

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี ตำบล
บ้านค่าย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

DEVELOPMENT OF A CHRONIC PSYCHIATRIC PATIENT CARE'S MODEL BY COMMUNITY NETWORK OF BAN KHAI CHIT DEE, BAN KHAI SUBDISTRICT, MUANG DISTRICT, CHAIYAPHUM PROVINCE

ขวัญใจ ธรรมกุล | *Kwanjai Thummakul* | ORCID ID: 0009-0005-9786-5792

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ประเทศไทย | Ban Kai Sub-District Health Promotion Hospital, Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province, Thailand

Corresponding Author E-mail: dea097@hotmail.com

Received: (December 16, 2024); Revised: (March 2, 2025); Accepted: (March 5, 2025)

Citation:



ขวัญใจ ธรรมกุล. (2568). การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี ตำบลบ้านค่าย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมเพื่อความยั่งยืน (JRIS)*, 2(2), 40-53.

Thummakul, K. (2025). Development of a chronic psychiatric patient care's model by community network of Ban Khai Chit Dee, Ban Khai subdistrict, Muang district, Chaiyaphum province. *Journal of Research and Innovation for Sustainability (JRIS)*, 2(2), 40-53.

ABSTRACT

This study aimed to develop a care model for chronic mental patients Using the concept of Community-Based Development and the participation of the Ban Khai Chit Dee community network and to evaluate the effects of this model using the PAOR cycle. The sample consisted of 140 community network members and 59 chronic mental patients who met the criteria from a total of 72 people. The study was conducted from October 2022 to February 2025. Data collection tools included questionnaires and in-depth interview guides. Quantitative data were analyzed using percentages, mean, standard deviation, and paired-samples t-test, Z-test for proportion. Qualitative data were analyzed thematically.

The study results indicate that the developed model is based on the Community-Based Development approach and consists of the following components 1) Establishment of a community network 2) Development of patient care guidelines in three phases: pre-incident, incident, and post-incident 3) Enhancement of key mechanisms, including a patient screening system, emergency response protocols, and continuous care through the "Light of Hope School" 4) Capacity building for the community network through hands-on training and emergency response drills 5) Creation of the "Ban Khai Chit Dee" database system via an application to enable the community to systematically monitor patients.

After the development, the community network demonstrated a significant increase in knowledge and level of care for chronic mental patients ($p < 0.001$), with an overall satisfaction rate of 97.68%. Moreover, the behavior and functioning of chronic mental patients improved significantly ($p < 0.001$)

Keywords: chronic psychiatric patient, participation, community-based development

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการพัฒนาโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based development) และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบดังกล่าว โดยใช้วงจรปฏิบัติการ PAOR กลุ่มตัวอย่างเป็นเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี จำนวน 140 คน และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 59 คน จาก 72 คน ทำการศึกษาระหว่าง ตุลาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามและแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired-samples T-Test, Z-test for proportion ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษารูปแบบที่พัฒนาขึ้นยึดหลักการพัฒนาโดยชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 1) การจัดตั้งเครือข่ายชุมชน 2) การกำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วยใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะยังไม่มีเหตุ ระยะเกิดเหตุ และระยะหลังเกิดเหตุ 3) การพัฒนากลไกสำคัญ ได้แก่ ระบบคัดกรองผู้ป่วย แนวทางระงับเหตุฉุกเฉิน และการดูแลต่อเนื่องผ่าน “โรงเรียนแสงแห่งความหวัง” 4) การพัฒนา

ศักยภาพเครือข่ายโดยอบรมเชิงปฏิบัติการ ซ้อมแผนการดูแล 5) การสร้างระบบฐานข้อมูล “บ้านค่ายจิตดี” ผ่านแอปพลิเคชันเพื่อให้ชุมชนสามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ

หลังการพัฒนาพบว่าเครือข่ายชุมชนมีความรู้และระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 97.68 นอกจากนี้พฤติกรรมและสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง, การมีส่วนร่วม, การพัฒนาโดยชุมชนเป็นฐาน

1. บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเวช โดยในปี 2562 องค์การอนามัยโลกระบุว่าประมาณ 970 ล้านคน หรือ 1 ใน 8 ของประชากรโลกกำลังเผชิญปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า ซึ่งได้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 26 ในปี 2563 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากผลกระทบของการแพร่ระบาดของ COVID-19 และปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและความรุนแรงในครอบครัว ข้อมูลเผยให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชเพียงร้อยละ 29 เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงการรักษา ผลกระทบจากปัญหาสุขภาพจิตมีส่วนทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลถูกรบกวน และอาจนำไปสู่อาการป่วยจิตเวชที่รุนแรงขึ้น (National Institute of Mental Health, 2023; World Health Organization, 2021; World Health Organization, 2022)

ในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น 2.9 ล้านคน ในปี 2566 จาก 2.8 ล้านคนเมื่อปี 2562 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการเพิ่มจำนวน ได้แก่ ความเครียดจากภาระหนี้สิน การว่างงาน และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด รายงานชี้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องโดยตรงกับภาวะซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ขณะเดียวกันการเข้าถึงบริการจิตเวชยังคงเผชิญความท้าทาย เช่น การขาดบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางและการกระจายบริการที่ไม่เท่าเทียม ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายขาดความต่อเนื่องในการรักษา ทำให้เกิดอาการทางจิตเวชที่รุนแรงขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2566; กรมควบคุมโรค, 2563)

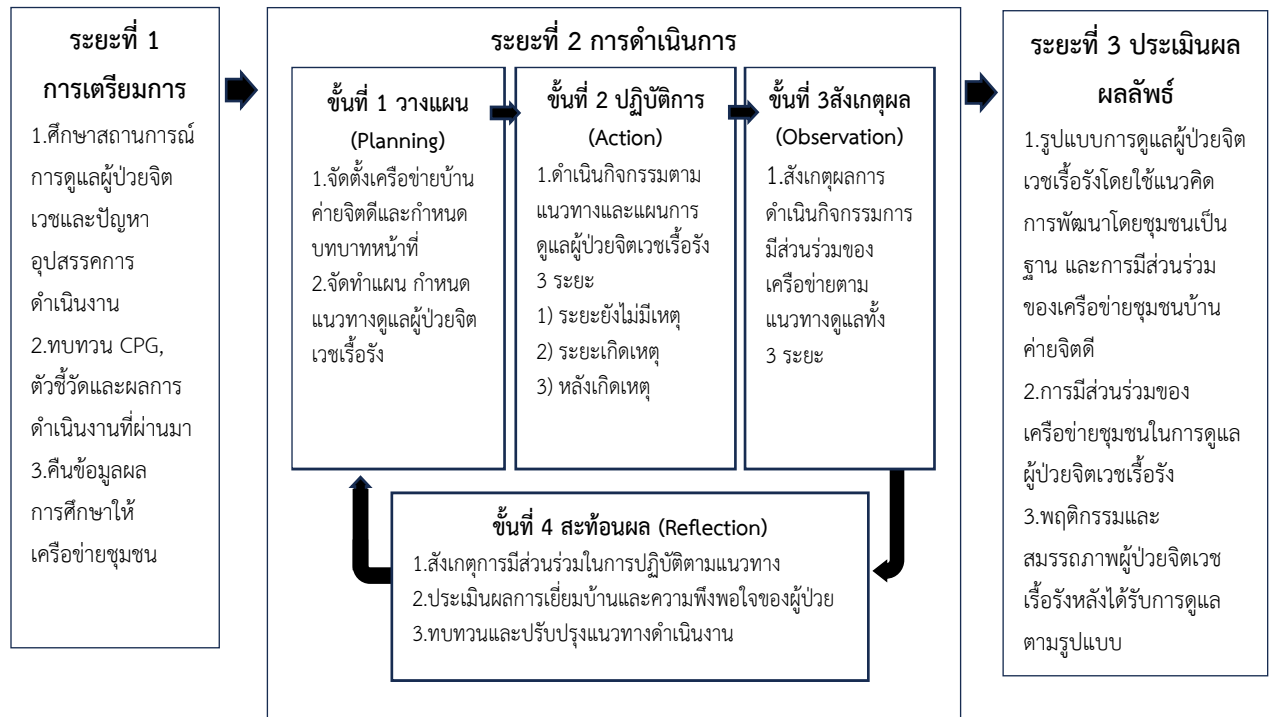
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยชุมชนเป็นฐาน เป็นการสร้างระบบเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่อง เสริมศักยภาพเครือข่ายชุมชน และสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณค่า ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ความรักและความเข้าใจจากครอบครัวสามารถเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูให้กับผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชแก่สมาชิกในชุมชนสามารถช่วยลดการตีตรา ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ง่ายขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2566)

ในอำเภอเมืองชัยภูมิ ปี 2565 พบผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในระบบรักษาจำนวน 781 คน โดยโรคจิตเภทที่มีสาเหตุมาจากการใช้สารเสพติดและปัญหาครอบครัวเป็นกลุ่มโรคที่พบมากที่สุด (โรงพยาบาลชัยภูมิ, 2565) อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยยังมีข้อจำกัด เนื่องจากการขาดความร่วมมือจากเครือข่ายชุมชนที่จะเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นที่มาของการศึกษาและพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อเสนอแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการบูรณาการบริการสุขภาพจิตในชุมชนผ่านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยครอบครัว ทีมสุขภาพ และเครือข่ายชุมชนที่หลากหลาย

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี
- 2.2 เพื่อศึกษาผลการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง
- 2.3 เพื่อศึกษาผลการพัฒนาพฤติกรรมและสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังหลังการดูแลตามรูปแบบ

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to research) ใช้แนวคิด การพัฒนาโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based development) และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ชุมชนบ้านค่ายจิตดี นำกรอบแนวคิดวงรอบปฏิบัติการ PAOR ของ Kemmis and McTaggart (Kemmis & McTaggart, 1988) มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ในเขตตำบลบ้านค่าย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ทำการศึกษาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2568

4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

4.1.1 เครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี จำนวน 140 คน ประกอบด้วย ผู้นำท้องถิ่น จำนวน 14 คน ผู้นำท้องที่ จำนวน 28 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 88 คน ปก.จำนวน 4 คน ตำรวจ จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

4.1.2 ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในเขตตำบลบ้านค่าย จำนวน 59 คน เนื่องจากเป็นประชากรที่เปราะบาง ผู้วิจัยจึงพิจารณาประชากรจากผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทั้งหมด 72 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) อยู่ในภาวะอาการสงบ สามารถพูดคุยสื่อสารรู้เรื่อง ประเมินจาก Brief psychiatric rating scale (BPRS) ระดับที่ 2 (Overall, J. E., & Gorham, D. R., 1962) 2) มีศักยภาพในการเข้าร่วมวิจัย 3) เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และ 4) ได้รับการยินยอมจากญาติให้เข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ญาติไม่ประสงค์จะให้เข้าร่วมวิจัยต่อไป 2) อาการทางจิตกำเริบหรือมีอาการเจ็บป่วยระหว่างการวิจัย 3) นัดหมายแล้วติดตามเยี่ยมไม่พบผู้ป่วย 4) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.2.1 แบบสอบถามเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

4.2.1.1. ส่วนข้อมูลทั่วไปเครือข่าย จำนวน 7 ข้อ

4.2.1.2. ส่วนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบทดสอบที่มีคำตอบแบบ ถูกผิด โดยถูก = 1 คะแนน ตอบผิด = 0 คะแนน แปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ รู้โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับ คะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom (Bloom, Madaus, & Hastings, 1971)

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป = ระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60 - 80 = ระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 = ระดับต่ำ

4.2.1.3. ส่วนระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 4 มุมมอง จำนวน 20 ข้อ เป็น rating scale 3 ระดับ คือ 3= มาก , 2=ปานกลาง, 1= น้อย (Best, 1997) ได้แก่

มุมมองเชิงคุณค่าหรือระดับประชาชน

มุมมองเชิงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือระดับภาค

มุมมองเชิงบริหารจัดการหรือระดับกระบวนการ

มุมมองเชิงการเรียนรู้และพัฒนา

4.2.1.4. ส่วนประเมินความพึงพอใจของเครือข่าย จำนวน 8 ข้อ เป็น Rating scale แบบวัด 4 ระดับ (อภิชัย มงคล และคณะ, 2545) คือ 4= มาก, 3=ปานกลาง, 2 = น้อย, 1= ไม่พอใจ แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ (Best, 1997) คือ ระดับสูงมีคะแนนร้อยละ 80 - 100, ระดับปานกลางมีคะแนนร้อยละ 60 - 80 และระดับต่ำมีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

4.2.2 แบบสอบถามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชโดยญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 8 ข้อ 2) ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยประยุกต์มาจากเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) จำนวน 13 ข้อ โดยระดับคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ (ระดับ 1-5) คะแนนแต่ละข้อเท่ากับหมายเลขหน้าคำตอบนั้นๆ และหาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวม คะแนนที่ได้ทั้งหมดหารด้วย 13 เป็นค่าเฉลี่ย แบ่ง 3 ระดับ ระดับ 1 น้อยกว่า 2.40 คะแนน = ผู้ป่วยอาการรุนแรง เป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควบคุมความสงบของผู้อื่นหรือเป็นผู้ที่อยู่ตามลำพังไม่ยุ่งกับใคร ระดับ 2 น้อยกว่า 2.40-3.40 คะแนน = ผู้ป่วยอาการทุเลापานกลางเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง แต่ยังมีอาการทางจิตเหลืออยู่ ระดับ 3 มากกว่า 3.40 คะแนน = ผู้ป่วยอาการทุเลามาก ผู้ป่วยพึ่งตนเองได้หรือประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ อาจช่วยเหลือผู้อื่นได้

4.2.3 แนวคำถามแบบเจาะลึก (In – depth interview) เก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหาโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกในประชากรกลุ่มเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง โดยใช้แนวคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายบ้านค่ายจิตดีซึ่งใช้ในการถามแบบเจาะลึกทั้ง 2 กลุ่ม

4.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.3.1 การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) คือการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ โดยศึกษารวบรวมเนื้อหาจากเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแบบสัมภาษณ์ สร้างแบบสัมภาษณ์โดยยึดหลักตามเนื้อหาซึ่งถูกต้องตามหลักวิชาการ แนวคิดทฤษฎี เพื่อให้เกิดความถูกต้องครอบคลุมเนื้อหาตามกรอบแนวคิด และนำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวชจากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ แพทย์เวชกรรมสังคม และหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลชัยภูมิ ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมครบถ้วนสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัด ตรงตามกรอบแนวคิด การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษาแล้วนำไปปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้ถูกต้อง

4.3.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วทำการทดลอง (Try out) สัมภาษณ์กับเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ศึกษา แล้วนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้อง พิจารณาใช้ภาษาที่อ่านเข้าใจง่ายและมีความชัดเจนของภาษาวิเคราะห์แบบสัมภาษณ์รายข้อกับคะแนนรวม (Item total correlation analysis) ในข้อคำถามทั้งหมด ข้อคำถามที่มีค่าเป็นลบหรือต่ำกว่า 0.2 พิจารณาปรับปรุงหรือตัดทิ้งไป หาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ ในส่วนการวัดความรู้ แล้วเลือกข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกช่วง 0.20 – 0.80 หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) K- 20 ได้เท่ากับ 0.79 ค่าความเที่ยง (Reliability) ด้านการปฏิบัติตัวการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยวิธีการของ ครอนบาค (Cronbach's method) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of alpha) ค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.81

4.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลในกระบวนการวิจัยโดย 1) ผู้วิจัยคัดลอกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว (Collection of secondary data) จากทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปตำบล และข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 2) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ (interview) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวช และผู้วิจัยสังเกตและบันทึกผลการมีส่วนร่วมจากการเข้าร่วมกิจกรรมการ ได้แก่ การประชุมวางแผน (Planning) การบันทึกภาคสนามจากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นระยะการปฏิบัติการ (Action) และระยะสังเกตการณ์ (Observation) และ 3) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่าง

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

4.5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์มาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เร็วรั้งก่อนและหลังพัฒนา และเปรียบเทียบระดับอาการผู้ป่วยจิตเวชเร็วรั้งก่อนและหลังพัฒนา ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired-Samples T-Test และ Z-test for proportion กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.001

4.5.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็นสำคัญ แล้วนำเสนอด้วยการอธิบาย บรรยาย และอภิปราย ตามสภาพความเป็นจริง และตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

4.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์โดยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่หนังสือรับรอง ECCPH.005/2568 รหัสโครงการ 005/2568 วันที่รับรอง 30 มกราคม 2568 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการวิจัยโดยชี้แจงรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลแนะนำตนเองอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมที่ไม่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคลพร้อมทั้งแนบใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ไปกับแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามใบยินยอมจากนั้นสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจนครบถ้วนข้อคำถาม

5. ผลการวิจัย

5.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ที่พัฒนาขึ้นยึดหลักการพัฒนาโดยชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย

5.1.1 การจัดตั้งเครือข่ายชุมชน “บ้านค่ายจิตดี” ซึ่งประกอบด้วย ส่วนราชการและภาคีเครือข่าย ได้แก่ ตำรวจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นายกฯ ปลัดเทศบาลตำบล/องค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และเครือข่ายในชุมชน

5.1.2 การกำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วยใน 3 ระยะ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะยังไม่มีเหตุ ระยะเกิดเหตุ ระยะหลังเกิดเหตุ

5.1.3 การพัฒนาไกด์สำคัญ ได้แก่ 1) ระบบคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ตามระดับอาการ แยกกลุ่มจากคะแนน OAS (Overt Aggression Scale) และ 2ย1ส (ญาติดี ยาดี ไม่มีสารเสพติด) แบ่งระดับออกเป็นสี่ ได้แก่ สีเขียว (OAS=1 และ 2ย1ส ครบทุกข้อ) สีเหลือง (OAS=2 หรือ 2ย1ส ไม่ครบทุกข้อ) และสีแดง (OAS=3) 2) การพัฒนาแนวทางระงับเหตุฉุกเฉิน และ 3) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่องผ่าน “โรงเรียน แสงแห่งความหวัง”

5.1.4 การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายโดยอบรมเชิงปฏิบัติการ ซ้อมแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมุ่งพัฒนาให้เครือข่ายให้มีความรู้ เข้าใจบทบาทหน้าที่และสามารถปฏิบัติตามแนวทางอย่างมีประสิทธิภาพ

5.1.5 การสร้างระบบฐานข้อมูล “บ้านค่ายจิตดี” ผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี ซึ่งประกอบด้วยระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ซึ่งพัฒนาจาก Google Apps ประกอบด้วย Gmail, Google Drive, Google Sheet พัฒนาแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือด้วย Google AppSheet เชื่อมโยงข้อมูลบริการและการบันทึกผลดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ผลการเยี่ยมบ้าน มีระบบ Line Alert แจ้งเตือนการนัดหมายพบแพทย์ นัดหมายรับยา ฉีดยาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

5.2 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี

5.2.1 ข้อมูลคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี จำนวน 140 คน ประกอบด้วย ผู้นำท้องถิ่น ท้องที่ อสม. ปภ. ตำรวจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.71 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 40.71 สถานภาพคู่ ร้อยละ 71.43 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 39.29 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.42 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 33.57 และบทบาททางสังคม อสม. ร้อยละ 42.14

5.2.2 ความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง พบว่า ก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 81 คน (ร้อยละ 57.86) รองลงมาระดับต่ำ จำนวน 31 คน (ร้อยละ 22.14) หลังพัฒนา พบว่า กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่ระดับสูง จำนวน 127 คน (ร้อยละ 90.71) รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 13 คน (ร้อยละ 9.29) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ระดับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังก่อนและหลังพัฒนา

ระดับความรู้	ก่อนพัฒนา (n=140)		หลังพัฒนา (n=140)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	28	20.00	127	90.71
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	81	57.86	13	9.29
ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	31	22.14	0	0.00

การศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังก่อนและหลังพัฒนา พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 1.95 คะแนน (95%CI: 1.69, 2.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

ระดับความรู้	ผลการเปรียบเทียบ (n=140)						
	M	SD	Mean. Diff.	95%CI	t-test	df	p-value
ก่อนพัฒนา	6.46	1.34	-1.95	-2.23 ถึง -1.69	14.18	278	<0.001
หลังพัฒนา	8.41	0.93					

5.2.3 ระดับปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง หลังการพัฒนา ไม่พบการปฏิบัติในระดับต่ำ แต่พบว่าการปฏิบัติในระดับสูงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 84.70 (95% CI: 78.52, 90.88) ขณะที่การปฏิบัติระดับปานกลางลดลงเล็กน้อย ร้อยละ 1.44 (95% CI: -8.89, 6.01) อธิบายได้ว่า มีการปฏิบัติที่ดีขึ้นหลังการพัฒนา ดังตาราง 3

ตาราง 3 ระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังก่อนและหลังพัฒนา

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนพัฒนา (n=140)		หลังพัฒนา (n=140)		Prop.diff. (95% CI)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับสูง(ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	6	4.29	125	89.29	84.70 (78.52, 90.88)
ระดับปานกลาง(ร้อยละ60-79)	17	12.14	15	10.71	-1.44 (-8.89, 6.01)
ระดับต่ำ(ต่ำกว่าร้อยละ 60)	117	83.57	0	0.00	-83.60 (-89.73, -77.47)

การศึกษาระดับปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังของเครือข่ายชุมชนก่อนและหลังพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับปฏิบัติเพิ่มขึ้น 38.91 คะแนน (95% CI: 38.66, 39.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

ระดับการปฏิบัติ	ผลการเปรียบเทียบ (n=140)						
	M	SD	Mean. Diff.	95%CI	t-test	df	p-value
ก่อนพัฒนา	20.69	1.17	-1.95	-39.24 ถึง -38.57	229.80	278	<0.001
หลังพัฒนา	59.60	0.97					

5.2.4 ความพึงพอใจเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตติ จำนวน 140 คน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า เครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมาก ข้อคำถามที่ได้คะแนนสูงสุดได้แก่ ด้านความคิดในการดำเนินโครงการต่อเนื่องโดยความร่วมมือของคนในชุมชนและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลจังหวัด ($M = 3.96$) รองลงมาด้านผลงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว ($M = 3.94$) และมีความพึงพอใจภาพรวมที่ได้เข้าร่วมโครงการ ($M = 3.91$) ดังตาราง 5

ตาราง 5 ความพึงพอใจเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตติ

ความพึงพอใจ	M	SD	ร้อยละ	ระดับความพึงพอใจ
1. ยินดีเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้	3.78	0.29	94.46	ระดับสูง
2. ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้	3.82	0.23	95.54	ระดับสูง
3. ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	3.76	0.29	94.11	ระดับสูง
4. ความรู้ที่ได้รับจากโครงการนี้สอดคล้องกับการดำเนินงาน	3.71	0.33	92.86	ระดับสูง
5. พึงพอใจผลงานจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว	3.93	0.07	98.21	ระดับสูง
6. หลังโครงการคนในชุมชนมีการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวยิ่งขึ้น	3.81	0.24	95.18	ระดับสูง
7. โครงการนี้สามารถดำเนินงานได้ต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของคนในชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และโรงพยาบาลจังหวัด	3.94	0.05	98.57	ระดับสูง
8. ความพึงพอใจภาพรวมที่ได้เข้าร่วมโครงการ	3.91	0.08	97.68	ระดับสูง

5.3 การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

45.3.1 ข้อมูลคุณลักษณะผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง จำนวน 59 คน กลุ่มตัวอย่างแยกตามเพศจำนวนใกล้เคียงกัน คือเพศชาย จำนวน 30 คน(ร้อยละ 50.85)และเพศหญิง จำนวน 29 คน(ร้อยละ 49.15) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 46-55 ปี ร้อยละ 25.42 สถานภาพคู่ ร้อยละ 38.98 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 54.24 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 59.32 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 54.24 ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 94.92 และการวินิจฉัยโรคจิตเภท (Schizophrenia) ร้อยละ 54.24

5.3.2 การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ภายหลังพัฒนาได้รับการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านตามแนวทางโดยเครือข่ายบ้านค่ายจิตดี ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมีอาการป่วยดีขึ้น โดยก่อนพัฒนาผู้ป่วยที่มีอาการระดับที่ 1 อาการรุนแรงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ครอบคลุมความสงบของผู้อื่น หรือเป็นผู้ที่อยู่ตามลำพังไม่ยุ่งกับใคร จำนวน 10 คน ภายหลังพัฒนาสามารถเปลี่ยนระดับอาการทำให้ไม่พบผู้ป่วยที่อยู่ในระดับนี้ ดังตาราง 6

ตาราง 6 ระดับอาการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังก่อนและหลังพัฒนา

ระดับอาการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง	ก่อนพัฒนา (n=59)		หลังพัฒนา (n=59)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับที่ 1 ผู้ป่วยอาการรุนแรงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ครอบคลุมความสงบของผู้อื่น หรือเป็นผู้ที่อยู่ตามลำพังไม่ยุ่งกับใคร	10	16.95	0	0.00
ระดับที่ 2 ผู้ป่วยอาการทุเลาปานกลาง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง แต่ยังมีอาการทางจิตเหลืออยู่	16	27.12	7	11.86
ระดับที่ 3 ผู้ป่วยอาการทุเลามาก พึ่งตนเองได้หรือประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ อาจช่วยเหลือผู้อื่นได้	33	55.93	52	88.14

การศึกษาระดับอาการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังก่อนและหลังพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเพิ่มขึ้น 6.65 คะแนน (95% CI: 4.09, 9.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตาราง 7

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

ระดับอาการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง	ผลการเปรียบเทียบ (n=59)						
	M	SD	Mean. Diff.	95%CI	t-test	df	p-value
ก่อนพัฒนา	42.66	10.74	-6.65	-10.61 ถึง -2.68	3.31	116	0.001
หลังพัฒนา	49.31	11.02					

6. อภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเป็นประเด็นท้าทายที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตติ ซึ่งมีการจัดตั้งทีมเครือข่ายชุมชนกำหนดแนวทางการดูแล และพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการทำงาน ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลนี้มีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะของเครือข่ายชุมชน ส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และนำไปสู่การปรับปรุงอาการของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

ความสำเร็จของโครงการนี้สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งและการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน ทำให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศยังช่วยอำนวยความสะดวกในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพจิต เช่น งานวิจัยของกำทร ดานา (2564) อังคณา วังทอง และคณะ (2562) และธัญญกษณ์ ไชยสุขมอลเลอร์พ และคณะ (2566) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถช่วยจัดการกับภาวะซ้ำของโรค ลดความรุนแรงของอาการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 การคัดกรองและการติดตามผลผู้ป่วย ควรให้ความสำคัญกับการค้นหาผู้ป่วยจิตเวชในระยะเริ่มต้น โดยมุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ วัยรุ่น และผู้ที่มีประวัติครอบครัวเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้การรักษาเริ่มต้นได้เร็วขึ้น และมีการศึกษาและติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบในการปรับตัวของผู้ป่วยในชุมชน รวมถึงการลดอัตราการกลับมารักษาที่โรงพยาบาล

7.2 การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายการดูแลและการดูแลในชุมชน การเสริมสร้างทักษะของ อสม. ผู้นำชุมชน และเครือข่ายอื่นๆ ควรเน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการจัดการอารมณ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย เน้นการดูแลที่ครบถ้วน ทั้งในด้านการรักษาทางการแพทย์และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น การฟื้นฟูอาชีพ และการจัดกิจกรรมทางสังคม และการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันติดตามสุขภาพจิต และการให้คำปรึกษาออนไลน์ สามารถช่วยเสริมความเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายชุมชนและระบบสาธารณสุขได้

7.3 การสนับสนุนและการลดความเครียดในครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วย แต่ปัญหาความเครียดในผู้ดูแลควรได้รับการแก้ไขโดยการออกแบบโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว เช่น การจัดกลุ่มสนับสนุนหรือการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล

7.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรพัฒนานโยบายที่สนับสนุนการฝึกอบรมทักษะให้กับเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน โดยเฉพาะอสม. และผู้นำชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน ผ่านการให้การสนับสนุนด้านการฝึกอบรมและสื่อสารที่มีความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมท้องถิ่น และสนับสนุนการรณรงค์และสร้างความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิต ผ่านการใช้สื่อสารมวลชนและการจัดกิจกรรมในชุมชน เพื่อให้เกิดการยอมรับและลดความกลัวหรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช การลดการตีตราจะช่วยให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเข้ารับการรักษามากขึ้น

7.5 ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต ควรศึกษาผลกระทบของการคัดกรองในระดับชุมชนต่อการลดอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว และทบทวนวิธีการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และเน้นการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสร้างความเข้าใจในชุมชนผ่านสื่อสารมวลชนและกิจกรรมสาธารณะ เพื่อลดอคติและส่งเสริมการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชในสังคม

8. สรุป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง โดยใช้แนวคิด การพัฒนาโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based development) และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบดังกล่าว เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติ (Action research) โดยเป็นการพัฒนาจากงานประจำสู่งานวิจัย (Routine to research) ซึ่งประกอบด้วยการจัดตั้งทีมเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี การกำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วย 3 ระยะ คือ ระยะยังไม่มีเหตุ ระยะเกิดเหตุ ระยะหลังเกิดเหตุ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและการดูแลติดตามดูแลผู้ป่วยผ่านกิจกรรมโรงเรียนแสงแห่งความหวัง และพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง “บ้านค่ายจิตดี” และแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ และประชุมเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี เพื่อติดตาม ประเมินผล และทบทวนปรับปรุงแนวทางทุก 3 เดือน ผลลัพธ์จากการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมีพฤติกรรมรายด้านและสมรรถภาพดีขึ้นและเครือข่ายชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการปัญหาเชิงระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดช่องว่างระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลกับการดูแลในชุมชน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดีเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและเสริมสร้างความยั่งยืนในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

9. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ โรงพยาบาลชัยภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าย เครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

10. เอกสารอ้างอิง

- Best, J. W. (1997). *Research in education* (8th ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. McGraw-Hill.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner*. Deakin University Press.
- National Institute of Mental Health. (2023). *Mental health and COVID-19: What we know so far*. <https://www.nimh.nih.gov>
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799–812.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int>
- World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020*. World Health Organization.
- กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานการตีพิมพ์แอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดในประเทศไทย. กรมควบคุมโรค.
- กรมสุขภาพจิต. (2566). การรายงานจำนวนผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย. กรมสุขภาพจิต.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2541). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. กระทรวงสาธารณสุข.
- กำทร ดานา. (2564). การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. *วารสารสุขภาพจิตชุมชน*, 29(2), 123–130.
- ธัญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์รพ, กานดา ศรีโพธิ์ชัย, และณัฐพร ยี่วาศรี. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 8(2), 521–531.
- โรงพยาบาลชัยภูมิ. (2565). รายงานการศึกษาสถานที่และปัจจัยเสี่ยงของโรคจิตเภทในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ. โรงพยาบาลชัยภูมิ.
- อภิชัย มงคล, และคณะ. (2545). การพัฒนาเครื่องมือประเมินความพึงพอใจของเครือข่าย. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย.
- อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง, และกิตติพัฒน์ ทุตติยาสาสดี. (2562). รูปแบบการบูรณาการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 4(3), 131–142.