

## การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

สุกัญญา ละอองศรี, ส.ม.<sup>1</sup>

บัววรรณ ศรีชัยกุล, ปร.ค.<sup>2</sup>

นพดล พิมพจันทร์, ปร.ค.<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของญาติหรือผู้ดูแลขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสวรรค์ ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 35 คน กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม กิจกรรมการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยการสนทนากลุ่ม และดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2558 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชแบบสอบถามและแบบทดสอบความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้ Paired sample t-test, Stuart and Maxwell Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมมี 4 ด้านคือ ด้านประชาชน ด้านภาคีเครือข่าย ด้านกระบวนการ และด้านการพัฒนาและเรียนรู้ การประเมินผลหลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.65$ ,  $SD. = 0.42$ ) และความรู้อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 16.40$ ,  $SD. = 1.61$ ) ซึ่งโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และ ผลการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชหลังการพัฒนาผู้ป่วยจิตเวชมีคะแนนการประเมินสมรรถภาพเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.368$ ) ปัจจัยความสำเร็จ เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกมาตรการ และใช้มาตรการนั้นภายในชุมชน และยังมีการดำเนินกิจกรรมเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวช ร่วมกันในชุมชนอย่างจริงจัง

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบ, การดูแล, ผู้ป่วยจิตเวช, การมีส่วนร่วม

<sup>1</sup> นิติติปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>3</sup> นักวิชาการสาธาณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธาณสุขจังหวัดสุรินทร์

## **The Development of Care Model for Psychiatric Patients in the community Tambon Phai, Rattanaaburi District, Surin Province**

*Sukanya Laongsri, M.P.H.<sup>1</sup>*

*Buavaroon Srichaikul, Ph.D.<sup>2</sup>*

*Noppadol Pimchan, Ph.D.<sup>3</sup>*

### **Abstract**

Psychiatric care for patients in the community was mainly of relatives or caregivers, but also a lack of community involvement in patient care. This research aimed to develop a psychiatric patient's care model in the community, in the catchment area of Baankonsawan Tambon Health Promoting Hospital, Tambon Phai, Rattanaaburi district, Surin province. Thirty-five samples were purposive from the group of people who were involved in taking care of psychiatric patients in the community. Four steps of action research (planning, action, observation and reflection; PAOR), community participation and focus groups were used in the process of research methodology. All of the samples participated in the planning activities and joined in four processes of action research. This study was conducted from March to August 2015. The data were collected using the performance of patients with a psychiatric assessment form, questionnaires and knowledge assessment. The qualitative data was analyzed by a content analysis method. The quantitative data was analyzed by descriptive statistics. Paired sample t-test and Stuart Maxwell test were used to compare the results before and after the developed model, and the level of statistical significance is 0.05. The research found that the psychiatric patients' care model in the community consisted of 4 parts; 1) people in the community, 2) the parties to the network, 3) the processing, and 4) the developing and learning. After evaluation, the development patterns, it found that the mean difference score of samples practical patient care psychiatry and knowledge were in good levels, which the overall increase significantly from before the development ( $p < 0.05$ ). Psychiatric patients' performance evaluation scores after the development of psychiatric patients' model increased but not statistically significantly ( $p$ -value = 0.368). The key success factors of the care model development for psychiatric patients consisted of the results from the participation of the community in the design and implementation of action within the community. There are also conducting psychiatric patient care network sharing in the community very seriously.

**Keyword:** The Development, Care, Psychiatric, Participatory

---

<sup>1</sup> Student of Master of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

<sup>2</sup> Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

<sup>3</sup> Public Health Technical Officer, Professional Level, Surin Provincial Public Health Office

## บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวชหมายถึงผู้ที่มีอาการทางจิตหรือพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมานหรือมีความบกพร่องในกิจวัตรต่างๆ มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและสติสัมปชัญญะ ส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ผู้ป่วยจิตเวชมี 3 ระดับ ตามการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของสมพร รุ่งเรืองกิจและคณะ (2547) ดังนี้ ระดับที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ครอบคลุมความสงบของผู้อื่นหรืออยู่ตามลำพังไม่ยุ่งกับใคร ระดับที่ 2 ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาปานกลาง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้างแต่ยังมีอาการทางจิตเหลืออยู่ ระดับที่ 3 ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลามาก พึ่งตนเองได้หรือประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้และอาจช่วยเหลือผู้อื่นได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนได้อย่างปกติเป็นผู้ป่วยระดับที่ 3 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันเน้นการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวโดยเร็วที่สุด รวมถึงการลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นลง ทำให้ผู้ป่วยระดับที่ 2 และ 1 ต้องมาอยู่ในชุมชนเร็วกว่ากำหนดส่งผลให้สังคมมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความรู้สึกด้อยในคุณค่าตนเอง ขาดความมั่นใจ รู้สึกว่าสังคมรอบตัวไม่ยอมรับ เกิดการแยกตัวจากสังคมเป็นภาระให้ครอบครัวมากขึ้น (อภิชาติ อภิวัฒน์พร, 2556) โรคจิตเวชแบ่งออกได้หลายประเภท โดยถือเอาสาเหตุและอาการเป็นตัวกำหนดโรคนั้นๆ โรคจิตเวชที่พบบ่อยได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคกังวลทั่ว โรคออทิซึม ความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติดและโรคสมองเสื่อม แต่โรคจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคจิตเภท ซึ่งพบร้อยละ 1 ของประชากร ผู้ป่วยจิตเวชมีสาเหตุทั่วไปของ

การเกิดโรคคือ 1) พันธุกรรม มักพบว่าญาติที่มีผู้ป่วยเป็นโรคจิตเวชมักจะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าบุคคลอื่นทั่วไป และ 2) พื้นอารมณ์ที่ติดตัวมาของบุคคล ซึ่งจะมีผลต่อสภาพจิตใจและบุคลิกภาพ

ข้อมูลของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชในระดับประเทศพบว่าในปี พ.ศ.2552 – 2556 มีอัตราป่วย 2,266.01, 2,346.22, 2,608.85, 2,848.52 และ 2,977.14 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอัตราผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน กล่าวเฉพาะในจังหวัดสุรินทร์มีอัตราป่วยในช่วงเวลาเดียวกันคือ 3,718.13, 5,033.51, 4,667.14, 2,272.76 และ 1,495.40 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ แม้ว่าอัตราป่วยของผู้ป่วยจิตเวชในช่วงเวลาดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง แต่ก็มีความรุนแรงของปัญหา คือ อัตราการฆ่าตัวตายที่สูงถึง 6.77 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเกินเกณฑ์ที่ประเทศกำหนด คือ 6.30 ต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2557) ปัญหาสุขภาพจิตไม่ใช่ปัญหาเฉพาะบุคคลและครอบครัวเท่านั้นแต่มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมได้แก่ สูญเสียทรัพยากรบุคคลเกิดปัญหากับสังคม (กษมา พลดวงนอก, 2551) และสูญเสียงบประมาณทั้งในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาเป็นเวลานานโดยผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยจึงต้องเป็นภาระของรัฐบาลและได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐอย่างมาก (สการรัตน์ พวงลัดดา, ชนกานต์ เนตรสุนทร, สุจินต์ จิตพิเชษฐกุล และจันทร์ ยี่สุนศรี, 2556) ถ้าชุมชนมีส่วนร่วมแล้วจะทำให้ผลกระทบเหล่านี้ลดลง ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น และอาจส่งผลอัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง

ปัจจุบันอำเภอรัตนบุรีจังหวัดสุรินทร์มีผู้ป่วยจิตเวชรวม 436 คน (โรงพยาบาลรัตนบุรี, 2557) คิดเป็นอัตราป่วย 484.44 ต่อประชากรแสนคนในจำนวนนี้ 19 คน (คิดเป็นอัตราป่วย 514.48 ต่อประชากรแสนคน) อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสวรรค์ (รพ.สต.) ซึ่งพบผู้ป่วยจิตเวชขาดยาฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 1 คน ในปี พ.ศ.2556 พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 1 คน ในปี พ.ศ.2557 ผู้ป่วยถูกล่ามขัง จำนวน 1 คน และผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้รับการรักษาจำนวน 3 คน ในจำนวน 4 หมู่บ้าน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสวรรค์, 2557) กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของสถานบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอรัตนบุรี คือ 1.เมื่อรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนแล้วโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านปีละ 1 ถึง 2 ครั้งตามความจำเป็น 2.โดยมีญาติเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในการรับประทานยาในแต่ละวัน และ 3.พบแพทย์ ตรวจรับยาตามนัดซึ่งผลการดำเนินงานด้วยกระบวนการดังกล่าวยังพบผู้ป่วยขาดยาขาดคนดูแล ทำให้มีอาการกำเริบในระดับ รพ.สต.ไม่มีพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต เจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานน้อย ชุมชนไม่ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่คิดว่าเป็นปัญหาของชุมชน การประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องไม่ได้รับความร่วมมือจากข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสวรรค์ พบว่าในปี 2556 มีผู้ป่วยที่ขาดยาทำให้อาการกำเริบฆ่าตัวตาย จำนวน 1 คน และอีก 1 คนอาการกำเริบเอะอะ อาละวาด และส่งตัวไปรับการรักษาโรงพยาบาลรัตนบุรี จำนวน 2 ครั้งในผู้ป่วยคนเดิม การขาดยาอาจเป็นผลมาจาก 1.อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่

เพียงพอที่จะติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 2.ญาติผู้ป่วยไม่มีการประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วย 3.ไม่มีเครือข่ายในการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจนเพื่อให้ความรู้และนำการใช้จ่ายในปี 2557 รพ.สต.บ้านคอนสวรรค์ได้ทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มโรคทางจิตเวชในทุกหมู่บ้านจำนวน 4 หมู่บ้าน ได้รับการเยี่ยมบ้านแล้วทั้งสิ้น 14 รายส่วนอีก 5 รายไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านคิดเป็นร้อยละ 73.68 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสวรรค์, 2557) รพ.สต.บ้านคอนสวรรค์รับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้านมีปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรุนแรงและแตกต่างกันดังนี้ คือ บ้านคอนสวรรค์หมู่ 5 เป็นหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากที่สุด บ้านคอนสวรรค์ หมู่ที่ 10 มีผู้ป่วยฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยขาดยาจนอาการกำเริบ บ้านนาอุดมหมู่ที่ 7 พบผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคอื่นร่วมด้วยไม่มีผู้ดูแล และบ้านสี่เหลี่ยมหมู่ที่ 6 พบผู้ป่วยจิตเวชถูกล่ามขัง ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา โดยเฉพาะบ้านสี่เหลี่ยม หมู่ที่ 6 มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากที่สุด คือ 11 คนสาเหตุมาจาก แอลกอฮอล์ ยาเสพติด การหย่าร้าง และอื่นๆ

นอกจากนี้ผลการสำรวจเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ขณะเยี่ยมบ้านเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ป่วย พบว่า 1.ญาติผู้ป่วยต้องการให้อสม. ผู้นำชุมชน อปท. และกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยช่วยเหลือด้านสังคม ด้านการรักษา การป้องกันกำเริบเป็นซ้ำ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ป่วย 2.ญาติผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนเครื่องมือที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและ 3.ญาติยังมีทัศนคติไม่ดีต่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนส่วนใหญ่เป็น

หน้าที่ของญาติแต่ยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยซึ่งถ้าชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้การบำบัดรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีอาการทุเลาลง (ประไพพร บัวคอม, 2552)

ผลจากการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านต่างๆ ได้แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทิศทางที่ดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำหรืออาการกำเริบลงได้ (ประไพพร บัวคอม, 2552) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทำให้ชุมชนมีแผนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแต่ละกลุ่มอาการตามความรุนแรง (สุทธิศักดิ์ นรดี, 2555)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนประกอบกับข้อมูลการศึกษาเชิงสำรวจสะท้อนให้เห็นว่าในชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเห็นได้จากการที่ญาติผู้ป่วยต้องการให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เช่น อสม. ผู้นำชุมชน อปท. เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้การรักษาประสบผลสำเร็จและการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในการค้นหาวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพจิตการสร้างแนวทางการพัฒนาและจัดทำแผนดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนซึ่งจะส่งผลให้เกิดการจัดกรร่วมกันของคนในชุมชนจนส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการดำรงชีวิตประจำวัน ลดภาระค่าใช้จ่ายในระดับครัวเรือน และประเทศชาติ จึงควรมีรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสวรรค์ ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

### วัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

- 1) เพื่อศึกษาบริบทของชุมชน สภาพปัจจุบันปัญหาและความต้องการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
- 2) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
- 3) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
- 4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ได้แก่การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล **พื้นที่ดำเนินการวิจัย** คือ ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านคอนสวรรค์ ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ญาติผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.)

และผู้ นำตามธรรมชาติในชุมชน

2) เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลสุขภาพจากทุกภาคส่วนเป็นแกนนำชุมชนในหมู่บ้าน สัมครใจ และสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้จนครบกระบวนการได้จำนวน 35 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 3 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน 10 คน อสม. 17 คน ญาติผู้ป่วย 11 คน และผู้นำทางธรรมชาติในชุมชน 3 คน

3) หมู่บ้านที่ดำเนินการวิจัยเป็นหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยจิตเวชขาดยาไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องพยายามฆ่าตัวตาย คือ บ้านสี่เหลี่ยม หมู่ที่ 6 ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและควมมีคุณค่าของผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอนการวิจัย การดำเนินงานวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือคุกคามต่อร่างกาย จิตใจและวิญญาณผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา ให้โอกาสซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย การยินยอมร่วมวิจัย และงานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 0063/2558

### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ซึ่งดัดแปลงประเด็นคำถามจากงานวิจัยของสุทธิศักดิ์ นรดี (2555) แบบบันทึกสังเกตการปฏิบัติงานใช้ในการสังเกตการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอนและสังเกต

พฤติกรรมผู้เข้าร่วมประชุมของการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่

2.1) แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วน 1 ข้อมูลคุณลักษณะของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และตำแหน่งหรือหน้าที่ในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน เป็นลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนตามระดับการปฏิบัติ 3 ระดับคือระดับมาก ระดับปานกลางและระดับน้อย (รัศมีพันธ์ลาภ, 2545 อ้างอิงจาก Best, 1977)

2.2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจำนวน 20 ข้อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากการวัดคะแนนระดับความรู้ Learning for Mastery ของ Bloom (1968)

2.3) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยจิตเวช มี 2 ส่วน คือ แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชใช้แบบประเมินของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2547) และแบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านดัดแปลงจากแบบรายงานการดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชนจากงานวิจัยของสุทธิศักดิ์ นรดี (2555)

### การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือโดยการศึกษาแนวคิดทฤษฎีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสร้างข้อ

คำถามตามขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนตามกรอบแนวคิดการวิจัยและให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเครื่องมือและโรคทางจิตเวช จำนวน 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความสอดคล้องเชิงโครงสร้างและเนื้อหาปรับปรุง และทดลองใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อสม. และผู้นำชุมชนในพื้นที่ที่มีความใกล้เคียงกันทางด้านประชากรได้แก่พื้นที่บ้านคอนสวรรค์ หมู่ 10 ตำบลไฟ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ดังนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.79 ด้านความรู้เรื่องโรคจิตเวชและการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.73 ในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์โดยยึดเทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation Techniques) ทั้งทางด้านข้อมูล (Data) ด้านผู้ศึกษา (Investigator) และด้านวิธีการ (Methodological)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

1) ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ทำการคัดเลือกชุมชนและศึกษาชุมชนเพื่อให้ผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชนและเป็นการยืนยันว่าชุมชนที่เลือกศึกษามีปัญหาเรื่องผู้ป่วยจิตเวชจริงประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องบูรณาการนักวิจัยเข้ากับชุมชนโดยการเข้าไปทาความคุ้นเคยเรียนรู้ขนบธรรมเนียมประเพณีของชาวบ้านสภาพเศรษฐกิจผู้นำและประวัติศาสตร์ของชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น

ของหมู่บ้านจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเตรียมทีมผู้ร่วมวิจัย และทำความเข้าใจกับเครื่องมือโดยเฉพาะข้อคำถาม การสนทนากลุ่มอย่างละเอียดก่อนแท้เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนและตรงกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ร่วมวิจัย

2) ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นการใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม เพื่อระดมสมองเลือกวิธีการที่ดีที่สุดในการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการจัดกิจกรรมปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่อบรมให้ความรู้, ประชาสัมพันธ์ในชุมชน, การสร้างและดำเนินงานของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวช, ระบบการจัดเก็บข้อมูล, ระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด, การจัดระบบการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing) เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์การนิเทศตรวจเยี่ยมสนับสนุนให้คำแนะนำเก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรมโดยผู้วิจัยและทีมร่วมวิจัยเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator) และร่วมประชุมผลการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เป็นการสะท้อนผลในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในวงรอบการสนทนา

กลุ่มย่อย (Focus Group) และสัมภาษณ์ (Interview) เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ นอกจากนั้นยังเพื่อนำข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไขและจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วมกันและเป็นแนวทางในการปรับแผนใหม่

3) ระยะที่ 3 การสรุปและประเมินผลทำการทดสอบหลังการพัฒนากับกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย ประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้จัดสร้างขึ้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้ และการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนก่อนและหลังการพัฒนา ใช้สถิติ Paired sample T-test นำเสนอผลต่างค่าเฉลี่ย และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95%CI) และการเปรียบเทียบผลการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช 3 ระดับก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ Stuart Maxwell test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

## ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า

ระยะเตรียมการจากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า

1. บริบทของชุมชนจากการศึกษาสภาพบริบทของบ้านสี่เหลี่ยม ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า มีประชากร 1,176 คน 208 หลังคาเรือน ร้านค้า 6 ร้าน โรงเรียนประถมศึกษา 1 แห่ง วัด 1 แห่ง สถานะด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 11 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 46 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน

จำนวน 8 คน ผู้พิการทุกประเภท จำนวน 19 คน (คิดเป็นอัตราป่วย 935.37, 3,911, 680.27, 1,615.65 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ) และแยกเป็นผู้พิการทางจิตใจและพฤติกรรม จำนวน 11 คน ยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางจิตใจและพฤติกรรม จำนวน 3 คน ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับญาติ และ อสม. ที่รับผิดชอบหลังการเฝ้าระวังนั้นๆ นโยบายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับจังหวัดและอำเภอ มุ่งเน้นในด้านการป้องกันไม่เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชในกลุ่มต่างๆ ส่วนด้านการรักษานั้นแพทย์และพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งมุ่งเน้นการใช้ยาในการรักษาบำบัด ด้วยจำนวนจิตแพทย์ที่ไม่เพียงพอต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลรัตนบุรีไม่มีจิตแพทย์ ไม่มีพยาบาลจิตเวชชุมชน เฉพาะทาง ส่งผลให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกมิติในการรักษานั้นเป็นไปได้ยาก จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีโอกาสเกิดอาการกำเริบจากการขาดยา คิดทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่น จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาาร่วมกันเห็นได้ว่าปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดขึ้นนั้นมีปัจจัยหลายด้านไม่ว่าจะเป็น 1) ด้านบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการดูแลไม่เพียงพอ ภาระงานมาก ขาดการติดตามงาน 2) ด้านเครือข่าย เครือข่ายที่สนับสนุนและร่วมทำงานมีน้อย ไม่ต่อเนื่อง ไม่ให้ความสำคัญ ไม่คิดว่าเป็นปัญหาของชุมชน 3) ด้านงบประมาณ ขาดการสนับสนุนงบประมาณจากชุมชน 4) ด้านระบบ/วิธีการ ขาดการสื่อสารที่ดีกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง การประสานงาน ขาดการกินข้อมูลสู่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. บริบทด้านประชากร จากการประเมินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนด้านความรู้โดยใช้แบบทดสอบความรู้โรคจิตเวชและการดูแล

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน และแบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ระดับความรู้ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 15.49$ ) ระดับการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนา รวม 4 ด้านอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 1.55$ ) ผู้ป่วยจิตเวชระดับที่ 1 ก่อนการพัฒนาจำนวน 2 คน

### ระยะดำเนินการพบว่า

1. ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมโดยเริ่มจากการนำข้อมูลจากการศึกษาบริบทและสภาพปัญหา นำเสนอให้ชุมชน ผู้เกี่ยวข้องในการทำวิจัยทราบ เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหามากยิ่งขึ้น ได้แลกเปลี่ยนแนวความคิดและมุมมองสรุปได้ว่าชุมชนและภาคีเครือข่ายต้องช่วยกันในการแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับกระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ปรับทัศนคติต่อผู้ป่วย มีการประชุมจัดทำแผนในการดำเนินงานโดยการประยุกต์ใช้การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนปฏิบัติงาน ทำให้เกิดแผนการดำเนินงานในระดับพื้นที่

2. การให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักต่อสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต.และพยาบาลจิตเวชประจำโรงพยาบาลและจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

3. การสร้างเครือข่ายมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและญาติทุกสัปดาห์ในผู้ป่วยที่มีผลการประเมินสมรรถภาพระดับ 1 และทุกเดือนในผู้ป่วยระดับ 2 และ 3 สร้างเครือข่ายในชุมชนในการติดตามผู้ป่วยขาดนัดรับยาจัดทำแผนเยี่ยมบ้านโดยเครือข่าย ปัญหาที่พบคือการขาดทักษะในการเยี่ยมบ้านและการดูแลของทีมเครือ

ข่าย จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาในวงรอบต่อไป

สรุปผลการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า ความรู้หลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีระดับความรู้ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=16.40$ ) โดยมีคะแนนผลต่างค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น .91 คะแนน (95%CI .48-1.38) การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์บางส่วนเข้าใจว่าเป็นหน้าที่รับผิดชอบของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ยังขาดทักษะในการปฏิบัติ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าแต่ก็ต้องเรียนรู้ “เพราะผู้ป่วยก็เป็นลูกหลานในชุมชนของเรา อนาคตอาจเป็นตัวเรา ลูก หลานหรือญาติพี่น้องเราก็ได้” ระดับการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนา อยู่ในระดับมากในทุกด้าน ( $\bar{X}= 2.65$ ) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.10 คะแนน (95%CI0.87-1.32) ด้านที่มีระดับการมีส่วนร่วมเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านภาคีเครือข่าย ( $\bar{X} = 2.75$ ) รองลงมาคือด้านการจัดกระบวนการและด้านประชาชน ( $\bar{X} = 2.67, 2.63$ ) และด้านที่มีระดับการมีส่วนร่วมเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านการเรียนรู้และพัฒนา ( $\bar{X} = 2.53$ ) สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชหลังการพัฒนาแตกต่างจากก่อนการพัฒนาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.368) โดยผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น 2 คนคือ ผู้ป่วยที่มีผลการประเมินอาการอยู่ในระดับ 1 เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยที่มีผลการประเมินอาการอยู่ในระดับ 2 จำนวน 1 คน และผู้ป่วยที่มีผลการประเมินอยู่ในระดับ 2 เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยที่มีผลการประเมินอาการอยู่ในระดับ 3 จำนวน 1 คน

### ระยะสรุปผลและประเมินผลพบว่า

เมื่อดำเนินการตามกิจกรรม/แผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้เรียบร้อยแล้ว ได้มีการประเมินและถอดบทเรียนสรุปค่าสำคัญเพื่อนำไปสู่รูปแบบหรือแนวปฏิบัติที่ดีของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน บ้าน

สี่เหลี่ยม ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ คือ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน การมีกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชน การเครือข่ายติดตามเยี่ยมบ้าน การสร้างกฎเกณฑ์มาตรการทางสังคม การประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วย ระบบเตือนติดตามผู้ป่วยขาดนัด การสนับสนุนด้านงบประมาณในการดำเนินงานจากกลุ่ม กองทุนต่างๆ ทั้งในและนอกชุมชน

### อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นผลให้ชุมชนร่วมกันดำเนินกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเกิดความสำเร็จ การจัดกิจกรรมให้ฝึกปฏิบัติด้วยการมีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินการ และติดตามประเมิน จะส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับสภาวะ ทัศนคติ วัฒนธรรม ได้ อธิบายไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจากทุกฝ่าย

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เน้นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยเริ่มจากการพูดคุยกลุ่มย่อยแล้วขยายตัวเป็นเครือข่าย แจ้งให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าใจ นัดพบปะพูดคุยกันครั้งแรกเพื่อเตรียมการวิจัย ค้นหาปัญหาเลือกกลุ่มเป้าหมายที่ตรงกับสิ่งที่คาดหวังให้เกิดขึ้น สร้างแนวความคิดที่ตรงกันพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาไปด้วยกันแต่ละคนเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ เก็บรวบรวมข้อมูลค้นหาศักยภาพของกลุ่มเป้าหมายที่มีอยู่เดิมทำให้

เกิดความคาดหวังอยากจะทำกิจกรรมของตนเอง สอดคล้องกับสุทธิศักดิ์ นรดี (2555) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมโดยประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ร่วมกับการสนทนากลุ่มย่อย ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่การวางแผน การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล ส่งผลให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั้ง 4 ด้าน และสอดคล้องกับการวิจัยของนัยนา ดวงศรี(2551) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน พบว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนและแกนนำชุมชนมีความสามารถในการระบุปัญหาการดูแลและการค้นหาวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนโดยการจัดตั้งเครือข่ายการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล ซึ่งหลังดำเนินการทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนได้รับการดูแลดีขึ้นครอบครัวและชุมชนให้การยอมรับและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น

ด้านความรู้พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมหลังการพัฒนาเมื่อนำมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าความรู้เรื่องโรคจิตเวชและการดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กิจกรรมที่มีผลทำให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ คือ การอบรมให้ความรู้รูปแบบการสอนแบ่งกลุ่มย่อยไม่เกิน 10 – 12 คน ระหว่างการสอนสามารถซักถามได้ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงการ นำไปสู่การหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นแนวทางเดียวกัน มีความสอดคล้องกับการวิจัยของบัวทอง สदान (2556) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนกรณีศึกษาโยการประชุมเชิงปฏิบัติการ การให้ความรู้พบว่าแกนนำสามารถคัดกรองผู้ป่วยและจัดลำดับ

ความสำคัญผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ซับซ้อนได้ ส่งผลให้ง่ายต่อการจัดการดูแลที่เหมาะสม

ด้านการมีส่วนร่วม พบว่า ผลการศึกษาหลังการพัฒนา เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับผลการศึกษาของประไพพร บัวคอม (2552) และกรองจิต วลัยศรี (2551) การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีอาการทุเลาลงได้

ด้านการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผลการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชหลังการพัฒนา มีความแตกต่างจากก่อนการพัฒนาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ,  $p = 0.368$ ) สอดคล้องกับการวิจัยของสุทธิศักดิ์ นรดี (2555) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในการจัดทำแผนการจัดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กลุ่มเป้าหมายมีแผนปฏิบัติการและรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมคือการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น หรือเปลี่ยนระดับ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงปัจจัยและผลกระทบที่มีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และควรศึกษาหาแนวทางการสร้างความยั่งยืนของโครงการที่ได้จากการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมและการวิจัยเชิงปฏิบัติการให้มีความต่อเนื่องเกิดความยั่งยืนต่อไป

2. ควรศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการดำรงชีวิตในระดับที่ 1 หรือผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อให้ทราบถึงปัญหาของการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล และนำข้อมูลจากผู้ป่วยแต่ละบุคคลมาวิเคราะห์ร่วมกันในชุมชนหรือเครือข่ายเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.บัววรรณ ศรีชัยกุล และดร.นพดล พิมพ์จันทร์ ที่กรุณาให้ปรึกษาคำแนะนำตรวจสอบช่วยแก้ไขข้อบกพร่องในงานวิจัยจนสำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2552). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยอาสาสมัครสาธารณสุข/แกนนำชุมชน*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กรองจิต วลัยศรี. (2551). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- กษมา พลดงนอก. (2551). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยรูปแบบสถานฟื้นฟูเวลากลางวัน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2557). *รายงานผู้ป่วยสุขภาพจิตประจำปี โรงพยาบาลรัตนบุรี*. สุรินทร์: โรงพยาบาลรัตนบุรี.

- งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสวรรค์. (2557). รายงานผู้ป่วยสุขภาพจิตประจำปี. สุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์.
- นัยนาดวงศรี. (2551). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร(วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต).มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- บัวทอง สถาน. (2550). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์จังหวัดชัยภูมิ (การศึกษาอิสระปริญญาโท บัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ประไพร บัวคอม. (2552). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี(วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ปัทมพร พันธุ์จุ่ม. (2551). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน : กรณีศึกษาตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (การศึกษาอิสระปริญญาโท บัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สกาวัฒน์ พวงลัดดา, ชนกานต์ เนตรสุนทร, สุจินต์ จิตพิเชษฐกุล และจันทร์ ยี่สุนศรี. (2556). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากรณีศึกษาผู้ป่วยนอก. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 27(2), 126-142.
- สมพร รุ่งเรืองกิจและคณะ. (2547). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สุทธิศักดิ์ นรดี. (2555). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลคู่อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สุภางศ์ จันทวานิช. (2553). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 17). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชาติ อภิวัฒน์พร. (2556). การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในจังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 21 (2), 131-137.