบบคือเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วม (technology of participation: ToP) ตรวจสอบเครื่องมือและตรวจสอบระบบคือผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน แบบกำกับติดตามตามแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และแบบประเมินความพึงพอใจการใช้ระบบของบุคลากรและญาติผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความมีนัยสำคัญด้วยค่า paired sample t-test ผลการวิจัย พบว่า การสร้างระบบเริ่มจากการระดมการมีส่วนร่วมของบุคลากรงาน-สุขภาพจิตทุกระดับตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับจังหวัด ด้วยการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน สร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วย (clinical practice guideline) ร่วมกันตั้งแต่ในระดับชุมชน โรงพยาบาล ภายใต้ระบบการสื่อสาร เชื่อมโยงส่งต่อการทำงานอย่างสิ้นไหล มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ มีระบบการปรึกษาโดยแพทย์ (doctor's consult) และการส่งต่อ การสร้างเครื่องมือติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วย การใช้รูปแบบโรงพยาบาลสามสหาย (Resource sharing) เพื่อให้มีจิตแพทย์บริการอย่างเพียงพอ หลังการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า อัตราการเข้ารับบริการในระบบการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.11 เป็นร้อยละ 90.44 (proportion diff 26.33, 95%CI 19.96 to 32.70, $p < 0.05$) อัตราการส่งต่อกรณีเกิดภาวะวิกฤติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.43 เป็นร้อยละ 98.32 (proportion diff 5.89, 95%CI 2.56 to 9.33, $p < 0.05$) และลดอัตราการส่งต่อได้ถึงร้อยละ 84.31 ผลการตรวจสอบคุณภาพของระบบบริการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนประเมินคุณภาพให้อยู่ในระดับดีมากทั้ง 5 คน ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรงานสุขภาพจิตและญาติผู้ป่วยจิตเวช พบว่า คะแนนความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.07 เป็นร้อยละ 91.11 ส่วนในญาติผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.97 เป็นร้อยละ 95.23 สรุปได้ว่าระบบบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อที่สร้างขึ้นนี้ ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างไร้รอยต่ออย่างมีนัยสำคัญ เกิดการทำงานที่เชื่อมโยงสิ้นไหลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่ระดับชุมชนให้เข้าถึงระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ จึงควรพัฒนาใช้ในหน่วยงานต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ; การดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้รอยต่อ; ผู้ป่วยจิตเวช

บทนำ

การมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของคนทุกคน การมีสุขภาพดีนั้น มิได้มีความหมายเพียงการไม่เจ็บป่วยหรือปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น หากยังครอบคลุมถึงการมีความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม อารมณ์และจิตใจ แต่ในโลกปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีผู้คนป่วยด้วยโรคทางจิตมากขึ้น ผลการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประชากรวัยที่พบการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากที่สุดอยู่ระหว่าง 20-40 ปี ซึ่งเป็นแรงงานที่ก่อผลผลิตให้แก่ประเทศ ได้มีการคำนวณค่ากลางการทำงานหากไม่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายไว้ประมาณ 20 ปี ในวัยนี้ยังมีผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของครอบครัวด้วย เนื่องจากเป็นวัยเริ่มมีครอบครัว หากหัวหน้าครอบครัวเสียชีวิตลง สมาชิกในครอบครัวก็ขาดที่พึ่งไป⁽¹⁾ ซึ่งโรคซึมเศร้า ยังเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งของการฆ่าตัวตาย รายงานการศึกษาคาดการณ์ภาระของโรค (burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี พบว่า โรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับ 4 ในปี ค.ศ.1990 มาเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ.2020⁽²⁾ ซึ่งหมายถึง โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว จะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและอนาคต ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปจะมีปัญหาการฆ่าตัวตายมากกว่าถึง 8 เท่าตัว

ประเทศไทย ปัญหาสุขภาพจิตจากผลการสำรวจเมื่อ พ.ศ.2556 พบว่าคนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปมีปัญหาสุขภาพจิตประมาณ 7 ล้านคน ซึ่งพบใน 5 กลุ่มโรค คือ กลุ่มโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ความวิตกกังวล ความบกพร่องทางสติปัญญาหรือพิการทางสมองตั้งแต่กำเนิด และคาดว่าปัญหาสุขภาพจิตจะมีมากขึ้น⁽³⁾ และในประชากรทั่วโลกพบว่ามากกว่าร้อยละ 1.00 ของการตาย

เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต และร้อยละ 11.00 เป็นภาระของโรคที่มีต่อโลก (Global Burden of Disease) ซึ่งคาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15.00 ในปี ค.ศ. 2020⁽³⁾ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกื้อหนุนให้ประชาชนตกอยู่ในสภาวะที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตกันมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ประสบกับความล้มเหลวในการประกอบอาชีพ จึงทำให้สถิติจำนวนผู้ป่วยโรคจิตทวีจำนวนมากขึ้น⁽⁴⁾ ปัจจุบันแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุก ๆ ปี โดยตั้งแต่ปี พ.ศ.2555-2560 มียอดผู้ป่วยจิตเวช 2,629 2,671 2,794 2,852 2,958 และ 3,002 ราย ตามลำดับ ซึ่งยุทธศาสตร์ระบบบริการด้านสุขภาพจิตคือให้ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต ซึ่งหากผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ขาดการดูแลรักษาที่ดี อาจกลายเป็นภาวะวิกฤตสุขภาพจิต (serious mental illness of violence - SMI-V) ซึ่งอาจทำร้ายตัวเองและทำร้ายผู้อื่น หรืออาจก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนได้⁽⁵⁾ ความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรค SMI-V นั้น คิดเป็นร้อยละ 4.10 ของประชากรทั่วไปทั้งหมดที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 26-49 ปี ซึ่งพบมากในผู้ป่วยคดีด้านนิติจิตเวชถึง 3 เท่า และในกลุ่มของผู้ป่วยโรค SMI-V นั้นพบว่ามีร้อยละ 5.00 - 15.00 ที่สามารถก่อเหตุรุนแรงกับชุมชนได้ ในอีกการศึกษาพบผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 20.00 ของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งปัจจัยที่ทำให้อัตราของความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย เป็นความเสี่ยงเพิ่มต่อการก่อความรุนแรง⁽⁶⁾ ซึ่งปัจจุบันมีเหตุการณ์สะเทือนขวัญความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือกับประชาชนทั่วไป โดยพบว่าผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน แต่ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวทยังขาดการติดตามดูแลต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วย

เหล่านี้ขาดการรักษาต่อเนื่อง กลับมาป่วยซ้ำและบางราย อาจจะทำอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

จังหวัดยโสธร ในปี พ.ศ.2560 มีผู้ป่วยจิตเวชในระบบการดูแลสุขภาพทั้งหมด 3,763 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยในจำนวน 1,187 คน ผู้ป่วยนอก 2,576 ราย และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนจำนวน 726 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.29 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽⁷⁾ ซึ่งสภาพการณ์ปัญหาที่ผ่านมา พบปัญหาการขาดยา ไม่มารับยาตามกำหนดปัญหาของการดูแลในระดับครอบครัว ซึ่งได้ส่งผลให้ผู้ป่วยก่อเหตุทำร้ายตนเองและคนในครอบครัว ผู้ป่วยบางรายทำร้ายบุคคลอื่นจนได้รับบาดเจ็บ หรือการทำลายสิ่งของเครื่องใช้เสียหายและก่อเหตุลักขโมยทรัพย์สินของมีค่าในชุมชน ทำให้คนในชุมชนหวาดระแวงขาดความสงบสุขและปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการบำบัดจากระดับชุมชนถึงโรงพยาบาล คือ ไม่มีใครสามารถนำตัวผู้ป่วยที่กำลังคลุ้มคลั่งนำส่งโรงพยาบาลได้ ไม่ว่าจะเป็นญาติบุคคลใกล้ชิด ผู้นำชุมชน อสม.หรือแม้แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งสรุปได้คือยังไม่มีรูปแบบแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชจากชุมชนเพื่อเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลที่ชัดเจน นอกจากนี้ปัญหาดังที่กล่าวมาแล้ว เมื่อผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลแล้ว ยังพบปัญหาของการดูแลในระบบผู้ป่วยในคือขาดจิตแพทย์ ไม่มีทีมจิตเวชเป็นการเฉพาะทำให้ต้องดูแลรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยปกติอื่นๆ เช่น ดูแลในตึกอายุรกรรมชายหรืออายุรกรรมหญิง เป็นต้น ทำให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลของทีมพยาบาลผู้ดูแล ที่ไม่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตเป็นการเฉพาะ ส่งผลต่อรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยสุขภาพจิตโดยรวมที่ไม่ชัดเจนในแนวทางปฏิบัติ รวมถึงการประเมินอาการผู้ป่วยก่อนการส่งต่อรักษาที่อื่นด้วย ทำให้การดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลยโสธรในหลายปีที่ผ่านมา เกิดความยุ่งยาก ขาดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนตั้งแต่ระดับหมู่บ้านชุมชนจนถึงระดับโรงพยาบาลจังหวัดและการส่งต่อการรักษาแห่งอื่น เช่น โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี และในหลายๆ ครั้งได้

เกิดความสูญเสียจากการที่ผู้ป่วยทำร้ายตัวเองและทำร้ายผู้อื่นถึงขั้นบาดเจ็บรุนแรง⁽⁶⁾

ผู้วิจัย ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลยโสธร ได้เล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างยิ่ง โดยมีเป้าหมายหลักคือการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับปฐมภูมิหรือตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับจังหวัด ตลอดจนการส่งต่อการรักษาไปที่โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence) ที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา และเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวและชุมชนให้ดียิ่งขึ้น จึงได้ร่วมกับเครือข่ายงานสุขภาพจิตจังหวัดยโสธรพัฒนางานระบบบริการผู้ป่วยจิตเวช โดยได้วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนร่วมกันและพบว่าปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การทำงานบรรลุตามเป้าหมายได้ คือการเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานระหว่างหน่วยงานตั้งแต่ระดับปฐมภูมิหรือระดับหมู่บ้าน ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ให้เกิดการทำงานสุขภาพจิตโดยขับเคลื่อนการทำงานให้เป็นระบบแบบเป็นขั้นตอนต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อ โดยมีเป้าหมายสูงสุดในคำขวัญที่ว่า “ไร้รอยต่อไร้รอยใจต่อการเข้าถึงระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชยโสธร” เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเข้าถึงระบบบริการได้อย่างถูกต้องปลอดภัย ตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาขีดความสามารถให้บริการสุขภาพให้ประชาชนรับการดูแลครอบคลุม ใกล้เคียงบ้าน เท้าเทียม และมีประสิทธิภาพสูงสุด

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเขตบริการสุขภาพจังหวัดยโสธร และศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเขตบริการสุขภาพจังหวัดยโสธร

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เลือกแบบเฉพาะเจาะจงพื้นที่อำเภอเมือง

จังหวัดยโสธร เนื่องจากมีปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่ยุงยาก ซ้ำซ้อนและภาวะวิกฤติสุขภาพจิตจำนวนมาก (จำนวน 73 รายหรือร้อยละ 24.33)⁽⁷⁾ ส่วนกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

1) บุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตทุกคน จำนวน 56 คนเพื่อสร้างและพัฒนาระบบ

2) ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F20-F29) ผู้ป่วยทางจิตจากการใช้สุรา (F10) และผู้ป่วยโรคไบโพลาร์หรือโรคอารมณ์สองขั้ว

ระยะเวลาในการวิจัย 7 เดือนคือ 1 กันยายน 2561-31 มีนาคม 2562 โดยทดลองดำเนินการในระยะเวลา 6 เดือนและประเมินผลระบบระยะเวลา 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อคือเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วม (technology of participation: ToP)⁽⁸⁾ ประกอบด้วย

1.1) การถกปัญหา (discussion method) เพื่อสรุปวิเคราะห์สภาพการณ์ปัญหาในรอบปีที่ผ่านมา

1.2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop method) เพื่อพัฒนาองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและนำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาและการวางแผนปฏิบัติ

1.3) การวางแผนปฏิบัติการ (action planning method) เพื่อวางแผนปฏิบัติตามระบบที่จะพัฒนาขึ้นจากการวิจัยในครั้งนี้

1.4) การวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (after action review, AAR) เพื่อสรุปบทเรียนและแก้ไขแนวทางปฏิบัติจากระบบที่พัฒนาขึ้นเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมและเมื่อสิ้นสุดโครงการ

1.5) แบบกำกับติดตามแผนการบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมพยาบาลของแผนกจิตเวชโรงพยาบาลยโสธรและจิตแพทย์ ร่วมกับพยาบาลประจำแผนกที่รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแล และบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัคร-

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเมื่อผู้ป่วยอยู่ในชุมชน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบระบบบริการประกอบด้วย

2.1) แบบประเมินระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากผู้ทรงคุณวุฒิของโรงพยาบาลยโสธร จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ อายุรแพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและพยาบาลจิตเวช ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยทั้งด้านจำนวนและความเหมาะสมในการนำผู้ป่วยจากชุมชนส่งต่อที่โรงพยาบาล การดูแลในตึกผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่มีปัญหา การส่งต่อที่สามารถประเมินผู้ป่วยอย่างเหมาะสมก่อนส่งต่อและแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนของเครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนไม่มีภาวะวิกฤติซ้ำ

2.2) ตรวจสอบคู่มือการใช้ระบบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ อายุรแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและพยาบาลจิตเวช ใน 4 ขั้นตอนหลัก ๆ คือ การส่งตัวผู้ป่วยจากชุมชนเข้ารับบริการในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยในตึกผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการแห่งอื่น และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านหลังจากการจำหน่ายของโรงพยาบาล

2.3) แบบประเมินความพึงพอใจการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรงานสุขภาพจิตและญาติผู้ป่วยจิตเวชโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและทดสอบเครื่องมือก่อนนำมาใช้ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคือค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประเมินสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการก่อนและหลังพัฒนาระบบด้วยสถิติการทดสอบ Z-test และประเมินความพึงพอใจของบุคลากรงานสุขภาพจิตและญาติผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้ระบบด้วยสถิติการทดสอบ t-test for dependent samples กำหนดความนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ระยะสร้างแนวทางการพัฒนาระบบบริการและทดลองใช้ และระยะประเมินผลรูปแบบการพัฒนา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา (สัปดาห์ที่ 1 ของเดือนกันยายน พ.ศ.2561)

1.1) เป็นการศึกษาถึงสภาพการณ์ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชระยะวิกฤต สภาพการณ์ปัญหาของระบบบริการและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการอภิปราย (discussion method) ของเครือข่ายสุขภาพตั้งแต่ระดับหมู่บ้านจนถึงระดับจังหวัด ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) หน่วยงานกู้ชีพกู้ภัย บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล พยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ เจ้าหน้าที่ตำรวจ และญาติผู้ป่วยจิตเวช

1.2) สรุปผลสภาพการณ์ปัญหาการศึกษาถึงสภาพการณ์ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการสร้างแนวทางการพัฒนาในระยะต่อไป

2) สร้างแนวทางการพัฒนาระบบบริการและทดลองใช้ (สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ของเดือนกันยายน พ.ศ.2561)

2.1) การทบทวนแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชระยะวิกฤต

2.2) จัดอบรมบุคลากรงานสุขภาพจิตทุกระดับเพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop method) เครือข่ายสุขภาพงานสุขภาพจิตทุกระดับเพื่อสร้างแนวทางการพัฒนาระบบบริการพร้อมกับการประเมินความพึงพอใจการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรงานสุขภาพจิตและญาติผู้ป่วยจิตเวช

2.3) วางแผนปฏิบัติการ (action planning) เป็นการออกแบบสร้างแนวทางและวางแผนปฏิบัติการร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชระยะวิกฤต ทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาลรวมถึงแนวทางการรับปรึกษาจากจิตแพทย์และระบบส่งต่อผู้ป่วย

2.4) ตรวจสอบคุณภาพระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่จิตแพทย์อายุรแพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและพยาบาลจิตเวช และปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้

2.5) นำไปปฏิบัติในทุกพื้นที่ในเขตอำเภอเมืองยโสธร 18 ตำบล 188 ชุมชน 22 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 2 โรงพยาบาล (ตลอดระยะเวลา 6 เดือน คือ ตุลาคม 2561 - มีนาคม 2562)

3) ระยะประเมินผลรูปแบบการพัฒนา (สัปดาห์ที่ 3 ของเดือนมีนาคม 2562)

3.1) ประเมินผลเปรียบเทียบอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) และผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ในระบบงานวิจัยก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

3.2) ประเมินผลการดำเนินงานจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ อายุรแพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธรและพยาบาลจิตเวช

3.3) การวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (after action review, AAR) ในสัปดาห์ที่ 4 ของเดือนมีนาคม 2562 โดยร่วมกันของบุคลากรงานสุขภาพจิตพร้อมปรับปรุงแก้ไขระบบบริการที่ยังมีข้อบกพร่อง จนได้รูปแบบที่สมบูรณ์ที่พร้อมนำไปใช้ต่อไปในทุกสถานบริการสุขภาพในจังหวัดยโสธร

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลยโสธร และการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีความเสี่ยงหรือผลกระทบใดๆ ไม่มีค่าตอบแทนใดๆ เป็นการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง หากไม่สมัครใจหรือเกิดภาวะตึงเครียดทางด้านอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และจะไม่มี การสูญเสียสิทธิประโยชน์อื่น ๆ ที่ควรได้รับ หากกลุ่มตัวอย่างตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัยและกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ ตามกฎหมายที่จะเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวของตนเอง โดยจะสรุปผลออกมาเป็นภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ตาม

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่าง เห็นชื่อยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการศึกษา

1) ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วย สุขภาพจิตของจังหวัดยโสธรคือไม่มีระบบที่ชัดเจนในการ ส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนถึงโรงพยาบาลโดยเฉพาะผู้ป่วย วิกฤติสุขภาพจิตและเมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในแผนก- ผู้ป่วยในแล้วในการดูแลรักษายังไม่มียุทธศาสตร์หรือ แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเท่าที่ควรและขาดจิตแพทย์คอย ให้คำปรึกษาตลอดจนปัญหาในการประเมินผู้ป่วยก่อน ส่งตัวเพื่อเข้ารับบริการในสถานบริการแห่งอื่นกรณีที่เกิด ขีดความสามารถของการดูแลรักษา

2) ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในเขตบริการสุขภาพจังหวัดยโสธร ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและวางแผนงานร่วม กันของบุคลากรตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติย- ภูมิ ซึ่งพบว่า ยังไม่มีระบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยรวม ถึงแนวทางในการส่งต่อตั้งแต่ในระดับชุมชนจนถึงระดับ โรงพยาบาลประจำจังหวัด ดังนั้น จึงได้ร่วมมือกับบุคลากร เครือข่ายงานสุขภาพจิตในการสร้างแนวทางการดูแลผู้- ผู้ป่วย (clinical practice guideline) ในเชิงรุกตั้งแต่ระดับ หมู่บ้าน การดูแลผู้ป่วยในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล ตลอดจนการส่งต่อ การมีช่องทางสื่อสาร เชื่อมโยง ส่งต่อ ตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่ ชัดเจน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ ตลอด จนการกำกับติดตามประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

3) ระยะที่ 3 ผลของการนำเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วม (ToP model) มาใช้ในการปรับปรุงระบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชในเขตบริการสุขภาพจังหวัดยโสธรที่ทดลอง ใช้ในระยะ 6 เดือน ส่งผลให้ได้รูปแบบการพัฒนาที่ สมบูรณ์คือ

3.1) มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับปฐมภูมิ (primary care unit) ที่มีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน

ระดับตำบล และ รพ.สต. การมีแนวทางการดูแลผู้ป่วย ในระดับชุมชนที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายสุขภาพใน พื้นที่พร้อมระบบการสื่อสารการประสานงาน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เจ้าหน้าที่ตำรวจ หน่วยงานกู้ชีพ กู้ภัย อปพร.หมู่บ้าน ญาติผู้ป่วยในชุมชน หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ระบบการดูแล ประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือครอบครัว ตลอด จนผังการไหลเวียนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและรูปแบบ แนวทางการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งต่อและแนวทางการ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยและการนำส่งต่อโรงพยาบาล (community psychiatric care guideline)

3.2) เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับทุติยภูมิ (secondary care unit) คือมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยใน ระดับโรงพยาบาลชุมชนของแต่ละอำเภอทั้งผู้ป่วยใน และ ผู้ป่วยนอก มีการสร้างแนวทางที่เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ต้อง ปฏิบัติอย่างชัดเจน (clinical practice guideline) ตั้งแต่ แรกเริ่มผู้ป่วย การดูแลในแผนก (ward) การประเมินผู้ป่วย ระบบการปรึกษาแพทย์ (doctor's consult) แนวทางการ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการคลุ้มคลั่ง แนวทางการ ควบคุมตัวผู้ป่วยก่อนส่งต่อและการประสานการส่งต่อ โรงพยาบาลยโสธรหรือโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

3.3) มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับตติยภูมิ (tertiary care unit) โดยโรงพยาบาลประจำจังหวัด จะมี ระบบแนวทางการดูแลในแผนกผู้ป่วยในเหมือนกับโรง- พยาบาลประจำอำเภอ (Clinical practice guideline) ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วย การดูแลในแผนก และแนวทางการ ส่งต่อ แต่มีการพัฒนาเพิ่มเติมคือ ระบบติดตามผู้ป่วยคือ มีเครื่องมือติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยแพทย์ (doc- tor's order sheet/progress note: schizophrenia/acute psychosis) ที่ใช้กำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยทุกรายทำให้ การดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.4) ได้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระดับเหนือขึ้นไป เนื่องจากโรงพยาบาลยโสธรไม่มีจิตแพทย์ จึงได้ใช้รูป- แบบโรงพยาบาลสามสหายภายใต้การบริหารจัดการ ทรัพยากรร่วมกัน (resource sharing) ให้มีจิตแพทย์จาก

โรงพยาบาลใน 3 จังหวัด คือ อำนาจเจริญ มุกดาหารและ ยโสธร และมีจิตแพทย์ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่ คอยช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ

4) การประเมินผลของการใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น

4.1) ผลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชหลังการ พัฒนาระบบ พบว่า ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นคือจากเดิม ร้อยละ 64.11 เพิ่มเป็นร้อยละ 90.44 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1 สรุปได้ว่า เมื่อมีระบบ หรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการนำส่งตัวผู้ป่วยสุขภาพ จิตตั้งแต่ระดับชุมชนทำให้ชุมชนสามารถนำส่งตัวผู้ป่วย เข้ารับบริการได้มากยิ่งขึ้น

4.2) ด้านการส่งต่อกรณีเกิดภาวะวิกฤติ พบว่า อัตรา การส่งต่อกรณีเกิดภาวะวิกฤติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.43

เป็นร้อยละ 98.32 และลดอัตราการส่งต่อไปยังสถาน บริการอื่นได้ถึงร้อยละ 84.31 ดังตารางที่ 2 สรุปได้ว่า เมื่อมีระบบของการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในแผนกผู้ป่วยใน ที่ชัดเจนรวมถึงมีจิตแพทย์คอยให้คำปรึกษาทำให้การส่ง ต่อผู้ป่วยกรณีเกิดภาวะวิกฤติได้เพิ่มมากขึ้นและลดอัตรา การส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นได้อย่างชัดเจน

4.3) ด้านการประเมินความพึงพอใจการใช้ระบบการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพ และญาติผู้ป่วยจิตเวช พบว่า คะแนนความพึงพอใจของ บุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.07 เป็นร้อยละ 91.11 และคะแนนความพึงพอใจของ ญาติผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.97 เป็นร้อยละ 95.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 การเข้ารับบริการในระบบการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังพัฒนาระบบ (n=300)

จำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด	การเข้ารับบริการ		Z	Proportions difference	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ				
ก่อนการพัฒนาระบบ	193	64.11	7.70	26.33	19.96 to 32.70	<0.001
หลังการพัฒนาระบบ	271	90.44				

ตารางที่ 2 การส่งต่อกรณีเกิดภาวะวิกฤติของผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังพัฒนาระบบ (n=300)

จำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด	การส่งต่อกรณีเกิดภาวะวิกฤติ		Z	Proportions difference	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ				
ก่อนการพัฒนาระบบ	277	92.43	3.38	5.89	2.56 to 9.33	<0.001
หลังการพัฒนาระบบ	295	98.32				

ตารางที่ 3 คะแนนความพึงพอใจการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรงานสุขภาพจิตและญาติผู้ป่วยจิตเวชก่อนและ หลังการพัฒนาระบบ

ผู้รับการประเมิน	n	mean	SD	Mean difference	95%CI	p-value
บุคลากรเครือข่ายสุขภาพ						
ก่อนการพัฒนาระบบ	56	64.07	0.27	24.07	12.43 to 41.45	<0.001
หลังการพัฒนาระบบ	56	91.11	0.65			
ญาติผู้ป่วยจิตเวช						
ก่อนการพัฒนาระบบ	300	64.97	0.75	30.26	24.35 to 36.17	<0.001
หลังการพัฒนาระบบ	300	95.23	1.07			

5) ข้อสรุปหลังการถอดบทเรียน (AAR) จากการทำผู้ป่วยสุขภาพจิตในพื้นที่ที่มีจำนวนมากรวมถึงมีภาวะวิกฤติสุขภาพจิตด้วยและโรงพยาบาลยโสธรที่ขาดจิตแพทย์ด้วยทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตไม่มีความชัดเจนเท่าที่ควร ตั้งแต่ระดับชุมชน แนวทางการดูแลคนไข้ในแผนกผู้ป่วยตลอดจนการส่งต่อ จึงได้ร่วมกับบุคลากรงานสุขภาพจิตทุกระดับตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับโรงพยาบาลร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชขึ้นใหม่ ที่มีการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระดับชุมชน แนวทางการดูแลในแผนกผู้ป่วย การส่งต่อ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ ตลอดจนการกำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนได้รูปแบบที่สมบูรณ์และนำมาใช้กับผู้ป่วยจริง จนทำให้การบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดและมีความเหมาะสมที่นำไปใช้ตั้งแต่ระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลประจำอำเภอและโรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งประเด็นสำคัญของการพัฒนาที่เป็นรูปธรรมชัดเจนคือการทำงานที่เชื่อมโยงและลดรอยต่อผานให้ความสับสนไหลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่ระดับชุมชนให้เข้าถึงระบบบริการมากขึ้นและมีประสิทธิภาพในการดูแลมากยิ่งขึ้น

วิจารณ์

จากสภาพการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเขตบริการสุขภาพจังหวัดยโสธร ตั้งแต่ระดับชุมชนที่ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนรวมถึงระบบการส่งต่อด้วย ทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยขาดยา ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ ส่งผลเสียตามมาคือผู้ป่วยอาละวาด คลุ้มคลั่ง เป็นอันตรายต่อครอบครัวและชุมชน และเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือเกิดวิกฤติสุขภาพจิต ก็ไม่มีระบบที่ชัดเจนที่จะสามารถนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้ รวมถึงรูปแบบการดูแลรักษาในระดับโรงพยาบาลก็ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติอยู่ มีผู้ป่วยจำนวนมากและให้การพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยปกติในแผนกอื่นๆ ขาดแคลนจิตแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย การประเมินอาการก่อนการส่งต่อผู้ป่วย

เกิดความล่าช้าและไม่ถูกต้องเท่าที่ควร งานวิจัยครั้งนี้ จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรงานสุขภาพจิตทุกระดับตั้งแต่ระดับตำบล รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน ภาควิเคราะห์สุขภาพ เช่น หน่วยงานกู้ชีพ กู้ภัย อพพร. ชุมชน หน่วยงานตำรวจ และบุคลากรพยาบาลของโรงพยาบาลต่างๆ

ในการพัฒนาระบบการดูแลโดยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและวางแผนงานร่วมกัน จนได้แนวทางการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การดูแลในระดับชุมชนหรือระดับปฐมภูมิ ที่มีภาควิเคราะห์สุขภาพในพื้นที่ร่วมกัน เฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือและประเมินการส่งต่ออย่างเหมาะสม รูปแบบของการนำตัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤติส่งต่อการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล ที่ต้องใช้ความร่วมมือของบุคลากรภาควิเคราะห์สุขภาพในระดับพื้นที่ของหลายๆ หน่วยงาน เช่น ตำรวจ อพพร. กู้ชีพ กู้ภัย ผู้นำชุมชน อสม. จนสามารถนำตัวผู้ป่วยเข้ารับบริการได้อย่างปลอดภัย ภายใต้ระบบที่มีช่องทางสื่อสารเชื่อมโยง ส่งต่อ อย่างสิ้นไหลในการทำงานตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ตั้งแต่ระดับชุมชนและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล และการประเมินเพื่อการส่งต่อการรักษาในระดับที่สูงขึ้นอย่างเหมาะสม ถึงแม้จะมีการสร้างระบบการดูแลที่ชัดเจนแล้ว แต่เมื่อได้ทดลองใช้ระบบการดูแลดังกล่าวตลอดระยะเวลา 6 เดือน ก็ได้มีการปรับปรุงในหลายๆ ส่วนจนได้รูปแบบการดูแลที่สมบูรณ์คือ การมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชนที่ประกอบด้วยภาควิเคราะห์สุขภาพในพื้นที่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล ระบบการปรึกษาแพทย์ แนวทางการประสานการส่งต่อผู้ป่วย การสร้างเครื่องมือติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วย (doctor's order sheet/progress note on schizophrenia/acute psychosis) เพื่อประสิทธิภาพบริการที่ดียิ่งขึ้น มีการใช้รูปแบบโรงพยาบาลสามสหาย (resource sharing) คืออำนาจเจริญ มุกดาหาร และยโสธร โดยให้มีจิตแพทย์บริการผู้ป่วยตลอดและมี

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่คอยเป็นที่เลี้ยงใจให้ความช่วยเหลือด้วยดีโดยตลอด ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นเรื่อยๆ ขึ้นไปอีก หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า อัตราการเข้ารับบริการในระบบการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น อัตราการส่งต่อกรณีเกิดภาวะวิกฤติเพิ่มขึ้น ลดอัตรา Refer out ได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรงานสุขภาพจิตและญาติผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ทั้งบุคลากรงานสุขภาพจิตและญาติมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ ลุประสงค์⁽⁹⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาบริการสุขภาพจิตรูปแบบการส่งต่อ-ส่งกลับผู้ป่วยจิตเวชในในจังหวัดนครพนม พบว่าสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อ-ส่งกลับผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดนครพนมได้แนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน คือ (1) มีการปรับระบบทะเบียนการส่งต่อผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลชุมชน (2) มีการประสานงานระหว่างแพทย์โรงพยาบาลชุมชนและจิตแพทย์เพิ่มขึ้น โดยใช้การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สายตรงเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน (3) เกิดแนวทางการส่งต่อ-ส่งกลับผู้ป่วยจิตเวชเพื่อใช้เป็นระเบียบปฏิบัติร่วมกัน มีข้อเสนอแนะให้เกิดเครือข่ายในชุมชน เช่น ปลัดอำเภอ ตำรวจ กำนัน ผู้ใหญ่บ้านร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเพชรบูรณ์⁽¹⁰⁾ ที่พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน (เชิงรุก) ร่วมกับเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ดี มีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน การปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การสร้างจิตสำนึกให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ในรูปแบบของการให้ประชาชนมีสิทธิประโยชน์ที่ตรงกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง ทำให้การบริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู และสังคมชุมชนให้การยอมรับผู้ป่วยโรคจิตมากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการขอความร่วมมือของบุคลากรจากหน่วยงานภายนอก เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ หน่วยงานกู้ชีพ กู้ภัย จึงจำเป็นต้องประสานงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นเหตุให้เกิดความล่าช้าอยู่บ้างแต่ก็มีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติเพราะผลที่ได้คือประสิทธิภาพและความสำเร็จของการทำงานและประโยชน์สูงสุดของการบริการผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน

ข้อเสนอแนะ

- 1) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องร่วมกันตั้งแต่ระดับหมู่บ้านจนถึงระดับจังหวัด
- 2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปคือการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชในแผนกผู้ป่วยในเพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง
- 3) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือกำหนดเป็นหลักสูตรหรือคู่มือแนวทางปฏิบัติของการดูแลและส่งต่อที่ชัดเจน ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ระดับสถานพยาบาลทุกระดับ ตลอดจนการส่งต่อ เพื่อให้ยึดถือปฏิบัติกันโดยทั่วกันต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรงานสุขภาพจิตทุกระดับทุกอำเภอของจังหวัดยโสธร ที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตของจังหวัดยโสธรและขอขอบคุณท่านอาจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ เขาว์ศิริกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร ที่ให้คำแนะนำในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2001.
2. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability

- from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health; 1996.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ธ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.dmh.go.th>.2560
 4. อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม. การป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช. นนทบุรี; กรมสุขภาพจิต; 2555.
 5. โรงพยาบาลสวนปรุง.แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่: พลอยการพิมพ์; 2560.
 6. กรมสุขภาพจิต.กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ธ.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/ebook>.2560
 7. โรงพยาบาลยโสธร. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2560. ยโสธร: โรงพยาบาลยโสธร; 2561.
 8. วิรัตน์ ปานศิลา. เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี (technology of participation: ToP). พิมพ์ครั้งที่ 1. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
 9. สมจิตต์ ฤประสงค์. การพัฒนาบริการสุขภาพจิตรูปแบบการส่งต่อ-ส่งกลับผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดนครพนม. การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546. วันที่ 19-21 สิงหาคม 2546; ณ โรงแรมแอมบาสเตอร์ กรุงเทพมหานคร. นครพนม: โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2546. หน้า 226-7.
 10. โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน. การประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546. วันที่ 19-21 สิงหาคม 2546; โรงแรมแอมบาสเตอร์ กรุงเทพมหานคร. นครพนม: โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์; 2546. หน้า 210-1.

Abstract: Development of a Seamless Psychiatric Care Service System in the Service Area, Yasothon Province

Supaporn Jansam, B.N.S*

Yasothon Hospital, Yasothon Province, Thailand

Journal of Health Science 2022;31(Suppl 1):S74-S84.

The purpose of this research and development was to develop the psychiatric care system and to study the results of the psychiatric care system development in the health service area of Yasothon Province. The sample is divided into 2 groups, consisting of 56 mental health personnel, 5 experts, 300 psychiatric patients and relatives. The tool used to create the system was the Technology of Participation (ToP) technic which was reviewed and tested by 5 experts. Additional tools included a monitoring form in accordance with the psychiatric care plan, and a satisfaction assessment form for personnel and patients' relatives. Data were analyzed by using frequency, average, standard deviation, and paired sample t-test. The results of the research revealed that the construction of the system began with the mobilization of participation of mental health personnel at all levels, from the community to the province. By analyzing problems, planning, creating a clinical care guideline together from the community level, hospitals within the communication system were linked to work smoothly. There were capacity development activities for personnel at all levels. There was a system of doctor's consultation and referral, building patient monitoring and surveillance tools using the resource sharing model to provide psychiatrists for adequate services. After the establishment of the psychiatric care system, it was found that the service rate in the medical care system increased from 64.11% to 90.44% (proportion difference of 26.33, 95%CI 19.96 to 32.70, $p < 0.05$). The referral rate of cases in crisis increased from 92.43% to 98.32% (proportion difference 5.89, 95%CI 2.56 to 9.33, $p < 0.05$); and the refer-out rates were reduced by 84.31%. The results of the quality inspection of service systems by experts revealed a good quality level. The satisfaction score of personnel increased from 65.45% to 92.33%; and that for the relatives increased from 64.97% to 95.23%. In conclusion, the service system according to this seamless psychiatric care guideline had provided efficient seamless care for the psychiatric patients with inter-connection among service providers at all levels resulting in the increased access to efficient service systems. Therefore, this model should be widely promoted for the use in all public health facilities.

Keywords: system development; seamless psychiatric care; psychiatric patients