

## กลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดอุดรธานี

อรัญญา สุริยะจันทร์\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชาชน และกรณีศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนหนองบัว เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ศึกษาสำรวจจังหวัดอุดรธานีและกรณีศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนหนองบัว 1-7 ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมืองอุดรธานี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2561 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 85 คน เครือข่ายชุมชน จำนวน 235 คน ประชาชน จำนวน 348 คน และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 5 คน โดยใช้แบบสอบถาม SWOT analysis ข้อมูลบริการ แบบสอบถามการมีส่วนร่วม แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิต ( $\alpha = 0.91$ ) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกกรณีศึกษาผู้ดูแล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสรุปเนื้อหา และวิเคราะห์สรุปแบบสามเส้า (Triangulation)

ผลการศึกษาพบว่า กลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ 1) กลยุทธ์เสริมจุดแข็งและโอกาสโดยพัฒนาศักยภาพบุคลากร กำหนดแนวทางคุณภาพการจัดบริการ 2) กลยุทธ์การพลิกตัว โดยทำให้ความรู้การดำเนินงานสุขภาพจิตแก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และญาติ 3) กลยุทธ์การแตกตัวหรือขยายขอบข่าย โดยให้ อสม.หรือแกนนำชุมชน ประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในชุมชน และคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิต 4) กลยุทธ์การตั้งรับ โดยการประชาสัมพันธ์ สายด่วนสุขภาพจิต 1323 จัดตั้งกลุ่มให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ และประสานงาน และ 5) กลยุทธ์ระบบการส่งต่อและการติดตามประเมินผล หลังการพัฒนาหน่วยบริการ

\* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 อุดรธานี

Corresponding author: อรัญญา สุริยะจันทร์ Email: suarun11@gmail.com

มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะ มีระบบส่งต่อด้านสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติด มีจำนวนผู้ป่วยทั่วไปทั้งหมดที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการต่อวันเฉลี่ย 39.14 (mean = 39.14, SD=23.10) โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ ได้แก่ โรคจิต จำนวน 1-5 คน ร้อยละ 48.5, โรควิตกกังวล จำนวน 1-5 คน ร้อยละ 48.5 และ โรคซึมเศร้า จำนวน 1 คน ร้อยละ 45.8 ตามลำดับ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนดีกว่าระบบเดิม โดยพบว่า มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนและช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพผู้มีภาวะสุขภาพจิต ส่งเสริมอาชีพและมีจิตอาสา ร้อยละ 100, ภาวะสุขภาพจิตของประชาชน มีอาการทางจิตเฉลี่ย 0.74 (mean=0.74, SD=1.56) กรณีศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย (family caregivers) ได้แก่ ความต้องการให้ภาครัฐกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวและด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาเยี่ยมดูแลผู้ป่วยโรคจิตและเป็นที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิด สนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวเตรียมพร้อมทางการเงิน มีการส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลให้ค่าตอบแทนเบี้ยยังชีพ การพัฒนาศักยภาพ และฝึกอาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายชุมชน ควรตั้งชมรมช่วยเหลือผู้ดูแล

สรุป กลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ จะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ถึงระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการบริการสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างตรงเป้าหมาย

**คำสำคัญ:** กลยุทธ์ดำเนินงาน, ภาคีเครือข่าย, สุขภาพจิตชุมชน

## Strategy Implementation of Community Mental Health Networks, Udon Thani Province

Arunya Suriyachan\*

### Abstract

This research aimed to study the strategy implementation of community mental health networks (CMHN), assess the mental health of the people and case study of caregiver needs in the community of Nong Bua, Udon Thani province. This cross-sectional descriptive research in Udon Thani pilot study and case study of caregiver needs in the community of Nong Bua at 1-7 of Makkeng sub-district, Mueang district, Udon Thani province. Data collected from April to May 2018, the sample consisted of 85 health personnel, 235 CMHN, 348 people and 5 family caregivers. The SWOT analysis was used, service information, participatory questionnaire, mental Health Screening (alpha= 0.91), satisfaction questionnaire (alpha= 0.85) and in-depth interview case study of caregiver. The descriptive statistics were used include percentage, mean, standard deviation, content analysis and triangulation method.

Results shown that the strategy implementation of community mental health networks (CMHN) 1) strategies, strengths and opportunities by developing human resources, Determine service quality guidelines. 2) turnover strategy by educating mental health operations. Health volunteers and relatives. 3) strategies for disseminating or extending coverage by health volunteers and community leaders to promote participation in mental health activities and screening people with mental health problems.

---

\* Public Health Technical Officer, Professional Level, Mental Health Center 8, Udon Thani

Corresponding author: Arunya Suriyachan Email: [suarun11@gmail.com](mailto:suarun11@gmail.com)

4) strategy by the publicity of mental health hot line 1323, set up a consulting group coordinating, 5)strategic transmission system and monitoring. After the development of health service units, there is a specific responsibility, mental health referral system, psychiatry and substance abuse, Total number of patients in health service unit average 39.14 per day (mean=39.14, SD=23.10), new patient were diagnosed with 48.5% of psychosis 1-5, 48.5% of anxiety patients and depression of 45.8%, respectively. The involvement of CMHN was better than the original found that they were involved to planning and assistance of the mental health allowances, promote to work and volunteer 100%. Mental health status of the people average mental symptom was 0.74 (mean=0.74, SD=1.56). Results shown that case study of family caregivers were need for the government to set a health care policy for family caregivers and relevant legislation, the government involved visiting the care of psychosis patients as close consultant, encourage family caregivers to be financially prepared, health promotion, pay the subsistence allowance, capacity Development and vocational training, the local government and CMHN should set up a caregiver club.

Conclusion: this strategy implementation of CMHN in Udon Thani province should set up the community hospital, the community health center and the district health promotion hospital used for mental health services in community in target.

**Key words:** Strategy implementation, Community networks, Community mental health

## บทนำ

ข้อมูลทั่วโลกในปี 2005 ได้แก่ ผลแทรกซ้อนของการบาดเจ็บทางโรคจิต ประมาณ 170 ล้านคน จากอาการปวดศีรษะไมเกรน โรคระบบหลอดเลือดสมอง หรือภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในสมอง อาการชา (neuropathies) ประมาณ 352 ล้านคน ประมาณ 877,000 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในทุกปี นอกจากนี้ยังพบว่าการเจ็บป่วยทางจิตบางส่วนเป็นผลมาจากโรคเรื้อรัง 5 อันดับประเทศที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุดนั้น ได้แก่ กายอานา เกาหลีใต้ ศรีลังกา ลิทัวเนีย และซูรินาม อัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 44.2, 28.9, 28.8, 28.2 และ 27.8 รายต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ<sup>1</sup> นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่สำคัญคือ เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าหญิง (ชายร้อยละ 77 หญิงร้อยละ 23) ส่วนใหญ่ อายุ 30-50 ปี เป็นเกษตรกรและผู้ใช้แรงงานถึงร้อยละ 70 ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความสัมพันธ์และปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพพบว่า เขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด คิดเป็น 13.01 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 2, 11, 3 และ 5 คิดเป็น 9.42, 7.88, 7.31 และ 7.22 ตามลำดับ<sup>2</sup>

เขตสุขภาพที่ 8 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้น 3.4 ถึงแม้ว่าจะไม่มีปัญหาสุขภาพจิตใน 5 อันดับของประเทศ แต่พบว่า สถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จ (อัตราต่อแสนจากทะเบียนราษฎร) จำแนกรายจังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2557-2559 จังหวัดเลยมากที่สุด อัตรา 7.74, 16.25, 14.36

เฉลี่ย 12.77 ตามลำดับ คิดเป็นอัตราเพิ่มเท่ากับ 7.82 ต่อปี รองลงมา จังหวัดบึงกาฬ อัตรา 5.99, 11.35, 11.79 เฉลี่ย 9.70 และจังหวัดอุดรธานี อัตรา 5.31, 9.97, 10.09 เฉลี่ย 8.45 ตามลำดับ<sup>3</sup> ซึ่งผลกระทบของปัญหาผู้ป่วยสุขภาพจิตดังกล่าว นำมาซึ่งความเสียหายทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ผลกระทบต่อผู้ป่วย ได้แก่ การเสียชีวิตเกิดการบาดเจ็บทางร่างกายเกิดความพิการ ผลทางด้านจิตใจเกิดความรู้สึกผิดโกรธตัวเอง รู้สึกไร้ค่า และทำให้ผู้อื่นลำบาก อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตซ้ำซ้อนได้ เกิดปัญหาเศรษฐกิจกระทบต่อความเป็นอยู่และยังส่งผลกระทบต่อสังคมประเทศชาติ ในด้านปัญหาเศรษฐกิจ จะเห็นได้ว่า ทั้งในระดับประเทศ ระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด ยังไม่สามารถลดอุบัติการณ์ปัญหาสุขภาพจิตได้ตามเป้าหมาย และปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้น จังหวัดอุดรธานี จึงได้มีการพัฒนาระบบการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วม ในการศึกษากลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ครั้งนี้ โดยใช้กระบวนการตามกลยุทธ์ดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตชุมชนของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องศึกษานำร่องในจังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลรักษาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์กลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน
3. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชาชน
4. กรณีศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนหนองบัว

## สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการพัฒนามีกระบวนการปฏิบัติงานตามกลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน
2. หลังพัฒนากลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีส่วนร่วมอยู่มีระดับสูง

## กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่ 1) การวิเคราะห์กลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน 2) การมีส่วนร่วมดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน

ตัวแปรตาม คือ ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนและกรณีศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนหนองบัว

## วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยใช้กลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนทำการศึกษานำร่องจังหวัดอุดรธานี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2561 ศึกษาในจังหวัดอุดรธานี ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 85 คน โดยสุ่มเลือกแบบเจาะจงศึกษาบุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายชุมชน จำนวน 235 คน โดยสุ่มเลือกแบบเจาะจงศึกษาผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
3. กลุ่มตัวอย่างประชาชน จำนวน 348 คน โดยสุ่มแบบสะดวกศึกษาผู้มีอายุ 15-59 ปี
4. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 5 คน กรณีศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนหนองบัว 1-7 ตำบลหมากแข้งอำเภอเมืองอุดรธานี ที่ได้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในครอบครัวมาแล้ว 2 ปี

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร<sup>4</sup> ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 (p(1-p))}{(e^2(N-1)) + Z_{\alpha/2}^2 (p(1-p))}$$

N = ประชากรทั้งหมดของแต่ละกลุ่ม  
ที่ศึกษาที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี

z / 2 = 1.96 กำหนดระดับความเชื่อมั่น  
เท่ากับ 0.95

e = ความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้  
โดยกำหนดเป็นขนาดความต่างไว้ร้อยละ 5 หรือ  
0.05

$$n = \frac{5,307 \times (1.96)^2 \times (0.06 (1-0.06))}{((0.05)^2 \times (5,307-1) + (1.96)^2(0.06 (1-0.06)))} = 85 \text{ คน}$$

2. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายชุมชน จำนวน  
235 คน คือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
(อปท.) แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมดในจังหวัดอุดรธานี

มีจำนวน 30,890 คน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร  
กลางปีอุดรธานี จำนวน 1,579,285 คน (สำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2560) คน (ร้อยละ  
1.95) กำหนดค่า p = 0.19

$$n = \frac{30,890 \times (1.96)^2 \times (0.19 (1-0.19))}{((0.05)^2 \times (30,890-1) + (1.96)^2(0.19 (1-0.19)))} = 235 \text{ คน}$$

3. กลุ่มตัวอย่างประชาชน จำนวน  
384 คน อายุ 15-59 ปี ทั้งจังหวัดอุดรธานี มีจำนวน  
882,247 คน สัดส่วนต่อประชากรกลางปีอุดรธานี

ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 1,579,285 คน (สำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2560) คิดเป็นร้อยละ  
55.86, กำหนดค่า p = 0.55

$$n = \frac{882,247 \times (1.96)^2 \times (0.55 (1-0.55))}{((0.05)^2 \times (882,247-1) + (1.96)^2(0.55 (1-0.55)))} = 384 \text{ คน}$$

4. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย  
จำนวน 5 คน สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นกรณี

ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน  
หนองบัว 1-7 ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมืองอุดรธานี

### เกณฑ์คัดเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
2. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายท้องถิ่น เป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
3. กลุ่มตัวอย่างประชากรศึกษาผู้มีอายุ 15-59 ปี สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทย
4. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 5 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นกรณีศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนหนองบัว 1-7 ตำบลมากแก้ง อำเภอเมืองอุดรธานี

### เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย
2. ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้หรือย้ายออกไปอยู่ที่อื่น
3. ผู้ที่ไม่ยินยอมลงนามเข้าร่วมวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

**ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ดังนี้**

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกผลการวิเคราะห์ SWOT analysis คำถามแบบเปิดเป็นแบบบันทึก

ผลการวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน-โอกาส และ ปัจจัยคุกคาม ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ประเภทหน่วยบริการ จำนวนผู้ป่วยทั่วไปที่เข้ารับบริการ และจำนวนผู้เข้ารับบริการด้วยปัญหาสุขภาพจิต

ส่วนที่ 3 ระบบบริการและบุคลากรสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 8 ข้อ คำถาม เช่น รูปแบบที่ให้บริการ หน้าที่แพทย์เวชปฏิบัติ หน้าที่พยาบาล หน้าที่บุคลากรอื่น เป็นต้น

ส่วนที่ 4 ระบบส่งต่อ ภาควิชาเครือข่ายและการนิเทศงาน จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การมีระบบส่งต่อ หน่วยงานหรือองค์กรที่สนับสนุนหรือเป็นภาควิชาเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต และระบบนิเทศงาน

**ชุดที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน สำหรับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชนและ อสม. มี 2 ส่วน ประกอบด้วย การพิจารณาความแตกต่างการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ระบบเดิม (พ.ศ. 2560) กับ 1 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2561) จำนวน 10 ข้อ**

**ชุดที่ 3 แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของประชาชนอายุ 15-59 ปี** ประยุกต์จาก the general health questionnaire (GHQ) ฉบับภาษาไทย<sup>5</sup> alpha = 0.91 ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้รวมของครอบครัว ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 อาการที่พบเห็นจากการ  
สัมภาษณ์ญาติ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 อาการที่พบเห็นจากผู้ให้  
สัมภาษณ์ จำนวน 3 ข้อ

**ชุดที่ 4 แบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก  
สำหรับผู้ดูแลในครอบครัว** กรณีศึกษาความต้องการ  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนหนองบัว 1-7 ตำบล  
หมากแข้ง อำเภอเมืองอุดรธานี ตามประเด็นกิจวัตร  
ประจำวันผู้ป่วย และด้านความต้องการความช่วยเหลือ  
ของผู้ดูแลในครอบครัว

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบ  
ความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อ  
พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุม ความตรงของ  
เนื้อหา

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ  
(reliability) ทดลองใช้กับประชาชนที่มีลักษณะ  
คล้ายกับกลุ่มศึกษา หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ  
ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)  
ได้ค่าเชื่อมั่น (alpha) ดังนี้

1) แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตสำหรับ  
ประชาชนอายุ 15-59 ปี  $\alpha = 0.91$

2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อ  
ระบบการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน  $\alpha = 0.85$

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ  
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสรุปเนื้อหา  
และวิเคราะห์สรุปแบบสามเส้า (Triangulation)

#### ผลการศึกษา

จุดแข็งและโอกาสในการพัฒนาวิเคราะห์  
กลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิต  
ชุมชน จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ มีกระบวนการ  
ฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร และ อสม. กำหนด  
มาตรการที่เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต และ  
ปฏิบัติให้มีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร PDCA  
กลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิต  
ชุมชน ได้แก่ 1) กลยุทธ์เสริมจุดแข็งและโอกาส  
โดยพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย 2) กลยุทธ์  
การพลิกตัว โดยการให้ความรู้การดำเนินงาน  
สุขภาพจิตแก่ อสม. และญาติ 3) กลยุทธ์การแตกตัว  
ขยายขอบข่าย โดยให้ อสม.หรือแกนนำชุมชน  
ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน การมีส่วนร่วมในชุมชน  
4) กลยุทธ์การตั้งรับ สายด่วนสุขภาพจิต 1323 และ  
5) กลยุทธ์การส่งต่อและการติดตาม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การพัฒนากลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดอุดรธานี (n=85)

กระบวนการ		ผลของการพัฒนา
ก่อนการพัฒนา	การพัฒนา	
<p>1. ยังไม่มีการกำหนดแนวทางคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจรที่ชัดเจน บุคลากร บางส่วนขาดความรู้ และทักษะการให้บริการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิต</p> <p>2. ยังไม่มีขั้นสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้และการทำงาน</p> <p>3. ยังไม่มีขั้นใช้กรอบแนวคิดการจัดการความรู้(knowledge management framework) บุคลากรทุกระดับ ยังไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนาการให้บริการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>กำหนดแนวทางคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจรที่ชัดเจนโดยใช้เทคนิค PDCA มีการตั้งเป้าหมาย โดยพิจารณาผลลัพธ์กระบวนการแต่ละขั้นตอน ใช้กระบวนการวงจร PDCA ดังนี้</p> <p>1) Plan การร่วมกันวางแผนเป้าหมายของงานที่จะลงมือทำ</p> <p>2) Do ลงมือทำและคอยสังเกตผลของงาน</p> <p>3) Check ตรวจสอบว่างานที่ทำเป็นไปตามแผนที่วางไว้</p> <p>4) Action หากเป็นไปตามแผนจะวางระบบควบคุมให้ปฏิบัติงานเป็นตามแผน</p> <p>5) สรุปบทเรียนอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>1. มีจัดทำแผนปฏิบัติการสอดคล้องกับนโยบายและตามมาตรการที่กำหนดไว้</p> <p>2. ดำเนินการตามแผน โดยใช้กลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายชุมชน ดังนี้</p> <p>1) กลยุทธ์เสริมจุดแข็งและโอกาส โดยพัฒนาศักยภาพบุคลากร กำหนดแนวทางคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคจิต</p> <p>2) กลยุทธ์การพลิกตัว โดยการให้ความรู้การดำเนินงานสุขภาพจิตแก่ อสม. และญาติในการดูแลผู้ป่วยและตั้ง group line</p> <p>3) กลยุทธ์การแตกตัวหรือขยายของข่าย โดยให้อสม. หรือแกนนำชุมชน ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในชุมชน</p> <p>4) กลยุทธ์การตั้งรับ โดยการประชาสัมพันธ์ สายด่วนสุขภาพจิต 1323 จัดตั้งกลุ่มให้คำปรึกษา ช่วยเหลือกันประสานงาน ให้ความรู้แก่สื่อมวลชน</p> <p>5) กลยุทธ์การส่งต่อและการติดตาม</p>
<p>4. ขั้นการพัฒนาการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเชิงรุกถึงระดับพื้นที่ชุมชนเป็นงานประจำ (routine quality) เครือข่ายท้องถิ่น ขาดความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยโรคจิต</p>	<p>พัฒนาระบบงาน โดยมีการพัฒนาแบบบูรณาการ งาน คน และงบประมาณ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนสถานที่และงบประมาณในการจัดบริการเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในเขตรับผิดชอบ</p>	<p>พัฒนาระบบงาน โดยมีการพัฒนาแบบบูรณาการ งาน คน และงบประมาณ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนสถานที่และงบประมาณในการจัดบริการเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในเขตรับผิดชอบ</p>

ตารางที่ 1 การพัฒนากลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดอุดรธานี (n=85) (ต่อ)

กระบวนการ		ผลของการพัฒนา
ก่อนการพัฒนา	การพัฒนา	
5. ไม่มีการสร้างทัศนคติบุคลากรร่วมกันเพื่อให้ตระหนักว่าการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบเชิงรุกมีอยู่ในงานประจำ ที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเป็นเรื่องของงานประจำ	1. ใช้เครื่องมือในการพัฒนา คือ โปรแกรมแนวทางกลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน 2. มีการประเมินผลงาน 3. มีการวัดความพึงพอใจ 4. จัดทำสรุปผลการพัฒนา	1. มีระบบส่งต่อ โดยมีการพัฒนาระบบ Fast track มีการจัดช่องทางด่วนในการรับส่งต่อจาก รพ.สต.ไป รพช. 2. มีการนำ CIPP Model เข้ามาบริหารจัดการ ค้นหาปัญหา พบว่ามีปัญหาการจัดการด้านข้อมูลผู้ป่วย การพัฒนาระบบบริการทุกระดับ

จำนวนผู้ป่วยทั่วไปทั้งหมดที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการต่อวันเฉลี่ย 39.14 (Mean= 39.14, SD=23.10) จำนวนผู้เข้ารับบริการ โรคจิต เฉลี่ย 2.50 ครั้ง (mean=2.50, SD= 1.64) โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ ได้แก่ โรคจิต จำนวน 1-5 คน ร้อยละ 48.5, วิดกักวอล จำนวน 1-5 คน ร้อยละ 48.5, ซึมเศร้า จำนวน 1 คน ร้อยละ 45.8, ปัญญาอ่อน จำนวน 1-5 คน ร้อยละ 16.4, ลมชัก จำนวน 2 คน ร้อยละ 2.7, ตีตสารเสพติด จำนวน 3 คน ร้อยละ 22.6, การดื่มสุรา จำนวน 1 คน ร้อยละ 86.6, ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ จำนวน 1 คน ร้อยละ 100, ไม่มีบริการคลินิกเฉพาะและมีห้องตรวจเฉพาะทุกแห่ง ร้อยละ 100 โดยมีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะ ร้อยละ 64.0 มีระบบส่งต่อ ร้อยละ 59.8 และมีช่องทางที่กสภาวะสุขภาพจิตในแฟ้มผู้ป่วย ร้อยละ 38.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลบริการสุขภาพจิตเบื้องต้นของสถานบริการ ในจังหวัดอุดรธานี (n=85)

ข้อมูลบริการ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยทั่วไปที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการต่อวัน (คน) Mean= 39.14, SD=23.10		
ต่ำกว่า 30	37	44.0
30-49	22	25.4
มากกว่า 49	26	30.6
โรคจิต (ครั้ง) Mean= 2.50, SD=1.23		
จำนวนผู้ป่วยใหม่ (คน)		
ไม่มี	44	51.5
1-5	41	48.5

ตารางที่ 2 ข้อมูลบริการสุขภาพจิตเบื้องต้นของสถานบริการ ในจังหวัดอุดรธานี (n=85) (ต่อ)

ข้อมูลบริการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรควิตกกังวล (ครึ่ง) Mean= 39.14, SD=23.10</b>		
จำนวนผู้ป่วยใหม่ (คน)		
ไม่มี	44	51.5
1-5	41	48.5
<b>โรคซึมเศร้า จำนวนผู้ป่วยใหม่ (คน)</b>		
ไม่มี	46	54.2
1	39	45.8
<b>ปัญญาอ่อน จำนวนผู้ป่วยใหม่ (คน)</b>		
ไม่มี	71	83.6
1-5	14	16.4
<b>โรคลมชัก จำนวนผู้ป่วยใหม่ (คน)</b>		
ไม่มี	83	97.3
3	2	2.7
<b>ติตสารเสพติด จำนวนผู้ป่วยใหม่ (คน)</b>		
ไม่มี	63	74.7
3	19	22.6
6	2	2.7
<b>ผู้มีความผิดปกติจากการติ่มสุรา จำนวนผู้ป่วยใหม่ (คน)</b>		
ไม่มี	61	72.0
2	19	22.6
3	5	5.4
<b>ปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ จำนวนผู้ป่วยใหม่ (คน)</b>		
ไม่มี	0	0
1	85	100
<b>ระบบบริการและบุคลากรด้านสุขภาพจิต</b>		
1. มีรูปแบบการช่วยเหลือหรือกิจกรรมใดที่เกี่ยวกับประเด็นสุขภาพจิต		
2. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติ		
ไม่มีแพทย์ประจำ	31	36.0
มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะ	54	64.0

ตารางที่ 2 ข้อมูลบริการสุขภาพจิตเบื้องต้นของสถานบริการ ในจังหวัดอุดรธานี (n=85) (ต่อ)

ข้อมูลบริการ	จำนวน	ร้อยละ
3. หน่วยบริการมีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะสำหรับพยาบาล		
ไม่มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะ	76	89.0
มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะ	9	11.0
4. หน่วยบริการมีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะบุคลากรสาธารณสุข		
ไม่มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะ	64	75.0
มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะ	11	13.4
ครอบคลุมประเด็นสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติด	10	11.6
5. มีบุคลากรที่เคยผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติด		
ไม่มี	67	78.3
มี	18	21.7
6. มีห้องบันทึกสภาวะสุขภาพจิตในแฟ้มผู้ป่วย		
ไม่มี	52	61.3
มี	33	38.7
7. มีห้องตรวจเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติด		
ไม่มี	85	100
มี		
<b>ระบบส่งต่อ ภาศึเครือข่ายและการนิเทศงาน</b>		
1. มีระบบส่งต่อด้านสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติด		
ไม่มี	34	40.2
มี	51	59.8
2. มีหน่วยงานหรือองค์กรที่สนับสนุนหรือเป็นภาศึเครือข่ายการดำเนินงาน		
ไม่มี	71	83.6
มี	14	16.4
3. มีระบบนิเทศงานด้านสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติด		
ไม่มี	76	89.3
มี	9	10.7

หลังการพัฒนามีกลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนดีกว่าระบบเดิม โดยพบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน ประชุมระดมสมองในการกำหนดแผนงาน และช่วยเหลือ

เงินเบี้ยยังชีพผู้มีภาวะสุขภาพจิต มีการส่งเสริมอาชีพและมีจิตอาสา ร้อยละ 100 และมีการสนับสนุนของกองทุนประกันสุขภาพตำบล ร้อยละ 97.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน (n=235)

ประเด็น	ระบบเดิม		ระบบที่พัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน				
ไม่มี	36	15.3	0	0
มี	199	84.7	235	100
ประชุมระดมสมองในการกำหนดแผนการพัฒนา				
ไม่มี	64	27.2	0	0
มี	171	72.8	235	100
การช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพผู้มีภาวะสุขภาพจิต				
ไม่มี	90	38.3	0	0
มี	145	61.7	235	100
มีการส่งเสริมอาชีพ-กลุ่มอาชีพ				
ไม่มี	118	50.2	0	0
มี	117	49.8	235	100
มีการสนับสนุนและเป็นจิตอาสา เยี่ยมดูแล				
ไม่มี	118	50.2	0	0
มี	117	49.8	235	100
มีการสนับสนุนของกองทุนประกันสุขภาพตำบล				
ไม่มี	137	58.3	6	2.6
มี	98	41.7	229	97.4
มีส่วนร่วมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทางจิต				
ไม่มี	103	43.8	14	6.0
มี	132	56.2	221	94.0
มีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทางจิต				
ไม่มี	143	60.9	22	9.4
มี	92	39.1	213	90.6

กลุ่มตัวอย่างประชาชนส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 64.7, อายุเฉลี่ย 44 ปี (mean=44.28, SD=7.28) ช่วงอายุ 40 – 49 ปี ร้อยละ 55.7 รายได้เฉลี่ย 10,000 บาทต่อเดือน (mean=10,000, SD=1.41) คะแนนรวมภาวะสุขภาพจิตอาการที่พบเห็นจากการสัมภาษณ์ญาติ เฉลี่ย 0.74 (mean=0.74, SD=1.56) โดยมีอาการปวดเพื่อเจ็บ

ร้อยละ 15.8 หวาดระแวง หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน ร้อยละ 14.1 ตามลำดับ อาการโดยรวมที่พบเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์เฉลี่ย 0.41 (mean=0.41, SD=0.74) โดยหวาดระแวง ร้อยละ 19.3 หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน ร้อยละ 17.2 และคิดว่าตัวเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา ร้อยละ 4.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประชาชน (n=348)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างการคัดกรอง	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	123	35.3
หญิง	225	64.7
<b>อายุ (ปี) mean=44.28, SD=7.28</b>		
ต่ำกว่า 40	70	20.1
40 – 49	194	55.7
50 – 59	84	24.1
<b>รายได้ต่อเดือน (บาท) mean=10,000, SD=1.41</b>		
ต่ำกว่า 10,000	226	65.0
10,000 ขึ้นไป	122	35.0
<b>อาการที่พบเห็นจากการสัมภาษณ์ญาติ mean=0.74, SD=1.56</b>		
1. ปวดเพื่อเจ็บ		
ไม่ใช่	293	84.2
ใช่	55	15.8
2. การแต่งกายลักษณะแปลกไม่เหมาะสม		
ไม่ใช่	342	98.3
ใช่	6	1.7
3. ก้าวร้าววุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น		
ไม่ใช่	327	94.0
ใช่	21	6.0

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประชาชน (n=348) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างการคัดกรอง	
	จำนวน	ร้อยละ
4. แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร		
ไม่ใช่	328	94.3
ใช่	20	5.7
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
ไม่ใช่	299	85.9
ใช่	49	14.1
6. คิดว่าตัวเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
ไม่ใช่	327	94.0
ใช่	21	6.0
7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
ไม่ใช่	299	85.9
ใช่	49	14.1
8. มีพฤติกรรมผิดปกติจากคนทั่วไป		
ไม่ใช่	313	89.9
ใช่	35	10.1
อาการที่พบเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ mean=0.41, SD=0.74		
1. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
ไม่ใช่	281	80.7
ใช่	67	19.3
2. คิดว่าตัวเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
ไม่ใช่	334	96.0
ใช่	14	4.0
3. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
ไม่ใช่	288	82.8
ใช่	60	17.2

กรณีศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนหนองบัว 1-7 ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมืองอุดรธานี สรุปความต้องการของผู้ดูแล 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ภาครัฐบาล ควรกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตและด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาเยี่ยมดูแลผู้ป่วยโรคจิตและเป็นที่ปรึกษาใกล้ชิดสม่ำเสมอ
3. ควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเตรียมพร้อมทางการเงินก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยโรคจิตตามมา
4. มีการส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต ให้ค่าตอบแทนเบี้ยยังชีพและการพัฒนาศักยภาพตลอดจนฝึกอาชีพ
5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายชุมชน ตั้งชมรมช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่า กลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ จะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ถึงระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการสร้างแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างตรงเป้าหมาย ตามหลักการสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>6</sup> มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนเข้าใจในสิทธิและหน้าที่

ของตนเอง รวมทั้งมีระบบโครงสร้างและกลไกที่ดีมีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมสนับสนุน และให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ

จากผลการศึกษาที่พบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน ประชุมระดมสมองในการกำหนดแผนงาน และช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพผู้มีภาวะสุขภาพจิต มีการส่งเสริมอาชีพและมีจิตอาสา ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของปัญหาสุขภาพจิต คือ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความสัมพันธ์และปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง แนวทางป้องกัน ต้องใช้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคม ครอบครัว ชุมชน ร่วมดูแลกันอย่างใกล้ชิดสังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ซึ่งไม่ควรปล่อยให้อยู่ตามลำพัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เหตุการณ์การฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักเป็นการฆ่าตัวตายในบ้าน<sup>7</sup>

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาที่พบว่า การคัดกรองอาการที่พบเห็นจากการสัมภาษณ์ญาติเฉลี่ย 0.74 แสดงได้ว่าประชาชนมีภาวะสุขภาพจิตค่อนข้างปกติ ควรมีการพัฒนาระบบช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยงได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้น และการติดตามเฝ้าระวังการกลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ จะสามารถช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายได้เป็นผลดี สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาของอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ที่มีอาการผิดปกติทางจิต ทั้งนี้เหตุมาจากกระแสของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีในปัจจุบัน มีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป สัมพันธภาพในครอบครัวและ

ชุมชนลดลง ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของบุคคลทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นอาการนำไปสู่ภาวะที่มีอาการผิดปกติทางจิต<sup>8</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ติดสารเสพติด ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ที่เป็นโรคจิตมีอัตราการเสียชีวิตเป็น 6 เท่า<sup>9</sup> สรุปความต้องการของผู้ดูแล ได้แก่ ควรกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตและด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาเยี่ยมดูแลผู้ป่วยโรคจิตและเป็นที่ปรึกษาใกล้ชิดสม่ำเสมอ ควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเตรียมพร้อมทางการเงิน ให้ค่าตอบแทน เบี้ยยังชีพและการพัฒนาศักยภาพตลอดจนฝึกอาชีพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายชุมชน ตั้งชมรมช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต จะเห็นได้ว่าการมีผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเผชิญและแก้ปัญหาในกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ทำให้ความวิตกกังวลและภาวะเครียดของผู้ป่วยลดลง

## 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 บทเรียนที่ได้รับที่ควรนำไปใช้ โดยมีการกำหนดมาตรการที่เป็นแนวทางแก้ไข ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนสามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการสร้างแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างตรงเป้าหมาย และมีการนำองค์กร การจัดสรรทรัพยากร การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่มีความชัดเจน

และสอดคล้องกับบริบท สามารถวางแผนการพัฒนาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน 5 ชั้น ได้แก่ 1) กลยุทธ์เสริมจุดแข็งและโอกาสโดยพัฒนาศักยภาพบุคลากร 2) กลยุทธ์การพลิกตัว โดยการให้ความรู้การดำเนินงานสุขภาพจิตแก่ อสม. และญาติ ในการดูแลผู้ป่วย 3) กลยุทธ์การแตกตัวหรือขยายขอบข่าย โดยให้ อสม.หรือแกนนำชุมชน ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในชุมชน 4) กลยุทธ์การตั้งรับ โดยการประชาสัมพันธ์ สายด่วนสุขภาพจิต 1323 จัดตั้งกลุ่มให้คำปรึกษาช่วยเหลือกัน และ 5) กลยุทธ์ระบบการส่งต่อและการติดตามประเมินผล

1.2 ควรให้การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการมีผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเผชิญและแก้ปัญหาในกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ทำให้ความวิตกกังวลและภาวะเครียดของผู้ป่วยลดลง

1.3 ภาคีเครือข่ายในชุมชน ควรมีส่วนร่วมดำเนินงานแก้ไขปัญหสุขภาพจิตในชุมชน โดยหน่วยบริการสาธารณสุขควรประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างเครือข่ายท้องถิ่น

## 2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในพื้นที่อื่น

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานแก้ไขปัญหสุขภาพจิตในชุมชน จะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ อันได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) และโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการสร้างแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนได้ตรงเป้าหมาย สามารถวางแผนการพัฒนาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 3. ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษาการมีส่วนร่วมในการทำงานด้านสุขภาพจิตของชุมชน และศึกษาเพื่อพัฒนาการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจิตให้สอดคล้องกันกับโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ เผื่อระวังป้องกันความเสี่ยง

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต. ในช่วงแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559. [เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2559] จาก [www.dmh.go.th](http://www.dmh.go.th)
2. กระทรวงสาธารณสุข. การฆ่าตัวตายของประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2560: 265-266.
3. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ. อัตราฆ่าตัวตายในประเทศไทย. [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤษภาคม 2560] จาก <https://www.suicidethai.com>
4. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. Singapore: John Wiley & Sons; 1995.
5. อภิชีย์ มงคล. แบบคัดกรองโรคจิต (psychotic screening test). คู่มือการใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี 2545 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
6. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119/ ตอน 116 วันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545.
7. กาญจนา บุญยัง. การฆ่าตัวตายของชวานา ในสังคมไทย: กรณีวิเคราะห์จากข่าวหนังสือพิมพ์. วารสารการบริหารท้องถิ่น 2559; 9: 1-17.
8. อมราพร สุรการ และณัฐวุฒิ อรินทร์. การดูแลสุขภาพจิต: การมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) 2557; 6: 176-84.
9. Thomson EF and Hollister B. Schizophrenia and Suicide Attempts: Findings from a Representative Community-Based Canadian Sample. Hindawi 2016: 1-11. [cited 2017 November 1] from: <http://dx.doi.org>