

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ

Development of a Community-Based Mental Health Care Model through the District Quality of Life Development Committee in Ban Thaen District, Chaiyaphum Province

นิตยา พวงเวียง^{1*}, สมคิด เทียมแก้ว²

Nittaya Phuangwiang, Somkid Thiemkaew

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแท่น, โรงพยาบาลบ้านแท่น

¹Ban Thaen District Public Health Office, ²Banthaen Hospital

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Nittaya Phuangwiang, e-mail: nidssobt@hotmail.com)

(Received: March 14, 2025; Revised: April 14, 2026; Accepted: April 21, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ การวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ (1) การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (2) การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (3) การสะท้อนผลการปฏิบัติ และ (4) ประเมินผลการปฏิบัติ ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล จำนวน 210 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 81 คน ประกอบด้วยคณะกรรมการ พชอ. จำนวน 21 คน และอื่นๆ จำนวน 60 คน รวมทั้งสิ้น 291 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง (SMI-V) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Pair t-test และสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร่วมกับการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่พัฒนาขึ้น คือ “ระบบบุตรบุญธรรม” ที่เน้นการบูรณาการบทบาทเชิงเครือข่าย มี อสม. เป็น “แม่” ผู้นำชุมชนเป็น “พ่อ” และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็น “ญาติ” ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบพบว่า สามารถลดเหตุการณ์ความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง (SMI-V) ได้ร้อยละ 80 โดยจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงลดลงจาก 43 ครั้ง เหลือเพียง 5 ครั้ง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มสีแดงร้อยละ 67.56 สามารถเปลี่ยนสถานะเป็นกลุ่มสีเหลืองซึ่งมีระดับความปลอดภัยมากขึ้น และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการได้รับยาต่อเนื่องได้ร้อยละ 100 อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยลดลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อรูปแบบการดูแล พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.52, SD = 0.40) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรกำหนดรูปแบบดังกล่าวเป็นวาระ

สำคัญของพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และควรมีการศึกษาความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และการติดตามประเมินผลในระยะยาว เพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช, ผู้ป่วยจิตเวช, การพัฒนาคุณภาพชีวิต

Abstract

This study employed an action research design aimed at developing a community-based care model for psychiatric patients through the District Health Board (DHB) mechanism in Ban Thaen District, Chaiyaphum Province, Thailand. The research process was conducted in four phases: (1) situation and problem analysis, (2) development and implementation of the community-based psychiatric care model, (3) reflection on the implementation process, and (4) evaluation of the outcomes. The study period spanned from November 2024 to November 2025. Participants included 210 psychiatric patients and their caregivers, purposive sampling based on inclusion criteria. In addition, key stakeholders involved in the research included 21 members of the District Health Board and 60 related personnel, resulting in a total of 291 participants. Research instruments included focus group discussion, in-depth interview, a satisfaction questionnaire, and an assessment form for severe mental illness with violent behavior (SMI-V). Data was analyzed using pair t-test, descriptive statistics and content analysis.

The findings revealed that the developed model was a “foster family system” emphasizing the integration of kinship-based roles within the community network. In this model, village health volunteers assumed the role of “mothers,” community leaders served as “fathers,” and health personnel acted as “relatives,” collaboratively supporting the care of psychiatric patients in the community. The effectiveness of the model demonstrated a significant reduction in violent incidents among high-risk psychiatric patients (SMI-V) by 80%, decreasing from 43 incidents to 5 incidents. Before and after the operation was statistically significantly different at the 0.05 level. In addition, 67.56 % of patients classified in the red category transitioned to the yellow category, indicating a safer level of risk. All patients (100%) were able to access continuous medication. The rate of missed appointments among patients was significantly reduced from the baseline ($p < 0.05$). The overall satisfaction of stakeholders with the model was at a high level (Mean=3.52, SD=0.40).

Policy implications suggest that this model should be prioritized as a key agenda item for community mental health care at the district level. Future research is recommended to assess cost-effectiveness from a health economics perspective and conduct long-term follow-up studies to ensure the sustainability of community-based psychiatric care systems.

Keywords: Community Mental Health Care Model Development, Psychiatric Patients, Quality of Life Development

บทนำ

รัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) เพื่อพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน จึงมีการจัดตั้ง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านกลไกความร่วมมือในระดับพื้นที่ โดยกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนการดำเนินงานผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอ ((District Health System - DHS) และกระบวนการ UCCARE ที่เน้นการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดชัยภูมิได้นำนโยบายดังกล่าวมาดำเนินงานทั้ง 16 อำเภอ โดยให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เนื่องจากสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในเขตสุขภาพที่ 9 พบผู้ป่วยสะสมเพิ่มจาก 49,712 ราย ในปี พ.ศ. 2566 เป็น 50,594 ราย ในปี พ.ศ. 2567 (กรมสุขภาพจิต, 2565) ขณะที่จังหวัดชัยภูมิพบผู้ป่วยสะสม 8,630 ราย และในอำเภอบ้านแท่นพบผู้ป่วยจิตเวช ในช่วงปี พ.ศ. 2564–2566 จำนวน 925 ราย นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง (SMI-V) จากการขาดยาและการใช้สารเสพติด ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินทางจิต เช่น คลุ้มคลั่ง ทำลายทรัพย์สิน และทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น โดยในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าว 29 ราย และเพิ่มเป็น 31 ราย ในปี พ.ศ. 2567 สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยการทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกับจังหวัดชัยภูมิ พบว่า 1) รูปแบบการดำเนินงานยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนมีการดำเนินงานแบบแยกส่วนการดำเนินงาน 2) ผู้บริหารระดับสูงมีการโยกย้ายเปลี่ยนแปลงบ่อยและไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควรส่งผลให้การกำหนดทิศทางองค์กรไม่ชัดเจน 3) การจัดการทรัพยากรขาดประสิทธิภาพและการจัดการข้อมูลยังไม่เป็นระบบ (แววดี เหมวรานนท์, 2563) และการทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 9 รวมถึงจังหวัดชัยภูมิ พบว่า 1) ขาดการบูรณาการ และการมีส่วนร่วม ระหว่าง ภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน 2) การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน พชอ.ที่ไม่ต่อเนื่อง 3) ประเด็น พชอ.มีความหลากหลาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) และประดิษฐ์ ศรีแสน และคณะ (2567) จากช่องว่างดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ เพื่อเป็นแนวทางและข้อเสนอเชิงนโยบายในการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ และตำบลให้มีศักยภาพในการรองรับนโยบาย การประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของการทำงานแบบบูรณาการ ทั้งเชิงปฏิบัติการและบริหารจัดการให้ดำเนินงานอย่างมีเอกภาพและประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและบริบทของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ
4. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในด้าน
 - การลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง
 - การเข้าถึงบริการและการได้รับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช
 - ความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อรูปแบบการดูแล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ดังนี้



ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง พฤศจิกายน 2568

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชนผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอบ้านแท่น จังหวัด ชัยภูมิ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสะท้อนผล และการ ประเมินผล เพื่อพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

พื้นที่ศึกษา

การศึกษาดำเนินการในพื้นที่อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และมีเครือข่ายการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 291 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 210 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชจากแพทย์ และขึ้นทะเบียนรักษาในหน่วย บริการสาธารณสุขในพื้นที่

2) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

3) เป็นผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ หรือมีญาติผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูลแทนได้

4) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวช เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติที่ดูแลผู้ป่วย

เป็นประจำ

5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

3) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยระหว่างการ

เก็บข้อมูล

4) ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยทางกายรุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 81 คน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 21 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 18 คน ตำรวจ 6 คน อปท. 12 คน ผู้นำชุมชน 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 18 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) เป็นบุคลากรหรือผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2) ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ ไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 3) มีประสบการณ์หรือมีส่วนร่วมในการดูแลหรือแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
- 4) สนใจเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือให้ข้อมูลได้ตลอดกระบวนการวิจัย
- 2) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างดำเนินการวิจัย
- 3) ผู้ที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงลึกจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
4. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช (SMI-V) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2563)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่า 0.80

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและเครือข่ายในชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่

ระยะที่ 3 การสะท้อนผลการปฏิบัติ จัดประชุมสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และแนวทางปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ระยะที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้แก่ การลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช การเข้าถึงบริการและการได้รับยาต่อเนื่อง รวมทั้งความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อรูปแบบการดูแล

ตารางที่ 1 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Process)

ระยะการวิจัย	กิจกรรมดำเนินการ	วิธีการเก็บข้อมูล	ผลลัพธ์ที่ได้
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหา	วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	สนทนากลุ่ม สัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ได้ข้อมูลปัญหา แนวทางและบริบทของพื้นที่
ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ	ร่วมกันออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทดลองใช้รูปแบบ	ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
ระยะที่ 3 สะท้อนผลการปฏิบัติ	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และปรับปรุงรูปแบบ	การประชุมสะท้อนผล สนทนากลุ่ม	ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบท
ระยะที่ 4 ประเมินผลการปฏิบัติ	ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ	แบบประเมิน SMI-V แบบสอบถามความพึงพอใจ	ได้ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย การเข้าถึงยาและความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Pair t-test สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร่วมกับการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 75/2567 วันที่รับรอง 22 พฤศจิกายน 2567- 22 พฤศจิกายน 2568 ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการได้รับบริการ พร้อมทั้งมีการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ดูแล โดยจำแนกตามเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่รับบริการ และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศและอายุ (n = 210)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	77	39.90
หญิง	116	60.10
อายุ (ปี)		
10-19	3	1.42
20-29	25	11.90
30-39	57	27.14
40-49	59	28.09
50-59	47	22.38
≥60	18	8.57

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 116 คน (ร้อยละ 60.10) เพศชาย 77 คน (ร้อยละ 39.90) ช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 59 คน (ร้อยละ 28.09) รองลงมาคือ 30-39 ปี (ร้อยละ 27.14) และ 50-59 ปี (ร้อยละ 22.38) โดยมีอายุเฉลี่ย 39.52 ปี (SD=11.16) อายุขั้นต่ำ 12 ปี และสูงสุด 69 ปี

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละจำแนกตามความสัมพันธ์ผู้ป่วยและญาติ (n=210)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
ผู้ป่วย	95	45.24
ญาติผู้ป่วย	115	54.76
ระยะเวลาที่รับบริการ (ปี)		
1-5 ปี	22	10.53
6-10 ปี	35	17.89
11-15 ปี	43	24.21
16-20 ปี	82	38.95
≥20 ปี	18	8.42

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย (ปี)		
1-5 ปี	2	1.74
6-10 ปี	35	30.43
11-15 ปี	43	37.40
16-20 ปี	35	30.43

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น ญาติผู้ป่วย จำนวน 115 คน (ร้อยละ 54.76) ขณะที่ผู้ป่วย ที่ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองมีจำนวน 95 คน (ร้อยละ 45.24) สำหรับระยะเวลาที่รับบริการ ส่วนใหญ่รับบริการ 16-20 ปี จำนวน 82 คน (ร้อยละ 38.95) รองลงมาคือ 11-15 ปี (ร้อยละ 24.21) ด้านระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 11-15 ปี จำนวน 43 คน (ร้อยละ 37.40) รองลงมาคือ 6-10 ปี และ 16-20 ปี เท่าๆ กัน (ร้อยละ 30.43)

2. ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในระดับมากที่สุด จำนวน 152 คน (ร้อยละ 72.38) รองลงมาในระดับมาก (ร้อยละ 22.38) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 5.24) โดยไม่พบผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความพึงพอใจในระดับน้อยหรือน้อยที่สุด

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและครอบครัวในระดับสูง และระดับความพึงพอใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยภาพรวมอยู่ในระดับ มาก (Mean=3.52, SD=0.40) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านการให้คำแนะนำ และการสนับสนุน (Mean=3.81, SD=0.37) รองลงมาด้านการให้บริการ (Mean=3.75, SD=0.35) และด้านรูปแบบและกิจกรรมการดูแล (Mean=3.73, SD=0.44) ขณะที่ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (Mean=3.09, SD=0.37) และด้านผลลัพธ์ของการดูแล (Mean=3.23, SD=0.35) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงโอกาสในการพัฒนาให้ชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากยิ่งขึ้น

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เรียกว่า “ระบบบูรณาการ” ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ภายใต้แนวคิดเครือญาติทางสังคม (Social Kinship) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปลอดภัย รูปแบบดังกล่าวประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ส่วน ได้แก่

1. ผู้ป่วยจิตเวช เป็นศูนย์กลางของการดูแล โดยมีการประเมินระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยตามเกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรง (SMI-V)

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่เสมือน “แม่” ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีบทบาทในการเยี่ยมบ้าน ติดตามอาการ ประสานการรับยา และเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง
 3. ผู้นำชุมชน ทำหน้าที่เสมือน “พ่อ” ในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน สร้างความเข้าใจ ลดการตีตราทางสังคม และสนับสนุนกิจกรรมการฟื้นฟูในชุมชน
 4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำหน้าที่เสมือน “ญาติ” ที่ให้การดูแลด้านวิชาการ ประเมินอาการ วางแผนการรักษา และสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- รูปแบบดังกล่าวดำเนินงานภายใต้กลไกของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งทำหน้าที่กำหนดนโยบาย สนับสนุนทรัพยากร และบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังสรุป “ระบบบูรณาการ” ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 รูปแบบ “ระบบบูรณาการ” ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

องค์ประกอบของรูปแบบ	บทบาทหน้าที่
ผู้ป่วยจิตเวช	ศูนย์กลางของการดูแล
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	เยี่ยมบ้าน ติดตามอาการ
ผู้นำชุมชน/ตำรวจ	สนับสนุนการดูแลในชุมชน
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	สนับสนุนด้านงบประมาณการดูแล
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ประเมินและวางแผนการรักษา
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	กำหนดนโยบายและสนับสนุนทรัพยากร

4. การประเมินผลรูปแบบ “ระบบบูรณาการ” ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ด้านการดูแลผู้ป่วย พบว่าการกำหนดให้ผู้ป่วยจิตเวชเป็นศูนย์กลางของระบบการดูแล โดยมีการประเมินระดับความเสี่ยงตามเกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรง (SMI-V) ทำให้สามารถจัดลำดับความสำคัญของการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การติดตามอาการและการให้ยามีความต่อเนื่องมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้อย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งทำหน้าที่เสมือน “แม่บุญธรรม” มีบทบาทในการเยี่ยมบ้าน การติดตามอาการ การกำกับการรับประทานยา และการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง ทำให้สามารถตรวจพบสัญญาณเตือนของอาการกำเริบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และช่วยลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ในส่วนของผู้นำชุมชนซึ่งทำหน้าที่เสมือน “พ่อบุญธรรม” มีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจของชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ทัศนคติของชุมชนต่อผู้ป่วยดีขึ้น ลดการตีตราทางสังคม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับมามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนได้มากขึ้น นอกจากนี้ผู้นำชุมชนยังมีบทบาทในการสนับสนุนกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพและการประกอบอาชีพของผู้ป่วยในระดับพื้นที่ ขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งทำหน้าที่เสมือน “ญาติบุญธรรม” มีบทบาทในการสนับสนุนด้านวิชาการ การประเมินอาการ การวางแผนการรักษา และการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง โดยหลังการดำเนินการมีอัตราการขาดนัด ร้อยละ 8.40 และอัตราการขาดยาตลอดเหลือร้อยละ 5.30 เมื่อ

เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการ อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยลดลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อพิจารณาในภาพรวม รูปแบบ “ระบบบูรณาการ” ที่ดำเนินงานภายใต้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สามารถสร้างการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยและคนในชุมชนมีความปลอดภัยในชีวิต และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนด้วยนวัตกรรม “ระบบบูรณาการ” ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ สามารถอภิปรายผลได้ในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

ประสิทธิผลของรูปแบบในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัย พบว่า สถิติการเกิดเหตุการณ์รุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง (SMI-V) ลดลงจาก 43 ครั้ง เหลือเพียง 5 ครั้ง คิดเป็นการลดลงมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลเชิงรุกในระดับชุมชนสามารถควบคุมและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา จุฑนาวโรปกรณ์ (2568) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในอำเภอภูกระดึง จังหวัดเลย โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วยการวิเคราะห์ปัญหา การพัฒนารูปแบบ ทดลองใช้ และประเมินผล ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ความสามารถในการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาเชิงพัฒนาของ ภักรินทร์ ชิดดี และคณะ (2563) เรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น จากการดำเนินงานเชื่อมโยงกับเครือข่าย อัตราการขาดนัดลดลงเป็นร้อยละ 8.40 และการขาดยาลดลงร้อยละ 5.30 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้รูปแบบดังกล่าวประสบผลสำเร็จคือ การเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในระดับครัวเรือนและชุมชน โดยเฉพาะบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ทำหน้าที่เป็น “แม่บุญธรรม” ในการสอดส่องพฤติกรรมเสี่ยงตามระบบ “5 ธงแดง” และกำกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการได้รับยาอย่างครบถ้วนร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน (Community Mental Health Care) ที่เน้นการป้องกันการกำเริบของโรคโดยการดูแลต่อเนื่องในบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วย และการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สอดคล้องกับ ขวัญใจ ธรรมกุล (2568) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี ตำบลบ้านค่าย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งพบว่า หลังการพัฒนาพบว่าเครือข่ายชุมชนมีความรู้และระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 97.68 นอกจากนี้ พฤติกรรมและสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) งานวิจัยพบว่า การดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เช่น หน่วยบริการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำรวจ

และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดของการทำงานแบบแยกส่วนในอดีต การกำหนดบทบาทหน้าที่ตามแนวคิด “พ่อ-แม่-ญาติบุญธรรม” ทำให้เกิดความชัดเจนในการดำเนินงาน โดยผู้นำชุมชนทำหน้าที่เป็นผู้ประสานและสนับสนุนกิจกรรมในระดับชุมชน ขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการและการรักษา การดำเนินงานลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด การจัดการระบบสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated Care) และแนวคิด Unity Team (UCCARE) ซึ่งเน้นการทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับ รัศมี ชุตินิมา (2565), กำพร ดานา (2564) ที่เกิดการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และที่สำคัญ การลดการตีตราทางสังคม (Stigma) และการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า การปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการมองผู้ป่วยจิตเวชเป็น “ภาระของครอบครัวและสังคม” ไปสู่การเป็น “บุตรบุญธรรมของชุมชน” ส่งผลให้เกิดการยอมรับผู้ป่วยมากขึ้นในระดับครัวเรือนและชุมชน รูปแบบความสัมพันธ์แบบเครือญาติจำลองทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเข้าใจและความเอื้ออาทร ส่งผลให้ความหวาดระแวงและการตีตราทางสังคมลดลง นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนได้อย่างปลอดภัยและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม (Psychosocial Rehabilitation) ที่มุ่งเน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีคุณค่า ด้าน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแล พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.50$) โดยเฉพาะด้านการให้บริการและการให้คำแนะนำสนับสนุน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่เน้นความสัมพันธ์เชิงเครือญาติและการเข้าถึงบริการอย่างใกล้ชิดสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี คล้ายกับการศึกษาของ กนกศรี จาดเงิน และเกศริน เชื้อภักดี (2565) ในการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลลัพธ์ของการดูแลยังอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่ายังมีโอกาสในการพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น เช่น การพัฒนากองทุนสวัสดิการชุมชนหรือการส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้ป่วยจิตเวชจากข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ พขอ. และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลในอนาคตควรมุ่งเน้นการพัฒนาระบบฐานข้อมูลดิจิทัลแบบเรียลไทม์ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานและสนับสนุนการตัดสินใจในการระงับเหตุฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังควรมีการจัดตั้ง กองทุนสวัสดิการระดับพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูอาชีพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครและผู้นำชุมชน ในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ อดิญา โพธิ์ศรี (2562) จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษา ชุมชนบ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในชุมชนส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนด้วยนวัตกรรม “ระบบบุตรบุญธรรม” ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบทั้งในด้านการลดความรุนแรงของผู้ป่วย การเพิ่มการเข้าถึงการรักษา การลดการตีตราทางสังคม ลดการกีดกันของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ สันติ อุทธรังษ์ (2566) เรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวช มีอาการกำเริบลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายครอบครัวและชุมชน

ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดการปัญหาสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบการดูแลในระยะยาว

สรุปผลการศึกษา (Conclusion)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนด้วยนวัตกรรม “ระบบบุตรบุญธรรม” ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับพื้นที่ได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในด้านการลดเหตุการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง การเพิ่มการเข้าถึงการได้รับยาต่อเนื่อง และการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วย รูปแบบดังกล่าวช่วยเปลี่ยนกระบวนทัศน์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียว ไปสู่การดูแลแบบบูรณาการในระดับชุมชน ที่อาศัยความร่วมมือของหลายภาคส่วน ทั้งภาคสาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปลอดภัยและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดังนั้นรูปแบบ “ระบบบุตรบุญธรรม” จึงถือเป็นนวัตกรรมจัดการระบบสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ที่มีศักยภาพในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น และสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของประเทศไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย (Recommendations)

จากผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนด้วยนวัตกรรม “ระบบบุตรบุญธรรม” ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ สามารถเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติได้ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Recommendations)

1.1 ควรกำหนดให้รูปแบบ “ระบบบุตรบุญธรรม” เป็นนโยบายสำคัญของ พขอ.บ้านแท่น เพื่อใช้เป็นกลไกหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับพื้นที่ โดยบูรณาการการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และหน่วยงานด้านความมั่นคง

1.2 ควรมีการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการ และฟื้นฟูอาชีพสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดโอกาสการกลับป่วยซ้ำ

1.3 ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลดิจิทัลด้านสุขภาพจิตระดับพื้นที่ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และใช้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงแบบเรียลไทม์

1.4 ควรพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ให้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ (Practical Recommendations)

2.1 หน่วยบริการสาธารณสุขควรส่งเสริมระบบ การติดตามการใช้จ่ายเงินในระดับครัวเรือน โดยอาศัยบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังอาการกำเริบของผู้ป่วยตามระบบ “5 ธงแดง”

2.2 ควรพัฒนาระบบ การให้คำปรึกษาทางไกล (Tele-consultation) ระหว่างทีมสุขภาพจิตระดับจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์กับเจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

2.3 ควรสนับสนุนการสร้าง เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Network) สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยลดภาวะความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลและเสริมสร้างกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitations)

แม้ว่าการศึกษานี้จะสามารถสะท้อนประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้อย่างชัดเจน แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ดังนี้

1. การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ เพียงพื้นที่เดียว ซึ่งอาจมีบริบททางสังคมและระบบเครือข่ายชุมชนที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ดังนั้นการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นควรพิจารณาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบมีจำนวนจำกัด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการอธิบายผลลัพธ์ในภาพรวมของประชากรผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด

3. การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบเน้นการวัดผลในระยะสั้น เช่น การลดเหตุการณ์รุนแรงและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงยังไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตหรือความยั่งยืนของระบบในระยะยาวได้อย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย กราบขอบพระคุณผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ที่ให้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ขอบคุณนายอำเภอบ้านแท่น ประธาน พชอ. และคณะกรรมการ พชอ.ทุกท่าน รวมถึง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการร่วมวิจัย ขอบพระคุณผู้บริหาร คปสอ.บ้านแท่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแท่น และ สาธารณสุขอำเภอบ้านแท่น ที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัยให้สำเร็จลุล่วง ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กำתר ดานา. (2564). การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน.

วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(3), 406 - 414.

กนกศรี จาดเงิน และเกศริน เชื้อภักดี. (2565). การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในตำบลบางปะกง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 7(4), 123-135.

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and x.. (CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.). สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข(สลบ.สธ.)

- กรมสุขภาพจิต. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับ
สถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2565). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565. กรุงเทพฯ: กระทรวง
สาธารณสุข.
- ชนิษฐา จุฑนธะโรปกรณ์. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอภูเรือ จังหวัด
เลย. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย*, 3(1), 101–117.
- ขวัญใจ ธรรมกุล. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยเครือข่ายชุมชนบ้านค่ายจิตดี
ตำบลบ้านค่าย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมเพื่อความยั่งยืน*, 2(2), 40–
53.
- ประดิษฐ์ ศรีแสน, รัชนี้ ศรีแสน, แสงเดือน ศรีวรสาร และธัชวิทย์ วงศ์เข้มมา. (2567). การพัฒนารูปแบบการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอโพธาราม จังหวัด
นครพนม. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(2), 167–180.
- ภัครินทร์ ชิตดี และคณะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัด
อำนาจเจริญ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(3), 399–406.
- รัศมี ชุตินิมา. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมี
ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัย*, 16(3), 851–
867.
- แววดี เหมวรานนท์. (2563). การประเมินผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 6(1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
นครราชสีมา, 140-157.
- สันติ อุทธรังษ์. (2566). การศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
ตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(5), 850–863.
- อติญา โพธิ์ศรี. (2562). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษา
ชุมชนบ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(1), 83–89.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner (3rd ed.)*. Deakin University
Press.