

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของ ผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนโดยกระบวนการ AIC ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน

จรงค์ ใจจันทร์ พย.บ.\*

เสด็จ ทะลือ ส.บ.\*

สุภาวดี จันทร์อินทร์ ส.บ.\*

ศิริพร กุณา พย.บ.\*

จันทร์เพ็ญ คำอุ่น ร.ม.\*\*

เอกรินทร์ โนจิต ศส.บ.\*\*

\* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน

\*\* องค์การบริหารส่วนตำบลอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน

วันรับ:	15 ธ.ค. 2560
วันแก้ไข:	27 ก.พ. 2561
วันตอบรับ:	8 มี.ค. 2561

บทคัดย่อ การดำเนินโครงการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนโดยกระบวนการ AIC ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน ผู้ร่วมโครงการ ได้แก่ ผู้ป่วยสุขภาพจิตและผู้ป่วยซึมเศร้าในชุมชน จำนวน 45 คน ผู้ป่วยสุขภาพจิตที่รับประทายาไม่ต่อเนื่อง ขาดยาและมีอาการเรื้อรังมานานกว่า 2 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน ดำเนินโครงการโดยการทำแผนการจัดกิจกรรมตามกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม AIC ประกอบด้วยงานและใบกิจกรรม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แบบประเมินผล การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน ทะเบียนติดตามผู้ป่วยจิตเวช ประเมินโครงการโดยใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน แบบวัดความพึงพอใจ การรวบรวมข้อมูล ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2558 - กันยายน 2559 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการเข้าร่วมกิจกรรมการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลก่อนและหลังการดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการถอดบทเรียน ดำเนินโครงการพบว่า การวิเคราะห์สภาพปัญหา ด้านระบบบริการ ขาดฐานข้อมูลที่ระบบและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรมชัดเจน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชน ขาดความรู้เรื่องโรคจิตเวช และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนมีส่วนร่วม ด้านสังคม ขาดหน่วยงาน/องค์กร ช่วยเหลือด้านสวัสดิการ ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบใหม่ พบว่า ญาติ ผู้ป่วย อสม.มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 95 แก้ปัญหาผู้ป่วยกินยาไม่ต่อเนื่องจำนวน 10 คน ติดตามดูแลต่อเนื่องจำนวน 8 คน ร้อยละ 80.0 พบผู้ป่วยที่ยังมีปัญหาต้องติดตามดูแลต่อเนื่องจำนวน 2 คน มีพี่เลี้ยงดูแลเกี่ยวกับการกินยาจิตเวช(ระบบ DOTS) ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจต่อระบบการดูแล ร้อยละ 95.0 เกิดกระบวนการดำเนินงานที่มีการประสานงาน การถ่ายทอดข้อมูลอย่างมีส่วนร่วม ลงสู่ครอบครัวและญาติ ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่ นำสู่การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ใกล้เคียงกับใกล้ใจอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสุขภาพจิต, กระบวนการมีส่วนร่วม AIC

## บทนำ

การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนไทย พบว่า ในปี 2558 คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของคนไทยอยู่ที่ 31.44 คะแนน<sup>(1)</sup> ซึ่งลดลงเล็กน้อยจากปี 2557 ที่คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย 31.48 คะแนนเนื่องจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในการประกอบอาชีพนอกจากนี้ อัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยเพิ่มขึ้นจาก 6.07 คนต่อประชากรแสนคนในปี 2557 เป็น 6.31 คนต่อประชากรแสนคนในปี 2558 โดยพบว่า ช่วงอายุ 30-39 ปี มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด<sup>(2)</sup> สาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยพบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ยาเสพติดมีผลกระทบต่อระบบสมองและทำให้เกิดอาการทางจิตได้ ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชน โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบ่อยและมีความสำคัญซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ การดูแลที่สำคัญเพื่อช่วยเหลือประคับประคอง ฟื้นฟูจิตใจ ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวและในชุมชนได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาของครอบครัว

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อ่าวนา-ไผ่รับผิตชอบ 7 หมู่บ้าน ประชากร 4,262 คน<sup>(3)</sup> ในปี 2557 มีข้อมูลผู้ป่วยสุขภาพจิต 21 ราย โรคซึมเศร้า 8 ราย ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย ปี 2558 มีผู้ป่วยสุขภาพจิต 22 ราย โรคซึมเศร้า 10 ราย ปี 2559 มีผู้ป่วยสุขภาพจิต 27 ราย โรคซึมเศร้า 18 ราย ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย ดมกาวแล้วมีอาการทางจิต 1 ราย ผู้ป่วยสุขภาพจิตที่มีผู้ดูแลได้รับการรักษาต่อเนื่อง 39 รายร้อยละ 85.0 ผู้ป่วยสุขภาพจิตที่มีผู้ดูแลแต่ไม่ได้ใส่ใจเรื่องการรักษา 3 ราย ร้อยละ 7.0 ผู้ป่วยสุขภาพจิตที่ขาดผู้ดูแลและรักษาไม่ต่อเนื่อง 2 รายร้อยละ 4.0 ในปี 2559 ผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดผู้ดูแล ถูกกระทำความรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจจำนวน 1 รายร้อยละ 2.0 จากการคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน พบมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น สาเหตุ

จากการดื่มสุรา เสพยาบ้า มีภาวะเครียดจากปัญหาครอบครัว มีภาระหนี้สิน ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพและการดูแลรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิต พบว่าด้านระบบบริการของ รพ.สต. อ่าวนา-ไผ่ ขาดระบบการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช ไม่ได้กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นรูปธรรมชัดเจน การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นเฉพาะการติดตามอาการและการรับประทานครบถ้วน ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชน ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และการดูแล ผู้ป่วยที่ถูกต้อง ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ต่อเนื่องและขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและ ท้องถิ่น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความเสื่อมถอยทางด้านจิตใจและร่างกายมากยิ่งขึ้น การไม่ได้รับการดูแลและใส่ใจเรื่องการรักษา ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตของคนในครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างมาก จากปัญหาดังกล่าวควรได้รับการแก้ไขและพัฒนา ทีมผู้ดำเนินโครงการจึงได้เกิดแนวคิดในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตโดยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตที่บ้านโดยกระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) เพื่อเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแล อ้าอิงความสำคัญของกระบวนการ A-I-C<sup>(4)</sup> การพัฒนาชุมชนที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน คือการเปิดโอกาสให้บุคคลและผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชน ร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา และร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น กระบวนการ A-I-C จะช่วยให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ ช่วยให้เกิดการระดมแนวคิดที่สร้างสรรค์ มีส่วนร่วม และเสริมพลังของชุมชน ท้องถิ่นในการพัฒนา ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาชุมชนจึงเกิดความต่อเนื่อง และก่อให้เกิดความสำเร็จสูง

กระบวนการ A-I-C มีขั้นตอนสำคัญ คือ (1) การสร้างความรู้ (Appreciation) (2) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence) และ (3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนโดยกระบวนการ AIC ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อายนาไลย อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน

## วิธีการศึกษา

มีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความรู้ (Appreciation)

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาและคัดเลือกพื้นที่ กลุ่มตัวอย่าง แบบมีส่วนร่วม ถึงบริบทการดำเนินงานในอดีต ปัจจุบัน และแนวทางการพัฒนาในอนาคต

1.2 จัดเวทีสุขภาพคืนข้อมูล หาแนวทางแก้ไขปัญหาลุ่บสรคที่ผ่านมาร่วมกันในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำแบบไม่เป็นการ เจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาชุมชน แต่งตั้งคณะกรรมการระดับหมู่บ้าน

1.3 วางแผนและกำหนดปฏิทินในการปฏิบัติงานติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสุขภาพจิต ร่วมกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล อายนาไลย เจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาชุมชน และจิตอาสา ประเมินผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยาต่อเนื่องและประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการและสังคม

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแนวทางในการพัฒนา (Influence)

2.1 สร้างเครือข่ายและประชาสัมพันธ์ในชุมชน

2.2 การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับทีมนักวิจัย ทีมสหวิชาชีพและชุมชน ขั้นตอนนี้มีจุดเน้นให้ความสำคัญกับข้อมูลและความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมสนทนา ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นร่วมกัน

2.3 กำหนดแนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน กำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายในการดำเนินการและให้การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ให้การดูแลแบบองค์รวม (กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ) และกำหนดการสนับสนุนปัจจัยด้านต่างๆ

2.4 ทบทวนความรู้ การประเมินอาการทางจิต การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) การประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด วิตกกังวล และทักษะ ทุก 6 เดือน แก้อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแล เพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วย

2.5 การนำไปปฏิบัติในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control) โดยการประเมินประสิทธิผลกระบวนการที่พัฒนาขึ้น

3.1 การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ และติดตามเชื่อมร่วมกับชุมชนและเครือข่าย ดังนี้

- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จิตอาสา เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้าน ญาติและชุมชน เครือข่ายร่วมกันดูแลผู้ป่วย ตามปัญหาสุขภาพและความจำเป็นเร่งด่วนตามสี (แดง ส้ม เหลือง) และร่วมประเมินภาวะสุขภาพ สรุปปัญหาผู้ป่วย เพื่อกำหนดเป้าหมาย วางแผนการให้บริการ และช่วยเหลือครั้งต่อไป ร่วมกับ อสม. เดือนละ 1 ครั้ง

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเยี่ยมผู้ป่วยสุขภาพจิตในรายที่พบปัญหา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (ศูนย์ COC) เดือนละ 1 ครั้ง หลังการเยี่ยมผู้ป่วย สรุปปัญหาผู้ป่วยทุกราย เพื่อขอรับคำปรึกษากรณีพบความผิดปกติหรือปัญหาด้านอื่น ๆ

- องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สนับสนุนและรับส่งไปสถานบริการสาธารณสุข ปรับสภาพแวดล้อมให้การดำรงชีวิตให้สะดวกขึ้น สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการ และจัดสภาพแวดล้อมในชุมชนติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ รับทราบปัญหาความต้องการ การช่วยเหลือเร่งด่วน

- เจ้าหน้าที่ตำรวจกับอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่าย

พลเรือน (อปพร.) ศูนย์ช่วยเหลือสังคมเครือข่ายเวียงสา (one stop crisis center – OSCC) ให้ความช่วยเหลือกรณีได้รับแจ้งเหตุผู้ป่วยทางจิตมีอาการคลุ้มคลั่งและนำส่งโรงพยาบาล

- ตรวจสอบประเมินอาการทางจิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน

3.2 ประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่าย รวบรวมรายงานผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินงาน

3.3 ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ประเมินอาการทางจิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสุขภาพจิต

3.4 ประเมินความพึงพอใจของญาติ ผู้ดูแลและชุมชน

3.5 สรุปผลและคืนข้อมูลให้ชุมชน และร่วมกันหาแนวทางในการดำเนินงานต่อไปเพื่อให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

#### ผู้ร่วมโครงการ

เจ้าหน้าที่/ทีมเครือข่าย ซึ่งมีบทบาทดังนี้

ก. ผู้ป่วยสุขภาพจิต/ผู้ดูแล

1) ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2) ให้การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต ปรึกษาทีมหมอครอบครัวกรณีพบผิดปกติ

3) ร่วมกับ อสม./จิตอาสา ประเมินภาวะสุขภาพและประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ข. อสม./จิตอาสา/แกนนำชุมชน/เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน/อบต.

1) ประชาสัมพันธ์แจ้งการดำเนินงานในชุมชน

2) ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต

3) ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ จัดหาที่อยู่อาศัย ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและน่าอยู่ และสนับสนุนความต้องการด้านสวัสดิการต่างๆ

4) ประเมินผลส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

5) ร่วมวางแผน กำหนดเป้าหมาย หาแนวทางการดำเนินงานร่วมกันส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ

ค. เจ้าหน้าที่รพ.สต

1) เป็นผู้ประสานงานหลักระหว่างศูนย์ COC โรงพยาบาลเวียงสา และทีมเครือข่ายคือ อสม., อบต., เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน แกนนำชุมชน

2) ร่วมกับ อสม. ในการประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินอาการทางจิต ประเมิน ADL

3) เป็นผู้นำทีมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต

4) เป็นที่ปรึกษาทีมเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ

5) ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ศูนย์ COC ให้คำแนะนำ การดูแลสุขภาพ ปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในรายที่พบปัญหาและผิดปกติ และส่งต่อ

6) ร่วมวางแผนเป้าหมายการดำเนินงานกับทีม-เครือข่าย

ง. ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (continuing of care: COC) และศูนย์ช่วยเหลือสังคม (one stop crisis center: OSCC)

1. เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา และแนะนำ ส่งต่อผู้ป่วยระบบ HHC

2. พัฒนาองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่รพ.สต.

3. ร่วมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสุขภาพจิตกับเจ้าหน้าที่รพ.สต.ตามแผนปฏิบัติงานประจำเดือน

4. ร่วมประเมินผลและแก้ไขปัญหาในชุมชนและเวทีถอดบทเรียน

จ. เจ้าหน้าที่ตำรวจกับอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ให้ความช่วยเหลือกรณีได้รับแจ้งเหตุผู้ป่วยทางจิตมีอาการคลุ้มคลั่งและนำส่งโรงพยาบาล

ผู้ป่วยสุขภาพจิต ผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้ติดสุรา ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รพ.สต.อำนาโหลย ปี 2559 จำนวน 45 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือผู้ป่วยสุขภาพจิตที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดยาและมีอาการเรื้อรังมานานกว่า 2 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการและประเมินโครงการ ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมตามกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม AIC (Appreciation Influence Control) ประกอบด้วย ใบงานและใบกิจกรรมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แบบประเมินผลการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน ทะเบียนติดตามผู้ป่วยจิตเวช แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน สมุดบันทึกการเยี่ยมบ้านและแผนการเยี่ยม แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความพึงพอใจ

### การรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากการเข้าร่วมกิจกรรมการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลก่อนและหลังการดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ คำร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการถอดบทเรียน (Content Analysis) ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยสุขภาพจิต ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 53 อายุเฉลี่ย 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.0 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 56.0 และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 36.0

### ผลการดำเนินโครงการ

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสุขภาพจิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมกับบริบท มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิผล มีการเสนอแนะใช้กับพื้นที่อื่น ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข มีการใช้การสื่อสารที่ง่าย รวดเร็วด้วย application Line และชุมชนสามารถเป็นแหล่งพึ่งพิงให้กลุ่มผู้ป่วยสุขภาพจิตได้ เน้นการทำงานแบบ informal เกิดภาคีเครือข่ายช่วยเหลือทั้งจากภายในและนอกชุมชน (ตารางที่ 1)

### ผลการดำเนินงานด้านต่าง ๆ

ประสิทธิผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต ทางด้านการบริการและเชิงหน้าที่ ทั้งก่อน-หลัง ด้าน

การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของผู้ป่วย มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มมากขึ้นมากที่สุด นอกจากนี้การเกิดอาการทางจิตกำเริบและจำนวนผู้ป่วย re-admitted มีการเปลี่ยนแปลงที่ลดลง ผู้ป่วยซึมเศร้า (รักษาไม่ต่อเนื่อง) ฆ่าตัวตายสำเร็จไม่พบการเกิดอุบัติการณ์ใน 1 ปี (ตารางที่ 2)

ผลทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การเงิน-การคลังของครอบครัวผู้ป่วยสุขภาพจิต(ค่าใช้จ่ายในการดูแลขณะเจ็บป่วยหรือเข้านอนโรงพยาบาล) มีการเปลี่ยนแปลงที่ลดลง และได้รับการช่วยเหลือด้านสวัสดิการต่าง ๆ อาทิ เบี้ยยังชีพ ที่อยู่อาศัย มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 32 เป็นร้อยละ 90 (ตารางที่ 3)

### ผลการดำเนินงานด้านความพึงพอใจ

กลุ่มผู้ป่วยสุขภาพจิต ญาติและเครือข่ายชุมชนมีความพึงพอใจต่อกระบวนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย/ญาติ/เครือข่ายชุมชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53 เป็น 95 พฤติกรรมปฏิบัติของผู้ให้บริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 59 เป็น 96 ระดับความพอใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55 เป็น 96 การมีส่วนร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพของทีม/เครือข่าย/ชุมชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49 เป็น 98 (ตารางที่ 4)

### ผลลัพธ์ของการพัฒนาในเชิงระบบ พบว่า

ด้านการจัดการ ระบบใหม่ได้เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการด้วยความสะดวกรวดเร็ว แต่ไม่ละเลยคุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ เกิดนวัตกรรมจากการดำเนินงานที่หลากหลาย อาทิ พี่เลี้ยงดูแลการกินยา (ระบบ DOTS) รูปแบบครอบครัวคู่หู การทำงานเป็นทีม หมอครอบครัว ชุมชนเป็นคลินิก มีมาตรการการมีส่วนร่วมของภาคีด้านสุขภาพจิต องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณ

ด้านกระบวนการ พบว่า การทำงานที่ใช้ทีมสุขภาพ อสม. ผู้ป่วยและญาติได้เรียนรู้การดูแล พึ่งพาช่วยเหลือกัน การออกติดตามเยี่ยม การเสวนาร่วมกันในชุมชนเป็นระยะ ช่วยทำให้กระบวนการจัดการระบบมีความ สอดคล้องวิถี บริบทของชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่เกิดความ ร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจปฏิบัติร่วมที่ดีมาก

ตารางที่ 1 ผลการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาของงานเชื่อมบ้านผู้ป่วยสุขภาพจิตรูปแบบเดิมและปัจจุบัน

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. ด้านระบบบริการ ขาดระบบการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช ไม่ได้กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นรูปธรรมชัดเจน การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นเฉพาะการติดตามอาการและการรับประทานยารักษา	มีทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยสุขภาพจิตที่เป็นปัจจุบัน มีแผนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม ปฏิบัติต่อเนื่องร่วมกับภาคีได้ สอดคล้องกับปฏิทินชุมชน มีระบบข้อมูลโปรแกรม Hos XP PCU ผลลัพธ์ ทำให้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยครบทุกราย ช่วยพัฒนาระบบบริการ สร้างข้อมูล ผลงานที่มีคุณภาพ ใกล้บ้าน ใกล้ใจและเพิ่มรายรับให้รับหน่วยบริการปีละ 100,000บาท ทำให้ระบบรายงานถูกต้อง ท้นเวลาเพิ่มคุณภาพระบบงานขององค์กร การเข้าถึงบริการสุขภาพไร้รอยต่อ ได้สะดวก รวดเร็ว การทำงานเป็นทีมชุมชนเข้มแข็งมีส่วนร่วม เป็นระบบบริการที่สอดคล้องกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system: DHS)
2. ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ต่อเนื่อง ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น	มีรูปแบบการดูแลและแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสุขภาพจิต ที่เชื่อมโยงเครือข่าย ศูนย์ COC, OSCC รพ.เวียงสา จัดตารางเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตและขาดยา ของ อสม. ร่วมกับผู้นำชุมชน ชุมชนเป็นฐานแห่งการเรียนรู้ในลักษณะบูรณาการ กำหนดบทบาทหน้าที่ภาคีเครือข่าย ผลลัพธ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่น ไม่ถูกทอดทิ้ง ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ขาดยา อาการทางจิตไม่กำเริบ
3. ด้านการสนับสนุนทางสังคม ขาดการช่วยเหลือจากหน่วยงาน/องค์กรใดๆ ด้านค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ผู้ดูแลเกิดความเครียดทางอารมณ์สูง มีความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคทางจิตเวช	เยี่ยมบ้านและประสานความร่วมมือช่วยเหลือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่นและภาคเอกชน อาทิ แกนนำชุมชนสำรวจผู้ป่วยยากไร้ในชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบลอำเภอเมือง สภาประชาชาชน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดน่าน กองทุนในหมู่บ้าน สื่อมวลชน ให้ความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายจำเป็นและสร้างบ้านเอื้ออาทร ศูนย์ COC รพ.เวียงสา จิตอาสาประชารัฐร่วมติดตามเยี่ยมผู้ป่วย OSCC เจ้าหน้าที่ตำรวจ ติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตด้านสุขภาพจิต
4. ด้านการรักษาและกินยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเวช ซึมเศร้ารายเก่า ขาดผู้ดูแลและไม่ได้ใส่ใจเรื่องการรักษาทำให้ขาดยาเป็นเวลานานเกิดอาการทางจิตกำเริบ จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 4) ถูกกระทำความรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2) ผู้ป่วยจิตเวชที่กลับรักษาซ้ำที่โรงพยาบาล จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 7)	มีการปรึกษาปัญหาทาง Application Line มืออสม.และจิตอาสาเป็นที่เฝ้าดูแลกำกับการกินยา(ระบบ DOTS) ครอบครัวคู่มือ การเฝ้าระวังในชุมชน การส่งต่อผู้ป่วยที่ขาดนัดให้อสม.ติดตาม ผลลัพธ์ ทำให้ผู้ป่วยกินยาไม่ต่อเนื่องจำนวน 10 ราย ได้รับการติดตามให้มีการกินยาต่อเนื่องจำนวน 8 รายร้อยละ 80 ยังมีผู้ป่วยที่ยังเป็นปัญหาที่ต้องกำกับติดตามดูแลจำนวน 2 ราย ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้นได้
5. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความเสื่อมถอยทางด้านจิตใจและร่างกายมากยิ่งขึ้น และมีผลกระทบต่อความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตของคนในครอบครัวและชุมชน	มีมาตรการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน ด้านการส่งเสริม เน้นการพัฒนาศักยภาพประชาชนให้มีสุขภาพจิตดี ด้านการป้องกัน เน้นการดูแลช่วยเหลือกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มีเวทีแลกเปลี่ยนและคืนข้อมูลสุขภาพจิตให้ชุมชน ภาคีเครือข่ายเข้าใจบทบาทตนเอง ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องทุกราย กรณีพบปัญหา มีการส่งต่อ/ปรึกษาเจ้าหน้าที่ มีแนวทางการเฝ้าระวังในชุมชน ผลลัพธ์ ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีแหล่งพึ่งพิงลดผลกระทบความปลอดภัยด้านความรุนแรงในชุมชน

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานทางด้านการบริการและเชิงหน้าที่ ก่อน – หลังการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน	ก่อน (ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)	การเปลี่ยนแปลง	
			เพิ่มขึ้น	ลดลง
1. การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของผู้ป่วย	24	93	✓	
2. องค์กรความรู้ของญาติ/อสม./จิตอาสา	65	94	✓	
3. ผู้ป่วยจิตเภทอาการทางจิตกำเริบและ Re - admitted	27	4		✓
4. ความสามารถในการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วย	35	84	✓	
5. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.และทีมสหวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางการดูแล	75	92	✓	
6. ผู้ป่วยซึมเศร้า(รักษาไม่ต่อเนื่อง) ฆ่าตัวตายสำเร็จ	20	6		✓

ตารางที่ 3 ผลทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เปรียบเทียบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ก่อน-หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต

ผลลัพธ์	ก่อน	หลัง	การเปลี่ยนแปลง
1. การเงิน-การคลัง ของครอบครัวผู้ป่วยสุขภาพจิต	21,200 บาท/ราย	14,200 บาท/ราย	ลดลง
2. การช่วยเหลือด้านสวัสดิการต่าง ๆ อาทิ เบี้ยยังชีพ ที่อยู่อาศัย	ร้อยละ 32	ร้อยละ 90	เพิ่มขึ้น

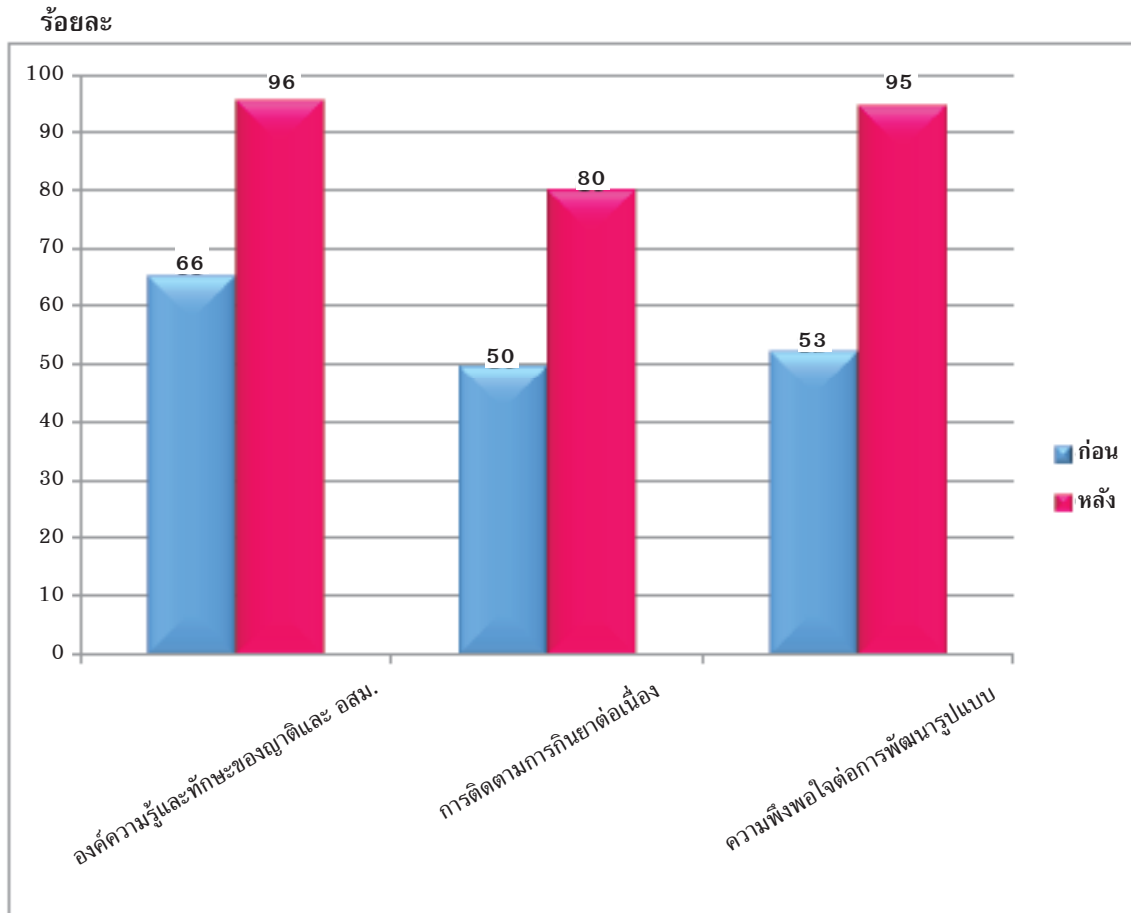
ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยสุขภาพจิต ญาติและเครือข่ายชุมชนเปรียบเทียบทางด้านความพึงพอใจ ก่อน – หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต

ผลลัพธ์	ก่อน (ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)	การเปลี่ยนแปลง
1. กระบวนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย/ญาติ/เครือข่าย	53	95	ระดับดีมาก
2. พฤติกรรมปฏิบัติของผู้ให้บริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วย	59	96	ระดับดีมาก
3. ระดับความพอใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่	55	96	ระดับดีมาก
4. การมีส่วนร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพของทีม/เครือข่าย/ชุมชน	49	98	ระดับดีมาก

ด้านผลลัพธ์ หลังจากนำรูปแบบใหม่มาใช้ มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมและพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวชระดับตำบล/ชุมชน พบว่า ผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่องจำนวน 10 ราย ได้รับการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่องจำนวน 8 ราย ร้อยละ 80 ยังมีผู้ป่วยที่ยังเป็นปัญหาที่ต้องกำกับติดตามดูแลจำนวน 2 ราย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่กลับรักษาซ้ำที่โรงพยาบาล จาก 21,200 บาท เหลือเพียง 14,200 บาท ญาติ/อสม.มีองค์ความรู้และทักษะจาก ร้อยละ 66 เพิ่มขึ้นร้อยละ 96 ระดับความพึงพอใจรูปแบบของผู้ป่วยและญาติจาก ร้อย

ละ 53 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 95 องค์ความรู้และทักษะของญาติ/อสม.เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 96 มีการติดตามการกินยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 80 ผู้ป่วย ญาติ เครือข่าย มีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบจากร้อยละ 53 เป็นร้อยละ 95 (ภาพที่ 1) โดยสรุป รูปแบบการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตในบริบทของ รพ.สต. อ่างนาโหลย แสดงรายละเอียดตามภาพที่ 2

ภาพที่ 1 แสดงผลลัพธ์การพัฒนาารูปแบบและการนำกระบวนการใหม่



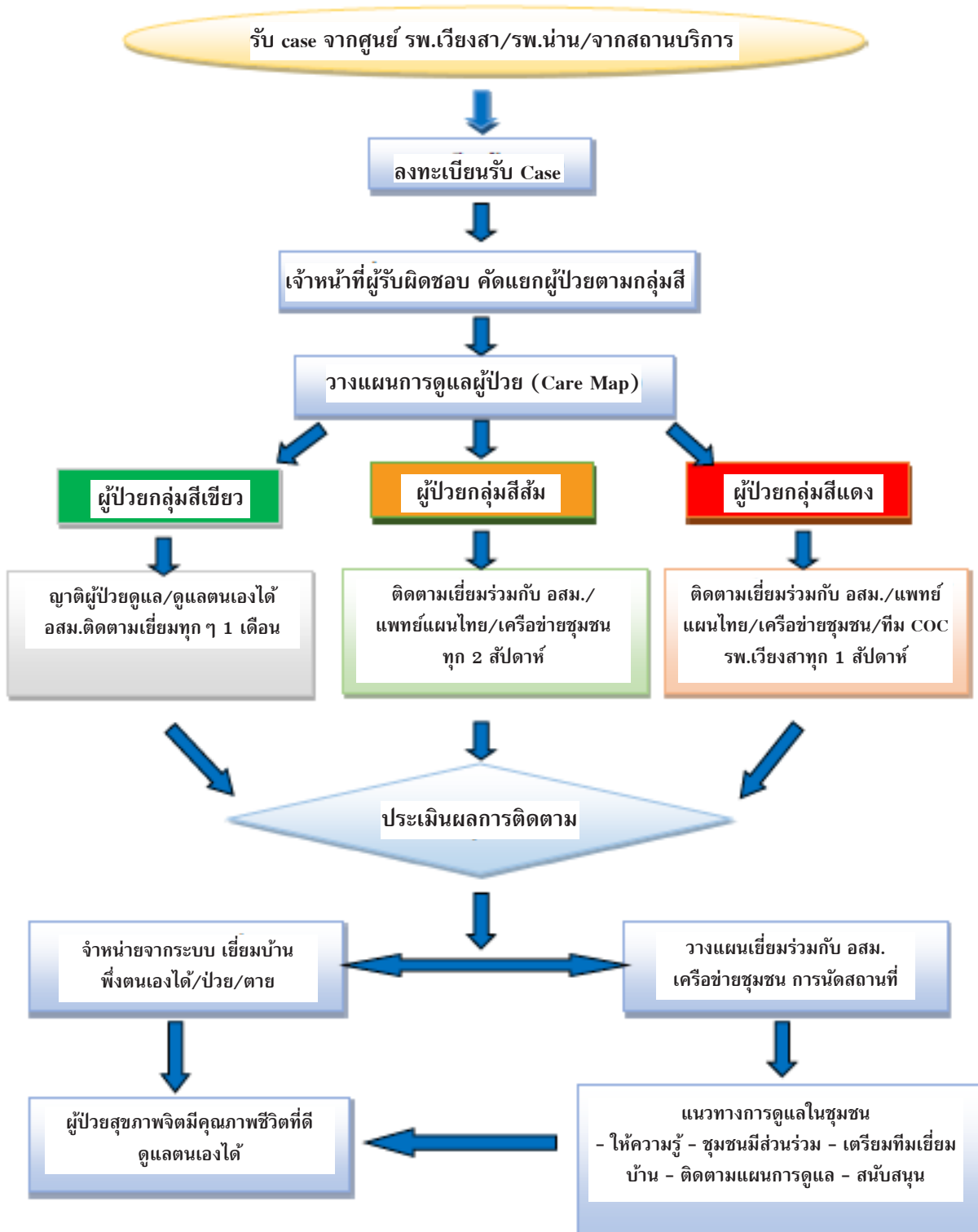
### วิจารณ์

จากผลการดำเนินโครงการ บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เนื่องจากผู้วิจัยได้นำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม AIC<sup>(4)</sup> มาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตโดยประยุกต์เปลี่ยนแปลงในรายละเอียด จากการเขียนหนังสือแสดงความคิดเห็น ทำให้ผู้เข้าร่วมสนทนาได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นร่วมกันมากขึ้น ปัจจัยการดำเนินชีวิตสามารถนำไปสู่การกำเริบของโรค ส่งผลทำให้สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน นำมาสู่การร่วมกำหนดหารูปแบบและหาแนวทางในการแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนได้ดี นอกจากนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนครั้งนี้เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วม

ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การจัดตั้งเป็นทีมเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ ให้ผู้ป่วยสุขภาพจิตเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาระบบโดยสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและชุมชน เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป ซึ่งเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์สาเหตุ ความเสี่ยงในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การขาดผู้ดูแล แล้วนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบการดำเนินงาน การนำระบบสู่การปฏิบัติโดยมีทีมเครือข่ายเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดการดูแลสุขภาพตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ และกำหนดกิจกรรมตามบริบทของผู้ป่วยแบบง่าย ๆ โดยจัดอบรมให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลหรือญาติ จิตอาสา อสม. มีการปรับการดูแลเป็นรายบุคคลโดยปรึกษาหารือและประเมินของพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้การ



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอไผ่



ดูแล การสนับสนุนการดูแลตนเอง มีที่เสี่ยงกำกับให้รับ ประทานยาต่อเนื่อง รวมทั้งให้ความช่วยเหลือ สวัสดิการ ต่าง ๆ ที่อยู่อาศัย การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและลด ความเสี่ยงอันตรายต่าง ๆ และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึง บริการของผู้ป่วยให้เป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว แต่ ไม่ละเลยคุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนา ทักษะการดูแลให้กับผู้ดูแลและอาสาสมัครอย่างเหมาะสม ก็จะสามารถขยายบุคลากรให้กับเครือข่าย ทีมงานในการ ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตได้มากขึ้น สอดคล้องกับโครงการ หลายแห่งที่กำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบัน กฤษนิยากร เตชะ- ปิยะพร<sup>(5)</sup> กระบวนการทำงานเพื่อพัฒนาเครือข่ายการ ทำงานของกลุ่มอาสาสมัคร/จิตอาสาดูแลผู้ป่วยสุขภาพ จิต การจัดให้มีการประชุมเพื่อสรุปการทำงานภายในกลุ่ม และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน ทำให้เกิดการตื่นตัวที่จะให้มีการจัดการดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนและเป็นการขยายเครือ- ข่ายการทำงานให้ครอบคลุม ผลการวิจัยส่วนนี้สอดคล้อง กับผลการวิจัยของบุษยา คำคำ<sup>(6)</sup> ที่ทำการศึกษาเรื่อง การ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หน่วยงาน โรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท พบว่า นำกระบวนการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม AIC มาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต รวมทั้ง พัฒนาระบบการกินยาต่อหน้าในผู้ป่วยวัณโรคมารประยุกต์ ใช้ในการติดตามผู้ป่วย (DOTS) แบบพี่เลี้ยง ทำให้ กำหนดหารูปแบบและหาแนวทางในการแก้ปัญหาการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนได้ดี

### ข้อเสนอแนะและการนำผลการดำเนินโครงการไป ใช้ประโยชน์

แนวทางการนำนวัตกรรมที่เกิดขึ้น สามารถไป ประยุกต์ในการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย จิตเวชที่บ้านโดย “ครอบครัวคู่มือ” ซึ่งเป็นการดูแลแบบ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน รวมทั้งพัฒนา ระบบการกินยาต่อหน้าในผู้ป่วยวัณโรคมารประยุกต์ใช้ในการ ติดตามผู้ป่วย (DOTS) แบบพี่เลี้ยง<sup>(4)</sup> โดยการมีส่วน

ร่วมของครอบครัวและเครือข่ายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน ชุมชน โดยกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสม วางเป้าหมายร่วมกัน ให้ความสำคัญในการสร้างแรง จูงใจ ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและใกล้ชิด จากบุคคลในครอบครัวและ อสม. ซึ่งเป็นผลมาจากการ พัฒนาความรู้ ทักษะทีมหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ความร่วมมือจากผู้นำชุมชนที่มองปัญหาของผู้ป่วยเป็น ปัญหาร่วมกันของชุมชนที่ทุกฝ่ายในชุมชนต้องร่วมมือกัน แก้ไข การสนับสนุนด้านนโยบายและงบประมาณจาก ผู้บริหาร ผู้นำชุมชนและ อบต. เกิดการสร้างเครือข่าย พี่สอนน้องและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนมีการนำระบบ ไปประยุกต์ใช้กับการแก้ไขปัญหาอื่น ๆ และขยายผล ไปใช้ในพื้นที่รพ.สต.อื่น

### บทเรียนที่ได้รับ

1. การดำเนินงานในลักษณะกระบวนการเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วมระหว่างทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน และเครือข่าย ตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ ปัญหา จนนำไปสู่แนวทางแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องตามสภาพ ที่เป็นจริง สู่การทำงานเชิงรุกด้วยจิตอาสาของเครือข่าย อย่างต่อเนื่อง โดยร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตระหนักในปัญหา ร่วมติดตาม อบต.สนับสนุนทีมวิชาการ สวัสดิการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อที่สอดคล้องกับแผนการ จัดบริการ (service plan) อำเภอเวียงสา และมีผลสัมฤทธิ์ ตามวัตถุประสงค์

2. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย สุขภาพจิตในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการต่อเนื่อง ทั้ง ในคลินิกบริการ และการเยี่ยมบ้านในชุมชน เป็นการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ที่เหมาะสมกับ บริบทของชุมชน

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจน มีประสิทธิ- ภาพ บุคลากรสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นระบบและ

มีคุณภาพมากขึ้น

2. การมีส่วนร่วมและการตระหนักในการดูแลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวช และญาติผู้ป่วย
3. การมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย
4. การสนับสนุนของผู้บริหารท้องถิ่นต่องานสุขภาพจิตภาคประชาชน

### กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินโครงการครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่าวนาไลยทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ป่วย และภาคีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานครั้งนี้ และขอขอบคุณ ดร.อิสราภาพ มาเรื่อน คุณฉลองชัย สิทธิ-วัง ที่ให้ความรู้ และสนับสนุนการดำเนินงานโครงการครั้งนี้อย่างยิ่งตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นโครงการ

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: แสงจันทร์การพิมพ์; 2559.
2. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 12 พ.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://www.sorpsor.com/component/dropfiles/?task=frontfile.download&id=686>
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่าวนาไลย. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี. น่าน: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ; 2559.
4. โรงพยาบาลปลาปาก. การพัฒนารูปแบบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. นครพนม: โรงพยาบาลปลาปาก; 2556.
5. กฤษิยากร เตชะปิยะพร. การวิจัยและพัฒนางานวิชาการ (R&D) อบรมหลักสูตรการวิจัยและพัฒนางานวิชาการ (R&D). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2555.
6. บุชญา คำคำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท. วารสารวิชาการ R2R แห่งประเทศไทย 2558;1:12-3.

**Abstract:** Enhancing an Accessibility of Services for Mental Health Patients in Community by Applying AIC Process in the Context of Ainalai Health Promoting Hospital, Wiangsa District, Nan Province

**Jongruck Jaijun, B.N.S.\*; Sadet Thalue, B.P.H.\*; Supawadee Chan-in, B.P.H.\*; Siriporn Kuna, B.N.S.\*; Junpen Kum-oun, B.P.A.\*\*; Akarin Nojit, B.A.\*\***

*\* Ainalai Health Promoting Hospital, Wiangsa District, Nan Province; \*\* Ainalia Subdistrict Administration Organization, Wiangsa District, Nan Province, Thailand  
Journal of Health Science 2019;28(Suppl 1):S76-S87.*

This project aimed to enhance an accessibility of services for mental health patients in community by applying AIC process in the context of the Ainalai health promoting hospital, Wiangsa district, Nan province. The participants of project consisted of 45 mental health patients and 20 patients who were chronically ill with discontinued treatment over 2 years. The project was implemented based on the participatory learning process, AIC (Appreciation-Influence-Control), which consists of an exchanging experiences, evaluation of treatment for mental health patients and registration of psychiatric patients. In addition, the project was assessed by the evaluation of daily activities and the patients' satisfaction. Data were collected from October 2015 to September 2016; and were analyzed by using frequency, percentage and qualitative analysis. It was found that there were three problems at the beginning of the project. The first aspect was on the service. The identified problems included the lack of systematic database, the unclear standard for care, and infrequent follow up of patients' symptom. The second aspect was on the patients and their caregivers. They had low level of knowledge about mental illness and limited skills to take proper care of patients. For the third aspect, there was a lack of cooperation from the community and local organizations. After implementing the model, 95% of village health volunteers, patients and their relatives had obtained proper psychiatric knowledge and skills for coping with psychiatric problems; and among 10 patients with irregular treatment, 8 were closely follow-up and 2 were provided with directly observed treatment (DOTS). Satisfaction on the project was observed among 95% of patients and their relatives. In conclusion, the key success factors of the project were the effective coordination among stakeholders, information sharing with patients and their care givers, the active roles of village health volunteers, community leaders, and networking partners from both in and out side the area. This could lead to an increase of quality, accessibility, continuity and sustainability of the services.

**Keywords:** enhancing model, accessibility of mental health services, AIC process