วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
Journal of Nursing and Public Health Research e276919
วารสารผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลตูม อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

The Development of a Care Model for Psychiatric Patients through the Participation of Network Partners in Toom Sub-District, Prang Ku District, Si Sa Ket Province

กัญชลิดา แจ้งตาโทน[1], ธวัชชัย เติมใจ[2*]

Kanchalida Jangtaton[1], Thawatchai Toemjai[2*]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตูม จังหวัดศรีสะเกษ[1],
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[2*]

Ban Toom Subdistrict Health Promoting Hospital, Si Sa Ket Province[1],
Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute[2*]

(Received: August 5, 2025; Revised: November 25, 2025; Accepted: February 17, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในตำบลตูม อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวช 25 คน และผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายสุขภาพ รวม 57 คน การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท (ร้อยละ 60) และมีประวัติขาดนัดรักษา (ร้อยละ 64) ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชไม่เพียงพอ รูปแบบการดูแล TOOM Model ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การใช้เทคโนโลยีสื่อสาร การเสริมพลังชุมชน ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และการสนับสนุนผู้ดูแล หลังการดำเนินงาน พบว่าคะแนนความรู้ การรับรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการดูแลของภาคีเครือข่าย รวมถึงทักษะการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังนั้น TOOM Model เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทชุมชนชนบท ช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยจิตเวช, การมีส่วนร่วม, ภาคีเครือข่าย

*ผู้ให้การติดต่อ ธวัชชัย เติมใจ e-mail: toemthawat@scphub.ac.th

Abstract

This participatory action research aimed to develop a model of care for psychiatric patients through the involvement of network partners in Toom Subdistrict, Prang Ku District, Si Sa Ket Province. Purposive sampling was employed to recruit participants, including 25 psychiatric patients and a total of 57 caregivers, village health volunteers, community leaders, and health network partners. The research process consisted of three phases: 1) preparation, 2) implementation, and 3) evaluation. Data were collected using questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that most patients were diagnosed with schizophrenia (60%) and had a history of missed medical appointments (64%). Caregivers demonstrated insufficient knowledge regarding psychiatric disorders. The developed care model, the TOOM Model, comprises four key components: the use of communication technology, community empowerment, collaboration among network partners, and caregiver support. Following implementation, scores related to knowledge, perceptions, participation, and caregiving behaviors among network partners, as well as patients' activities of daily living skills, significantly improved (*p-value* < 0.001). Therefore, the TOOM Model represents an effective approach that is well suited to rural community contexts and contributes to the sustainable improvement of psychiatric patient care.

Keywords: Psychiatric Patient Care, Participation, Network Partners

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย เนื่องจากส่งผลต่อสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในปี พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลกระบุว่าประชากร 1 ใน 8 คนของโลก (กว่า 970 ล้านคน) มีปัญหาสุขภาพจิต และในช่วงวิกฤตการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 พบว่าระดับความวิตกกังวลของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น ควบคู่กับผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่รุนแรงยิ่งขึ้น (World Health Organization, 2021)

สถานการณ์ในประเทศไทย สะท้อนแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการเพิ่มจากประมาณ 1.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 2.9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2566 แม้ว่าสัดส่วนผู้เข้าถึงการรักษายังต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับโลก (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2566) สำหรับจังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2566 สถานการณ์สุขภาพจิตมีความผันผวนในแต่ละปี โดยอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 5.6,

4.05, 8.08, 7.20 และ 7.40 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนผลกระทบจากปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ โรคเรื้อรัง ตลอดจนปัญหาการใช้สุราและสารเสพติด (ปัทมา พัฒน์พงษ์ และมุทิตา เจริญศักดิ์, 2567) นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2566 ยังพบปัญหาการทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี โดยมีอัตราสูงที่สุดในอำเภอปรางค์กู่ รองลงมา คือ อำเภอยางชุมน้อย และอำเภอเมืองศรีสะเกษ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2567) สะท้อนให้เห็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายและความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตในหลายพื้นที่ สำหรับพื้นที่ตำบลตูม อำเภอปรางค์กู่ พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นจาก 18 คน ในปี พ.ศ. 2562 เป็น 26 คน ในปี พ.ศ. 2566 ขณะที่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จยังคงอยู่ในระดับสูงและมีความผันผวนระหว่าง 15.38-30.96 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่, 2567) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงแนวโน้มความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นทั้งในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ โดยเฉพาะตำบลตูมซึ่งเผชิญกับจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบการดูแลที่มีความครอบคลุม เป็นระบบ และอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีความซับซ้อน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ผู้ป่วยจำนวนมากประสบปัญหาการขาดยาและไม่มารับบริการตามนัด โดยมีสาเหตุสำคัญ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านการเดินทาง การขาดผู้ดูแล รวมถึงภาวะเศรษฐกิจและการขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่งผลให้สภาวะทางจิตเวชทรุดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค (สุภาภัค เภตราสุวรรณ, 2567; ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ขอนแก่น, 2567) จากการสำรวจเบื้องต้นในพื้นที่พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการขาดนัดติดตามการรักษาสูง ถึงร้อยละ 30 และมีการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาร้อยละ 40 สะท้อนถึงช่องว่างของระบบสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนที่จำเป็นต้องพัฒนาให้เป็นระบบมากขึ้น

แนวคิดการดูแลสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Mental Health Care) เน้นการบูรณาการบริการสุขภาพกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบทชีวิตจริง บทบาทของภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หน่วยงานท้องถิ่น และครอบครัว มีความสำคัญอย่างยิ่งในการติดตามอาการ การสนับสนุนด้านการรักษา เฝ้าระวังความเสี่ยง ส่งเสริมการเข้าถึงบริการ และช่วยฟื้นฟูการดำรงชีวิตของผู้ป่วย (สุจิตรา ลักษณะ, 2565; ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และขนิษฐา นันทบุตร, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ที่ระบุว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการลดการกำเริบของโรค เพิ่มความต่อเนื่องของการรักษา และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565; World Health Organization, 2024)

อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ศึกษายังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้นโดยเฉพาะซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างเป็นระบบ แม้ว่าจะมีทรัพยากรชุมชนและเครือข่ายที่พร้อมสนับสนุนก็ตาม ช่องว่างขององค์ความรู้ดังกล่าวทำให้การดูแลผู้ป่วยยังขาดมาตรฐานร่วม ไม่เกิดการบูรณาการการทำงาน

ระหว่างภาคส่วนและไม่สามารถต่อยอดเป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ได้จริงในบริบทชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจึงเป็นแนวทางสำคัญในการเสริมสร้างระบบการดูแลที่ครอบคลุมและยั่งยืน งานวิจัยนี้จึงนำแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ของ Kemmis & McTaggart (2005) มาใช้เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน และยกระดับการดูแล ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในงานวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research (PAR)) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (2005) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) กระบวนการนี้ดำเนินงานจริงใน 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล เพื่อให้ภาคีเครือข่าย ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพจิตต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้ง อสม. ผู้นำชุมชน ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข โดยแต่ละขั้นตอนของ PAR ได้แก่ การระบุปัญหา วางแผนร่วมกัน ลงมือปฏิบัติ และสะท้อนผล ช่วยให้กิจกรรมตอบโจทย์ปัญหาจริงของพื้นที่ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research (PAR)) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม 2568 ในตำบลตูม อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จำนวน 201 คน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 25 คน ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 25 คน อสม. จำนวน 131 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน และทีมสหวิชาชีพจากหน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 7 คน ทั้งหมดเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในระบบดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช (วิโรจน์ ก่อสกุล, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 82 คน ได้จากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีบทบาทสำคัญและมีประสบการณ์ตรงต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ โดยแบ่งเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 25 คน 2) ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 25 คน 3) อสม. ที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หมู่ละ 1 คน จำนวน 12 คน 4) ผู้นำชุมชน หมู่ละ 1 คน จำนวน 12 คน 5) ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลตูม จำนวน 1 คน และ 6) ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล จำนวน 2 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนไม่น้อยกว่า 1 ปี (ผู้ป่วยยกเว้นเงื่อนไขนี้) 2) มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมทุกขั้นตอนของการวิจัย และ 3) สำหรับผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาวะอาการคงที่ และได้รับการประเมินว่ามีความสามารถในการให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจหรือถอนตัวออกจากการศึกษา 2) เปลี่ยนบทบาทหน้าที่ ย้ายที่ทำงาน หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในระหว่างดำเนินการวิจัย และ 3) สำหรับผู้ป่วย หากอาการกำเริบระหว่างการศึกษาและไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างปลอดภัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำสั้น ๆ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก และ ผิด โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบ ให้ 0 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนความรู้ของ บลูม (Bloom, 1971) ดังนี้ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3-4 เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert, 1967) ซึ่งมีทั้งหมด 5 อันดับ โดยเกณฑ์การให้คะแนนจะยึดเนื้อความของข้อความเป็นหลัก ถ้าข้อความด้านบวก จะให้คะแนน ดังนี้ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ถ้าข้อความด้านลบ จะให้คะแนน ดังนี้คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert, 1967) ซึ่งมีทั้งหมด 5 อันดับ โดยเกณฑ์การให้คะแนนจะยึดเนื้อความของข้อความเป็นหลัก คือ ถ้าข้อความด้านบวก จะให้คะแนน ดังนี้คือ ปฏิบัติประจำ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน ถ้าข้อความด้านลบ จะให้คะแนน ดังนี้คือ ปฏิบัติประจำ 1 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 4 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ 5 คะแนน เกณฑ์การแปลผลส่วนที่ 3-5 แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1997) คือ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.68-5.00 หมายถึง ระดับมาก

2. แบบประเมิน ทักษะในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเวช เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำสั้น ๆ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert, 1967) ซึ่งมีทั้งหมด 5 อันดับ โดยเกณฑ์การให้คะแนนจะยึดเนื้อความของข้อความเป็นหลัก ถ้าข้อความด้านบวก จะให้คะแนน ดังนี้คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ถ้าข้อความด้านลบ จะให้คะแนน ดังนี้คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เกณฑ์การแปลผลส่วนที่ 3-5 แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1997) คือ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.68-5.00 หมายถึง ระดับมาก

3. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เป็นการสัมภาษณ์และการสนทนาที่แสดงความคิดเห็นของกลุ่มและในประเด็นที่ผู้วิจัยเห็นว่าควรได้ข้อมูลในลักษณะเฉพาะเจาะจง คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และการสนทนาจะมีความยืดหยุ่นและเอื้อให้ผู้ร่วมวิจัยตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือแบบสอบถาม ได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลจิตเวช สุขภาพจิตชุมชน และการวิจัย จำนวน 3 คน โดยการประเมินใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence (IOC)) ซึ่งผลการประเมินอยู่ในช่วง 0.80-1.00

2. ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) การทดสอบความน่าเชื่อถือโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 21 (KR-21) สำหรับวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ผลการทดสอบแสดงค่าความน่าเชื่อถือที่ 0.78 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) สำหรับวัด การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ของภาคีเครือข่าย และทักษะในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช คือ 0.82, 0.80, 0.85 และ 0.84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (Preparation Phase) เป็นระยะของการเตรียมความพร้อมและศึกษาสถานการณ์ โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตำบลตูมด้วยแบบสอบถาม เพื่อประเมินระดับความรู้ การรับรู้ การมีส่วนร่วม พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย และทักษะในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช จากนั้นจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และทีมสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของชุมชน ตลอดจนทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นฐานในการออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Implementation Phase) เป็นระยะของการดำเนินงานตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

2.1 การวางแผน (Planning) ทีมวิจัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน และทีมสุขภาพ ร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินงาน ออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

2.2 การปฏิบัติ (Action) ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนด ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับผู้ดูแล การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายด้านการเยี่ยมบ้าน การสื่อสาร และการจัดการกรณีฉุกเฉิน การจัดระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ

2.3 การสังเกต (Observation) ระหว่างการดำเนินกิจกรรม ทีมวิจัยทำการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม บันทึกกระบวนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่พบ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2.4 การสะท้อนผล (Reflection) จัดเวทีสะท้อนผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย ผ่านการสนทนากลุ่ม เพื่อถอดบทเรียน วิเคราะห์จุดเด่น จุดที่ควรพัฒนา และปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีความเหมาะสมกับบริบทชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล (Evaluation Phase) เป็นระยะของการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้น โดยดำเนินการประเมินผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมใน 2 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครบ 6 เดือน (สัปดาห์ที่ 24) เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย ด้วยแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ การมีส่วนร่วม พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย และทักษะในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย รวมทั้งสรุปผลลัพธ์ อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากการถอดเทปบันทึกเสียงจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก แล้วจำแนกประเด็นสำคัญออกเป็นหมวดหมู่ตามหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และบริบทของชุมชน จากนั้นจึงจัดกลุ่มเนื้อหา วิเคราะห์ความเชื่อมโยงของข้อมูล และสังเคราะห์เพื่อสรุปสาระสำคัญเชิงลึกที่สะท้อนความต้องการ ปัญหา และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ คะแนนความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และทักษะในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ดำเนินการตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้นของการใช้สถิติ Paired t-test โดยทดสอบการแจกแจงแบบปกติของผลต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมด้วยการทดสอบ Shapiro–Wilk test เมื่อพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Paired t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (รหัส: SPPH 2024-219 อนุมัติวันที่ 22 พฤศจิกายน 2567) ผู้เข้าร่วมได้รับการอธิบายข้อมูลการวิจัยอย่างชัดเจนก่อนลงนามในใบยินยอม โดยผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองจะมีผู้ดูแลลงนามแทน ระหว่างการเก็บข้อมูลมีมาตรการดูแลความปลอดภัย โดยมีผู้ดูแลหรือบุคลากรสาธารณสุขร่วมสังเกตการณ์ และหยุดการเก็บข้อมูลทันทีหากพบความเครียดหรืออาการกำเริบ ข้อมูลทั้งหมดได้รับการปกป้องตามหลักการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) โดยใช้รหัสแทนตัวบุคคล จัดเก็บในระบบที่ปลอดภัย และรายงานผลเฉพาะภาพรวม เพื่อคุ้มครองสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลตูม อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

1. สถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 53.96 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และอาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นหลัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท และมากกว่าครึ่งเคยหยุดยาและขาดนัดรักษาอย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ผ่านมา ขณะที่การติดตามเยี่ยมบ้านจากหน่วยบริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุม การประเมินทักษะการดำรงชีวิตประจำวันพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีข้อจำกัดด้านการจัดการอารมณ์ การผ่อนคลาย และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน พบประเด็นปัญหาและความต้องการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) ผู้ดูแลและชุมชนขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวช ส่งผลให้เกิดทัศนคติเชิงลบและการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง 2) ผู้ป่วยบางส่วนขาดความร่วมมือในการรักษา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และมีพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการติดตามการรักษา 3) การทำงานของภาคีเครือข่ายยังขาดการบูรณาการและระบบการดูแลร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม 4) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยังมีข้อจำกัดจากการขาดความรู้และความมั่นใจ และ 5) ชุมชนมีความต้องการได้รับการสนับสนุนองค์ความรู้ การพัฒนาทักษะการดูแล และระบบการเยี่ยมบ้านและการสื่อสารที่เชื่อมโยงกับทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

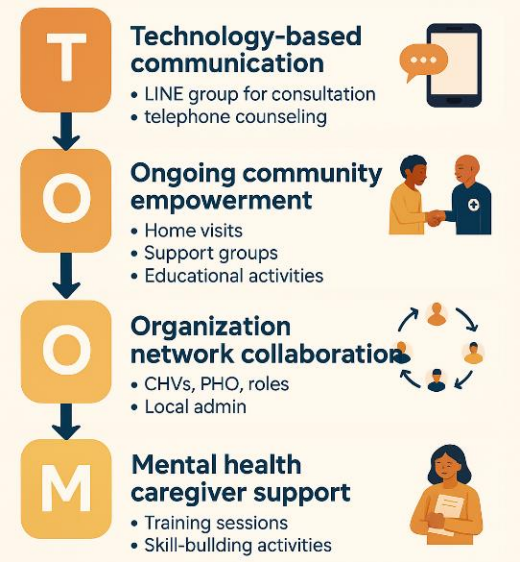
จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ทีมวิจัยและภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เรียกว่า TOOM Model (ภาพที่ 2) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

2.1 การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารและสนับสนุน (Technology-Based Communication) จัดตั้งกลุ่มสื่อสารผ่าน LINE ระหว่างผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อใช้ปรึกษาอาการ แจ้งเตือนการรับยา และประสานกิจกรรมในชุมชน รวมถึงให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับครอบครัวที่ไม่สะดวกเดินทาง ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการติดตามดูแลและลดช่องว่างการสื่อสาร

2.2 กิจกรรมเสริมพลังและสร้างความร่วมมือในชุมชน (Ongoing Community Empowerment) ดำเนินการเยี่ยมบ้านทุก 4 เดือน โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับ อสม. และผู้นำชุมชน เพื่อประเมินอาการ การใช้ยา และสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต พร้อมให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล นอกจากนี้จัดกิจกรรมให้ความรู้ระดับชุมชนเพื่อลดการตีตรา และจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อร่วมติดตามและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความร่วมมือของทีมภาคีเครือข่ายชุมชน (Organization Network Collaboration) กำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายอย่างชัดเจน ได้แก่ อสม. ทำหน้าที่ติดตามการใช้ยาและเยี่ยมบ้านเชิงรุก ผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนทรัพยากรและการประสานงาน และบุคลากรสาธารณสุขทำหน้าที่ให้คำปรึกษาทางวิชาการและร่วมวางแผนการดูแลแบบบูรณาการ

2.4 การส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว (Mental Health Caregiver Support) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช การใช้ยา การสังเกตอาการเตือน และการป้องกันการกำเริบ รวมทั้งฝึกทักษะการสื่อสาร การจัดการอารมณ์ และการสนับสนุนผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ผ่านกิจกรรมบรรยาย กรณีศึกษา และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแล



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (TOOM Model)

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

3.1 การประเมินผลการดำเนินการโดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม 6 เดือน ใน 4 ด้าน ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังพัฒนา

ตัวแปร	ก่อน (n=57)		หลัง (n=57)		Mean Difference	95%CI	t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.					
ความรู้	12.57	2.31	16.12	1.87	3.54	3.08-4.00	15.44	56	<0.001*
การรับรู้	2.86	0.83	4.01	0.43	1.15	0.99-1.32	14.09	56	<0.001*
การมีส่วนร่วม	2.53	0.53	4.08	0.40	1.55	1.43-1.66	27.22	56	<0.001*
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย	2.87	0.76	4.06	0.66	1.19	1.11-1.27	29.71	56	<0.001*

*p-value < 0.05

ส่วนผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากค่าเฉลี่ย 3.12±0.76 ก่อนดำเนินการ เป็น 3.81±0.87 หลังดำเนินการ (p-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังพัฒนา

ตัวแปร	ก่อน (n=25)		หลัง (n=25)		Mean Difference	95%CI	t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.					
ทักษะในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช	3.12	0.76	3.81	0.87	0.69	0.57-0.81	12.38	24	<0.001*

*p-value<0.05

3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) หลังการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้ดูแล ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างชัดเจน โดยเฉพาะความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค การยอมรับบทบาทผู้ดูแล และการสนับสนุนกันในชุมชน ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการสื่อสารและจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยมากขึ้น ลดการตีตรา และสามารถประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นได้ดีขึ้น การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น อสม. ผู้นำชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ ผ่านกิจกรรมและการเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับการสนับสนุนและลดความโดดเดี่ยว นอกจากนี้ ยังเกิดการประสานงานระหว่างภาคีอย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในระดับหมู่บ้าน/ตำบล และพัฒนาระบบติดตามดูแลแบบบูรณาการ สะท้อนถึงการเสริมสร้างระบบดูแลสุขภาพจิตที่ยั่งยืนในบริบทพื้นที่

3.3 ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 57 คน ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. และภาคีเครือข่ายชุมชน มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.56, S.D. = 0.48) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง ได้แก่ ความเหมาะสมของเนื้อหาและกิจกรรม (Mean = 4.62) และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน (Mean = 4.59) บรรยากาศการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมยังช่วยส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของและการสนับสนุนต่อเนื่องในระยะยาว

การอภิปรายผล

1. การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า ตำบลตูมมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติที่แน่นแฟ้น แต่ขาดความเข้าใจที่เป็นระบบและมีการรับรู้เชิงลบต่อผู้ป่วยจนเกิดการตีตรา (Stigma) สอดคล้องกับ Khanthavudh, Grealish, Tzouvara, & Leamy (2025) ที่ระบุว่าผู้ป่วยมักเผชิญการตีตราอย่างรุนแรง ขณะที่ระบบปฐมภูมิยังเน้นสุขภาพกายมากกว่าสุขภาพใจ โดย อสม. ยังขาดแนวทางสนับสนุนด้านสุขภาพจิตที่ชัดเจน นอกจากนี้ Sailun & Kaewketpong (2024) ชี้ว่าปัจจัยทางวัฒนธรรมและความเชื่อเรื่องกรรมเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การรับบริการจิตเวชถูกมองว่า "เสียสติ" ส่งผลให้การเข้าถึงบริการทำได้ยาก แม้รัฐจะมีนโยบายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) แต่ในพื้นที่ชนบทยังติดข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรบุคคล สอดคล้องกับ ศุภเสก วิโรจนาภา และคณะ (2567) ที่พบว่าหน่วยบริการและงบประมาณด้านสุขภาพจิตในระดับพื้นที่มีอยู่อย่างจำกัด ไม่เพียงพอต่อการตอบสนองปัญหาในพื้นที่จริง

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้ TOOM Model ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ: Technology-Based communication, Ongoing Community Empowerment, Organization Network Collaboration และ Mental Health Caregiver Support โดยเน้นให้ภาคีในชุมชนมีส่วนร่วม และใช้เทคโนโลยี เช่น กลุ่ม Line และโทรศัพท์ให้คำปรึกษา ซึ่งช่วยลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการในพื้นที่ชนบทได้อย่างมี

นัยสำคัญ ทำให้สื่อสารได้รวดเร็วและดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง รวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังอาการ สอดคล้องกับ Kapheak et al. (2024) และ Singkhorn et al. (2023) ที่ระบุว่าการใช้เครื่องมือสื่อสารในชุมชนชนบทไทยช่วยเสริมสร้างระบบติดตามและสนับสนุนด้านสุขภาพจิตระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ และการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุน เป็นกลไกสำคัญในการเสริมพลังชุมชนตามแนวคิด CBPR ที่เน้นการมีส่วนร่วมต่อเนื่อง (Israel, Eng, Schulz, & Parker, 2013; Yau, Wong, Kanagawa, Liu, Wong, & Lum, 2024) สอดคล้องกับ Singkhorn et al. (2023) ที่พบว่าการใช้เวทีชุมชนร่วมกับการเยี่ยมบ้านช่วยเพิ่มความมั่นใจให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา และปรับทัศนคติของชุมชนต่อผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้การอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ยังช่วยเปลี่ยนทัศนคติผู้ดูแลจากความท้อแท้เป็นความภาคภูมิใจ (Chankham, Soonthornchaiya, Othaganont, & Wang, 2023; Wells et al., 2025) โดยการรับฟังประสบการณ์เชิงบวกช่วยสร้างแรงจูงใจ และพัฒนาคุณภาพ การดูแล (Scott, Jain, & Cogburn, 2023) ส่งผลให้ผู้ดูแลปรับตัวทางอารมณ์และยอมรับบทบาทใหม่ได้อย่างมั่นใจ (Lee, Puga, Pickering, Masoud, & White, 2019) ซึ่งส่งเสริมสุขภาวะระยะยาวของทั้งสองฝ่าย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) ที่เน้นการดูแลสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานบูรณาการ ภาคีเครือข่ายและครอบครัว เป็นกลไกหลักภายใต้แนวคิด "ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง" เพื่อให้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพตามบริบทพื้นที่

บทบาทของ อสม. ผู้นำชุมชน อปท. และหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพช./รพ.สต.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการ สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2024) ที่เน้นความร่วมมือระหว่างระบบสุขภาพและชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด (ชณิตา ประดิษฐสถาพร, เยาวณี จรูญศักดิ์ และศิริรัตน โกศัลวัฒน์, 2561) ซึ่ง TOOM Model ได้สะท้อนการแบ่งบทบาทที่ชัดเจน คือ อสม. และผู้นำชุมชนช่วยติดตามอาการ ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ และหน่วยบริการสุขภาพวางแผนการดูแลเชิงวิชาการร่วมกับครอบครัว แนวทางนี้สอดคล้องกับ Singkhorn et al. (2023) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีในพื้นที่ช่วยให้การดูแลต่อเนื่อง ลดภาระผู้ดูแล และสร้างความเข้าใจร่วมกันในชุมชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ C4 Framework (Bolton et al., 2023) ที่เน้นการเชื่อมโยงคลินิกกับชุมชนผ่านภาคีท้องถิ่น และงานวิจัยในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลางที่ระบุว่า การจัดเวทีสาธารณะและการฝึกอบรมผู้ดูแล ช่วยส่งเสริมการยอมรับผู้ป่วยและนำไปสู่ความยั่งยืน (Giebel et al., 2024)

ผลการดำเนินงานตาม TOOM Model พบว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง (Self-Efficacy) พร้อมลดภาระทางจิตใจของผู้ดูแล สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997) ที่ระบุว่าความมั่นใจในตนเองเป็นปัจจัยหลักในการกำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน นอกจากนี้ การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นศูนย์กลางผ่านกิจกรรมชุมชน และการสนับสนุนทางสังคม ยังช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและลดความเครียดของทั้งสองฝ่าย (Warren, 2023)

การสนับสนุนในลักษณะมีส่วนร่วมยังช่วยปรับทัศนคติของผู้ดูแลจาก "ความรู้สึกเป็นภาระ" ไปสู่ "ความภาคภูมิใจ" ทำให้พวกเขารู้สึกมีคุณค่าและมีความสามารถ ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในบทบาทและมีความผูกพันต่อหน้าที่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเครียดและเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลระยะยาว (Singkhorn et al., 2023)

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หลังใช้ TOOM Model พบว่าภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลมีความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการดูแล และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สามารถเชื่อมโยงการดูแลระหว่างบ้าน ชุมชน และหน่วยบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีทักษะการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับ Boonyathee et al. (2021) ที่พบว่าการอบรมและติดตามผลต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มความรู้ สมรรถนะแห่งตน และความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) นอกจากนี้ Su, Koo, Lee, Sung, Lee, & Liu (2021) ยังชี้ให้เห็นว่าการอบรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางช่วยพัฒนาความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงบทบาทของการอบรมเชิงปฏิบัติการใน TOOM Model ที่มุ่งเสริมศักยภาพและสร้างความเข้าใจเชิงลึกร่วมกับภาคีเครือข่าย ซึ่งไม่เพียงเพิ่มพูนองค์ความรู้ แต่ยังสร้างทัศนคติเชิงบวก ช่วยลดภาวะความเครียดในการดูแลระยะยาว และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพจิตชุมชนได้อย่างยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. เชิงนโยบาย (Policy Implications)

การใช้ผลการศึกษาหนุนนโยบายสุขภาพจิตท้องถิ่น โดยตั้ง “กลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชชุมชน” เป็นกลไกความร่วมมือระหว่างภาคีและทีมสหวิชาชีพ พร้อมบูรณาการทรัพยากรสนับสนุนการเยี่ยมบ้านและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย เพื่อยกระดับการดูแลในพื้นที่

2. เชิงปฏิบัติ (Practical/Program Implications)

การใช้การสื่อสารผ่านโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์ ควบคู่อบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจให้ผู้ดูแล พร้อมสร้างระบบเฝ้าระวังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยลดการขาดนัดและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการประยุกต์ใช้ TOOM Model ในชุมชนชนบทอื่นที่มีบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใกล้เคียงกัน เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และพัฒนารูปแบบให้มีความเป็นสากลยิ่งขึ้น รวมทั้งควรมีการติดตามผลระยะยาวและประเมินผลกระทบด้านจิตใจของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจิตและการดูแลแบบชุมชนในประเทศไทย*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงานประจำปี 2566*. สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2567 จาก https://dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/.

ชณิตา ประดิษฐสถาพร, เยาวณี จรูญศักดิ์ และศิริรัตน โกศัลวัฒน. (2561). การประยุกต์ใช้แนวคิดนวตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลกเพื่อการดูแลโรคเบาหวานตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. *วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2*(4), 1-8.

ปัทมา พัฒน์พงษ์ และมุทิตา เจริญศักดิ์. (2567). *7 สัญญาณเตือนภัยฆ่าตัวตาย.* สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2567 จาก https://lc.mahidol.ac.th/research-matter/7signals/.

วิโรจน์ ก่อสกุล. (2566). *เอกสารประกอบการบรรยายระบวนวิชาระเบียบวิธีวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และขนิษฐา นันทบุตร. (2561). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36*(2), 68-76.

ศุภเสก วิโรจนาภา. (2567). ลักษณะสุขภาวะเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีโรคทางจิตเวช : การศึกษาเชิงคุณภาพ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 32*(2), 138-152.

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ขอนแก่น. (2567). *กรมสุขภาพจิตย้ำ! โรคทางจิตเวชมีโอกาสกลับมาได้ หากหยุดยา หรือไม่ต่อเนื่องในการรักษา*. สืบค้นเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2567 จาก https://mhc7.dmh.go.th/29/03/2024/17606/.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). *รายงานประจำปี 2566*. สืบค้นเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2567 จาก https://anyflip.com/homepage/vfrgo.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่. (2567). *รายงานประจำปี 2566*. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่.

สุจิตรา ลักษณะ. (2565). ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี : กรณีศึกษาตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 5*(3), 129-137.

สุภาภัค เภตราสุวรรณ. (2567). โรคจิตเวชในคนไทย. สืบค้นเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2567 จาก https://op.mahidol.ac.th/ga/mgr-70/.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.

Best, W. J. (1997). *Research in education.* Boston, MA: Allyn and Bacon.

Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning.* New York: David Mackay.

Bolton, P., et al. (2023). Expanding mental health services in low- and middle-income countries: A task-shifting framework for delivery of comprehensive, collaborative, and community-based care. *Global Mental Health (Cambridge, England)*, *10*, e16. https://doi.org/10.1017/gmh.2023.5

Boonyathee, S., et al. (2021). Effects of a social support family caregiver training program on changing blood pressure and lipid levels among elderly at risk of hypertension in a northern Thai community. *PLoS ONE, 16*(11), e0259697. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259697

Chankham, W., Soonthornchaiya, R., Othaganont, P., & Wang, J. J. (2023). Attitudes of caregivers of older Thai adults with major depression: A qualitative study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *27*(3), 485-499. https://doi.org/10.60099/prijnr.2023.261344

Giebel, C., et al. (2024). Community-based mental health interventions in low- and middle-income countries: A qualitative study with international experts. *International Journal for Equity in Health, 23*, 19. https://doi.org/10.1186/s12939-024-02106-6

Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J., & Parker, E. A. (Eds.). (2013). *Methods for community-based participatory research for health* (2nd ed.). Jossey-Bass.

Kapheak, K. et al. (2024). Developing a social media-based communication system between rural healthcare providers and expert medical personnel in Bokeo province, Laos PDR. *Journal of Population and Social Studies*, *32*, 650-668.

Khanthavudh, C., Grealish, A., Tzouvara, V., & Leamy, M. (2025). Supporting healthcare in rural communities in Thailand: An exploratory qualitative study to understand the role and current mental health practices of village health volunteers. *PLOS ONE, 20*(3), e0320559. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320559

Kemmis, S. & McTaggart, R. (2005). Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 559-603). Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.

Lee, K., Puga, F., Pickering, C. E. Z., Masoud, S. S., & White, C. L. (2019). Transitioning into the caregiver role following a diagnosis of Alzheimer's disease or related dementia: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, *96*, 119-131. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.007

Likert, R. (1967). The method of constructing an attitude scale. In M. Fishbein (Ed.), *Attitude theory and measurement*. New York: Wiley & Sons.

Sailun, S. & Kaewketpong, P. (2024). Mental health stigma in Thai society: Cultural barriers and psychological implications. *Journal of Exploration in Interdisciplinary Methodologies, 1*(6), 14-23.

Scott, H. K., Jain, A., & Cogburn, M. (2023). Behavior modification. In *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Singkhorn, O., et al. (2023). Evaluation of a depression care model for the hill tribes: a family and community-based participatory research. *BMC Psychiatry*, *23*(1), 563. https://doi.org/10.1186/s12888-023-05058-3

Su, H. F., Koo, M., Lee, W. L., Sung, H. C., Lee, R. P., & Liu, W. I. (2021). A dementia care training using mobile e-learning with mentoring support for home care workers: A controlled study. *BMC Geriatrics*, *21*(1), 126. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02075-3

Warren, A. (2023). An integrative approach to dementia care. *Frontiers in Aging*, *4*, 1143408. https://doi.org/10.3389/fragi.2023.1143408

Wells, I., et al. (2025). Co-designing a peer support programme for carers of people treated under the Mental Health Act: Views from stakeholders. *BMC Psychiatry*, *25*(1), 460. https://doi.org/10.1186/s12888-025-06851-y

World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *Mental disorders*. Retrieved July 12, 2025, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders.

World Health Organization. (2024). *Deinstitutionalize mental health care, strengthen community-based services 2024*. Retrieved October 24, 2024, from https://www.who.int/southeastasia/news/detail/12-03-2024-deinstitutionalize-mental-health-care--strengthen-community-based-services--who.

Yau, J. H., Wong, E. L. Y., Kanagawa, H. S., Liu, T., Wong, G. H. Y., & Lum, T. Y. S. (2024). Effectiveness of community-based participatory research (CBPR) interventions on mental health outcomes: A systematic review. *Social Science & Medicine, 363*, 117491. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117491