



Development of a Community-Based Care Model for Chronic Psychiatric Patients in Phu Ruea District, Loei Province, Thailand

Kanitta chutanawaropakon
Phuruea Hospital, Loei Province

ABSTRACT

Community-based mental health care remains inadequate in rural Thailand, with psychiatric patients experiencing poor medication adherence, inadequate family support, and community stigma. Current hospital-centered care models fail to address comprehensive community needs for chronic psychiatric patients.

To develop and evaluate the effectiveness of a community-based care model for chronic psychiatric patients in Phu Ruea District, Loei Province, Thailand.

This research and development study employed a four-phase approach conducted from May 2024 to May 2025. Phase 1 involved problem assessment through home visits and in-depth interviews with 194 psychiatric patients and 30 stakeholders. Phase 2 utilized focus group discussions with 37 multidisciplinary team members to develop the care model. Phase 3 implemented a pilot study with 30 patients followed by full-scale implementation with 58 chronic psychiatric patients and their caregivers for three months. Phase 4 evaluated outcomes using standardized instruments including the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Global Assessment of Functioning (GAF) Scale, and WHO Quality of Life Brief Thai Version (WHOQOL-BREF-THAI). Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The developed model comprised four components: (1) establishing psychiatric care as a district priority through the District Health Board, (2) implementing a color-coded patient classification system for community follow-up, (3) conducting health education campaigns through online media and community broadcasting focusing on five warning signs, and (4) training caregivers and community members. Post-implementation evaluation showed significant improvements ($p < 0.001$): reduced psychiatric symptoms (mean difference = 14.24 points, $t = 14.24$), improved functional capacity (mean difference = 8.05 points, $t = 7.83$), enhanced quality of life (mean difference = 6.98 points, $t = 7.26$), and increased caregiver knowledge (mean difference = 13.99 points, $t = 11.93$).

The community-based care model significantly improved psychiatric symptoms, functional capacity, and quality of life among chronic psychiatric patients while enhancing caregiver knowledge and skills. This collaborative, multi-sectoral approach demonstrates potential for sustainable community mental health care in rural settings.

Keywords: Care model development, Chronic mental illness, Community-based psychiatric care, rural mental health, Thailand

**Corresponding Author: kanitta7415@gmail.com*

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย

นางชนิษฐา จุฑนะวโรปกรณ์

โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของประเทศไทยยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังประสบปัญหาการไม่ปฏิบัติตามการรักษา การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และการตีตราจากชุมชน เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย

การวิจัยและพัฒนานี้ใช้แนวทาง 4 ระยะ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2568 ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลปัญหาโดยการเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยจิตเวช 194 คนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 30 คน ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการดูแลโดยการสนทนากลุ่มร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 37 คน ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบเบื้องต้นกับผู้ป่วย 30 คน ตามด้วยการประยุกต์ใช้เต็มรูปแบบกับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 58 คนและผู้ดูแลเป็นเวลา 3 เดือน ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) แบบประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ (1) กำหนดการดูแลจิตเวชเป็นประเด็นสำคัญระดับอำเภอผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (2) ใช้ระบบการจำแนกผู้ป่วยเพื่อการติดตามในชุมชน (3) รณรงค์สร้างความรู้ผ่านสื่อออนไลน์และหอกระจายข่าวเรื่อง 5 สัญญาณเตือน (4) ฝึกอบรมผู้ดูแลและคนในชุมชน การประเมินผลหลังการใช้รูปแบบพบการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) อาการทางจิตลดลง (ผลต่างเฉลี่ย = 14.24 คะแนน, $t = 14.24$) ความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น (ผลต่างเฉลี่ย = 8.05 คะแนน, $t = 7.83$) คุณภาพชีวิตดีขึ้น (ผลต่างเฉลี่ย = 6.98 คะแนน, $t = 7.26$) และความรู้ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น (ผลต่างเฉลี่ย = 13.99 คะแนน, $t = 11.93$)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามารถปรับปรุงอาการทางจิต ความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง พร้อมทั้งเสริมสร้างความรู้ และทักษะของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ แนวทางการร่วมมือหลายภาคส่วนนี้แสดงศักยภาพในการพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตชุมชนที่ยั่งยืนในพื้นที่ชนบท

คำสำคัญ: การดูแลจิตเวชในชุมชน, โรคจิตเรื้อรัง, การพัฒนารูปแบบการดูแล, สุขภาพจิตชนบท, ประเทศไทย



บทนำ

โรคทางจิตเวชเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี ค.ศ. 2019 มีผู้ป่วยจิตเวชประมาณ 970 ล้านคน หรือ 1 ใน 8 ของประชากรโลก โดยพบโรคจิตเภทและซึมเศร้ามากที่สุด (WHO, 2022) โรคจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยมักมีอาการหลากหลาย เช่น การพูดไม่รู้เรื่อง อาการหูแว่ว ประสาทหลอน อารมณ์เศร้า การเก็บตัว หรืออารมณ์รุนแรง ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม และการทำงาน (Thornicroft et al., 2017) หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง อาการจะกำเริบและเรื้อรัง อาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ปัญหาสุขภาพจิตไม่เพียงส่งผลต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังกระทบครอบครัวและสังคม ทำให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมที่สำคัญ (Vos et al., 2020)

สถานการณ์สุขภาพจิตในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2566 คาดว่ามีผู้ป่วยจิตเวชสูงถึง 4 ล้านคน รวมกับผู้ป่วยจากยาเสพติด 2.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.44 ของประชากรไทย อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 38.75 ที่เข้าถึงการรักษา ยังมีผู้ป่วยร้อยละ 61.25 ที่ไม่ได้รับการรักษา สะท้อนช่องว่างสำคัญในระบบการดูแลสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2566) การดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของไทยยังเผชิญความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมักประสบปัญหาการไม่ปฏิบัติตามการรักษา การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และการตีตราจากชุมชน (Saxena et al., 2019) รูปแบบการดูแลที่เน้นโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่ครอบคลุมของผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างเพียงพอ การขาดความต่อเนื่องในการดูแล การเข้าถึงบริการที่จำกัด และการขาดความรู้ของผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษา การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน (Community-based mental health care) เป็นแนวทางที่องค์การอนามัยโลกส่งเสริม โดยเน้นการย้ายการดูแลจากสถาบันขนาดใหญ่มาสู่บริการในชุมชน (WHO, 2021) แนวคิดนี้มุ่งเน้นการให้บริการที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว การลดการตีตรา การเพิ่มการเข้าถึงบริการ และการส่งเสริมการฟื้นฟูในสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ การพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงบริบทท้องถิ่น วัฒนธรรม และทรัพยากรที่มีอยู่ (Thornicroft & Tansella, 2013)

อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย มีผู้ป่วยจิตเวชสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 194 คน จากการสำรวจเมื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง พบปัญหาหลายประการ ได้แก่ การดูแลที่ไม่ถูกต้อง การขาดยา การรับประทานยาไม่ถูกต้อง การขาดผู้ดูแล และชุมชนไม่เห็นความสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบในปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 5, 6 และ 5 ราย ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 2.6, 3.1 และ 2.6) การที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและก่อความรุนแรง ส่งผลให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตในชุมชน คนในครอบครัวและชุมชนเกิดความหวาดกลัวและปฏิเสธการกลับเข้าสู่ชุมชนของผู้ป่วย

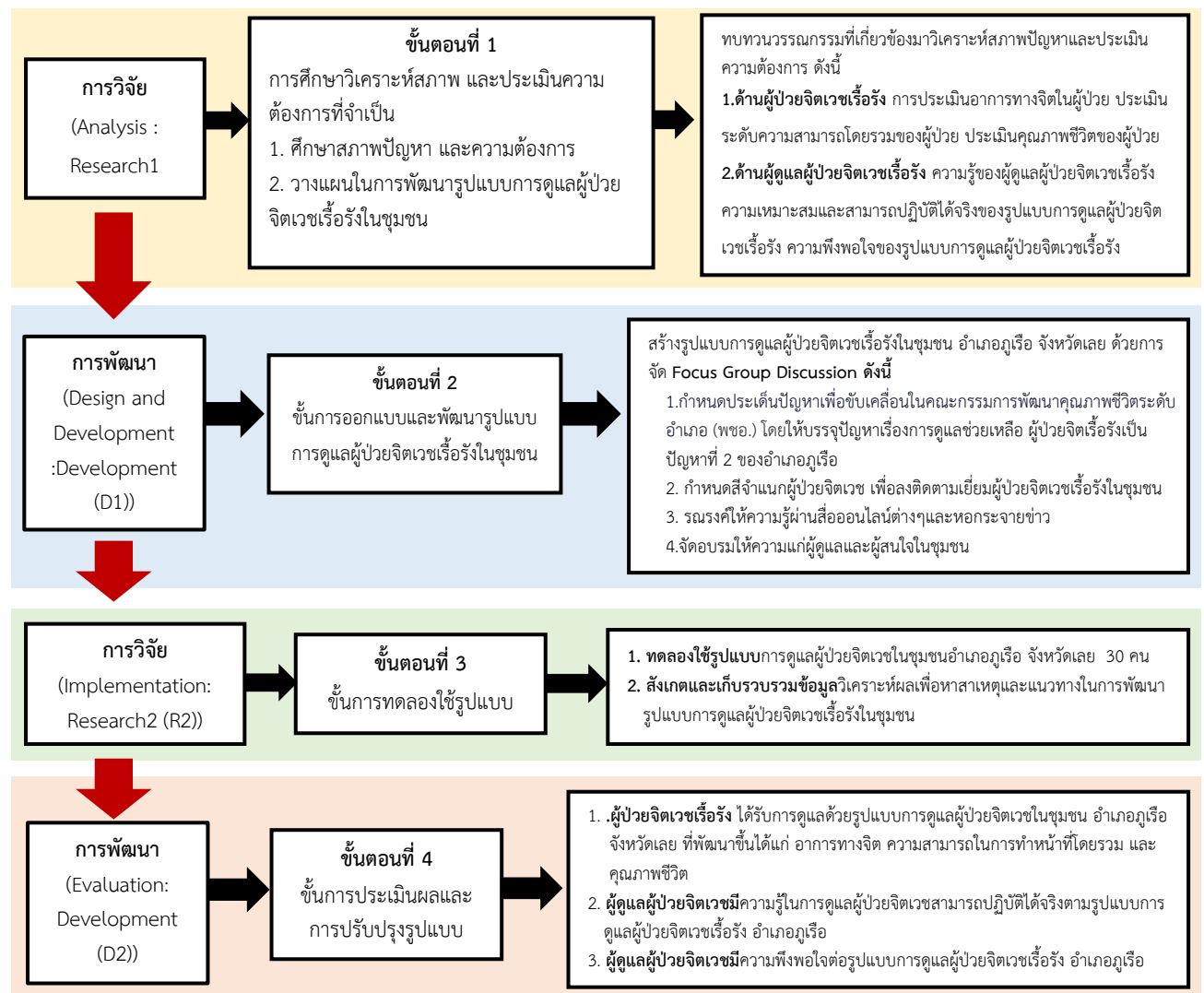
แม้ว่าจะมีงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนในประเทศไทยหลายเรื่อง แต่ยังขาดการศึกษาแบบการดูแลที่เป็นระบบและครอบคลุมในบริบทของพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด โดยเฉพาะการบูรณาการการทำงานระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และหน่วยงานราชการในระดับอำเภอ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลตามมาตรฐานที่ถูกต้องและทั่วถึง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย การวิจัยนี้มุ่งหวังที่จะตอบคำถามว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอภูเรือ จังหวัดเลย ควรมีลักษณะอย่างไร และรูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอภูเรือ จังหวัดเลย โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายชุมชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ที่ผสมระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test and Post-test Design) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือน พฤษภาคม 2567 ถึง พฤษภาคม 2568 แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ (พฤษภาคม - กรกฎาคม 2567) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอำเภอภูเรือ และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบ (สิงหาคม - ตุลาคม 2567) สร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และพัฒนารูปแบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน

ระยะที่ 3: การทดลองใช้รูปแบบ (พฤศจิกายน 2567 - มกราคม 2568) ทดลองใช้รูปแบบเบื้องต้น (Pilot Study) กับผู้ป่วย 30 คน ปรับปรุงรูปแบบตามผลการทดลองใช้ นำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

ระยะที่ 4: การประเมินผล (กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2568) ประเมินผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

2.1.1 ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแล ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนจำนวน 37 คน ได้แก่ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชนจาก 6 คน ตัวแทนตำรวจ 1 คน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล 6 คน แกนนำชุมชนหรือผู้นำชุมชน 6 คน องค์กรส่วนท้องถิ่น 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย 6 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอภูเรือ
- 2) มีประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งปัจจุบันไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 3) มีความสนใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย
- 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ย้ายหรือลาออกจากตำแหน่งระหว่างการวิจัย
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการสนทนากลุ่มได้มากกว่า 1 ครั้ง
- 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย

2.1.2 ผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำนวน 194 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวชตามระบบ ICD-10 (F00.0-F99)
- 2) ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลภูเรือหรือโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
- 3) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอภูเรือไม่ต่ำกว่า 1 ปี
- 4) ได้รับการรักษาด้วยยาไม่ต่ำกว่า 2 ปี
- 5) อาการสงบ ไม่มีภาวะหวาดระแวง ($BPRS \leq 36$ คะแนน)
- 6) อายุ 18 ปีขึ้นไป
- 7) มีผู้ดูแลหลักที่สามารถให้ข้อมูลได้
- 8) สัมครใจเข้าร่วมโครงการและลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) มีภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรง เช่น โรคเมเร็งระยะสุดท้าย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
- 2) มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง ($IQ < 50$)
- 3) มีปัญหาการติดสารเสพติดที่ยังไม่ได้รับการบำบัดรักษา
- 4) อยู่ระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 5) ย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย
- 6) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลขอถอนตัวจากการวิจัย
- 7) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย
- 8) ไม่สามารถติดตามได้ 2 ครั้งติดต่อกัน

2.1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติ

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอภูเรือไม่ต่ำกว่า 1 ปี
- 2) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชไม่ต่ำกว่า 1 ปี
- 3) อายุ 18 ปีขึ้นไป
- 4) สามารถอ่านออกเขียนได้
- 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
- 6) มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- 7) สัมครใจเข้าร่วมโครงการและลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) มีความเจ็บป่วยทางกายหรือจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการอบรมได้ครบถ้วน (ขาดมากกว่าร้อยละ 20 ของเวลาอบรม)
- 3) ย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย
- 4) เปลี่ยนผู้ดูแลหลักระหว่างการวิจัย
- 5) ขอถอนตัวจากการวิจัย

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 37 คน
2. ผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Chow, Wang, & Shao (2003) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน:

$$n = [(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times SD^2] / \Delta^2$$

โดยที่

- SD = 0.335 (จากงานวิจัยของชลินดา จันทร์งาม และคณะ, 2560)

- Δ = 0.38 (ผลต่างค่าเฉลี่ยที่คาดหวัง)

- α = 0.05, β = 0.20

ได้ขนาดตัวอย่างเบื้องต้น 7 คน เพื่อชดเชยการสูญหายจากการติดตาม (Drop out rate) ร้อยละ 65 ใช้สูตร : $n(\text{adjusted}) = N / (1-d)^2$ ได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว 58 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แบบไม่คืนที่ (Without Replacement)

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 58 คน (คัดเลือกตามผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือมาตรฐานที่มีอยู่แล้ว และเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังนี้

3.1 เครื่องมือมาตรฐาน (Standardized Instruments)

- 1) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต
- 2) แบบประเมินสภาพผู้ป่วยตามหลักแนวคิด INHOMESSS
- 3) แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต
- 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แปลและพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต
- 5) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต

3.2 เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

- 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) เป็นข้อคำถามปลายเปิด (Open-ended Questions) สภาพปัญหา ความต้องการ และข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ใช้การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Data Triangulation)
- 2) แบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ครอบคลุม 4 ด้าน ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเวช การดูแลผู้ป่วยจิตเวช การจัดการยาและผลข้างเคียง การจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช การแปลผล 0-15.66 คะแนน = ระดับต่ำ 15.67-31.33 คะแนน = ระดับปานกลาง 31.34-47.00 คะแนน = ระดับสูง
- 3) แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 6 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต พยาบาลจิตเวชชุมชน ปลัดอำเภอ (ตัวแทนคณะกรรมการ 5 เสือ) ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วย ครอบคลุม 4 ด้าน ด้านอรรถประโยชน์ (Utility) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility)

ด้านความเหมาะสม (Propriety) ด้านความถูกต้องและครอบคลุม (Accuracy) มีมาตรวัด: Rating Scale 5 ระดับ (Likert Scale) การแปลผล 1.00-2.00 = ระดับต่ำ 2.01-3.00 = ระดับปานกลาง 3.01-4.00 = ระดับสูง 4.01-5.00 = ระดับสูงมาก

4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 58 คนครอบคลุม 4 ด้าน กระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ การอำนวยความสะดวก คุณภาพการให้บริการ ความพึงพอใจภาพรวม มาตรวัด: Rating Scale 5 ระดับ การแปลผล 4.21-5.00 = พึงพอใจมากที่สุด 3.41-4.20 = พึงพอใจมาก 2.61-3.40 = พึงพอใจปานกลาง 1.81-2.60 = พึงพอใจน้อย 1.00-1.80 = พึงพอใจน้อยที่สุด

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชน การวิจัยทางการแพทย์ และสาธารณสุขชุมชน ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือทุกชุดมีความเหมาะสมสูง โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.85 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 0.50 และทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การคัดเลือก

การทดสอบความเที่ยง (Reliability) ใช้วิธีการประเมินความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการทดสอบพบว่า แบบทดสอบความรู้ผู้ดูแลมีความเที่ยง $\alpha = 0.93$ แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบมีค่า $\alpha = 0.97$ และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่า $\alpha = 0.94$ ค่าความเที่ยงดังกล่าวอยู่ในระดับสูงมาก ($\alpha > 0.90$) แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องภายในสูงและสามารถวัดสิ่งที่ต้องการวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มั่นใจได้ว่าผลการวิจัยที่ได้จะมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง

การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยคะแนน BPRS แบ่งเป็น 4 ระดับ (18-41 = อาการน้อย, 42-62 = ปานกลาง, 63-83 = มาก, 84-126 = มากที่สุด) คะแนน GAF แบ่งเป็น 7 ระดับ (≤ 30 = มีปัญหามากที่สุด ถึง 81-100 = การทำงานดีมาก) คะแนน WHOQOL-BREF-THAI แบ่งเป็น 4 ระดับ (26-51 = ต่ำมาก ถึง 104-130 = สูง) และความรู้ของผู้ดูแลแบ่งเป็น 3 ระดับ (0-15.66 = ต่ำ, 15.67-31.33 = ปานกลาง, 31.34-47.00 = สูง) ส่วนการประเมินความเหมาะสมและความพึงพอใจใช้มาตรวัด 5 ระดับตามแบบ Likert Scale

ในการควบคุมคุณภาพข้อมูล ได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล การตรวจหาค่าผิดปกติด้วย Box plot และ Z-score และทดสอบสมมติฐานของการทดสอบทางสถิติ ได้แก่ การแจกแจงปกติด้วย Shapiro-Wilk Test และความเป็นอิสระของการสังเกต เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตามระยะการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (พฤษภาคม - กรกฎาคม 2567) ศึกษาสภาพปัญหาโดยเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช 194 คน ประเมินด้วย INHOMESSS และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก 30 คน (ผู้ป่วย 10 คน ญาติผู้ดูแล 10 คน ประชาชน 10 คน) ใช้เวลา 45-60 นาทีต่อคน พร้อมบันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนาม

ระยะที่ 2 (สิงหาคม - ตุลาคม 2567) พัฒนารูปแบบโดยจัดสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง ครั้งละ 2-3 ชั่วโมงกับผู้ร่วมวิจัย 37 คน วิเคราะห์เนื้อหาจากการถอดเทป สังเคราะห์เป็นร่างรูปแบบ และจัดประชุมรับฟังข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 (พฤศจิกายน 2567 - มกราคม 2568) ทดลองใช้เบื้องต้นกับผู้ป่วย 30 คน ปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะ เก็บข้อมูล Pre-test ในผู้ป่วย 58 คน (BPRS, GAF, WHOQOL-BREF-THAI) และผู้ดูแล 58 คน (แบบทดสอบความรู้) จากนั้นใช้รูปแบบ 4 องค์ประกอบ เป็นเวลา 3 เดือน พร้อมติดตามเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์

ระยะที่ 4 (กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2568) ประเมินผลหลังสิ้นสุดการใช้รูปแบบ 1 เดือน เก็บข้อมูล Post-test ด้วยเครื่องมือชุดเดิม ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้โดยผู้เชี่ยวชาญ 6 คน และประเมินความพึงพอใจโดยผู้ดูแล 58 คน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และประชาชนในชุมชน จำนวน 30 คน รวมถึงข้อมูลจากการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ จำนวน 37 คน ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการถอดเทปบันทึกเสียง จัดระเบียบข้อมูลตามหัวข้อ วิเคราะห์เนื้อหาเพื่อหาธีมหลัก และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Data Triangulation)

ข้อมูลเชิงปริมาณแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ สถิติเชิงพรรณนาสำหรับอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์สำหรับทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยใช้ Paired t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ระดับความสามารถโดยรวม (GAF) คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบ รวมถึงความรู้ของผู้ดูแลก่อนและหลังการฝึกอบรม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

7. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ขอความเห็นชอบและได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 049/2567 วันที่ 8 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ จากการสำรวจผู้ป่วยจิตเวชทั้งอำเภอ จำนวน 194 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.66 เพศหญิง ร้อยละ 11.34 อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 29.89 สถานภาพสมรส ร้อยละ 41.23 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 26.29 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 49.48 และระยะเวลาที่รักษา 6-10 ปี ร้อยละ 42.27 โดยส่วนใหญ่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ร้อยละ 69.07

1.2 ปัญหาหลักจากการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และประชาชนในชุมชน จำนวน 30 คน พบปัญหาสำคัญ 13 ประการ สามารถจำแนกเป็น 4 กลุ่มหลัก

กลุ่มปัญหาด้านผู้ป่วย

- 1) ผู้ป่วยเอะอะโวยวายในชุมชน ทำให้คนในชุมชนหวาดกลัว
- 2) ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาหรือหยุดยาเอง
- 3) ผู้ป่วยบางคนไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้ เกิดปัญหาหลักขโมยในชุมชน
- 4) ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง คลุ้มคลั่ง ทำร้ายตัวเองและผู้อื่น
- 5) เป็นบุคคลเรื้อรัง อาศัยนอนที่วัด ขโมยของที่วัด

กลุ่มปัญหาด้านครอบครัวและผู้ดูแล

- 1) ผู้ป่วยบางคนอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ ไม่สามารถจัดยาให้หรือพามาพบแพทย์ตามนัดได้
- 2) ไม่มีคนดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- 3) ผู้ดูแลไม่มีความรู้ ไม่เข้าใจโรค จึงไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้
- 4) บางครอบครัวบ้านอยู่ไกลโรงพยาบาล ไม่มีรถทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาตามนัดได้

กลุ่มปัญหาด้านชุมชนและสังคม

- 1) ชุมชนมองว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลอันตรายและเป็นปัญหา ไม่อยากให้อาศัยอยู่ในชุมชน
- 2) ผู้ป่วยจิตเวชถูกตีตราว่าเป็นบุคคลอันตราย ไม่อยากเข้าใกล้

กลุ่มปัญหาด้านระบบบริการ

- 1) ต้องการให้หน่วยงานทางราชการเข้ามาช่วยเหลืออย่างจริงจัง
- 2) ผู้ป่วยขาดการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน

1.3 สถิติการกำเริบของอาการ ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 5 ราย 6 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 2.6, 3.1 และ 2.6) ซึ่งส่งผลให้เกิดความหวาดกลัวและการปฏิเสธจากชุมชน แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาให้มีอาการปกติแล้วก็ตาม

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น

2.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบ จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน จำนวน 37 คน ประกอบด้วย พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชน 6 คน ตัวแทนตำรวจ 1 คน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล 6 คน แกนนำชุมชน 6 คน องค์กรส่วนท้องถิ่น 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6 คน และผู้ดูแลผู้ป่วย 6 คน

2.2 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแล รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดเป็นประเด็นสำคัญระดับอำเภอ บรรลุปัญหาการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเรื้อรังเป็นปัญหาลำดับที่ 2 ของอำเภอภูเรือ ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บูรณาการเป้าหมาย ทิศทางยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน องค์ประกอบที่ 2 ระบบการจำแนกสีผู้ป่วยเพื่อการติดตาม กำหนดสีจำแนกผู้ป่วยจิตเวชตามระดับความเสี่ยง จัดทำแผนการเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีผู้รับผิดชอบชัดเจนในแต่ละพื้นที่ องค์ประกอบที่ 3 การรณรงค์ให้ความรู้และเฝ้าระวัง รณรงค์ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์และหอกระจายข่าว เน้นการให้ความรู้เรื่อง 5 สัญญาณเตือนของการกำเริบ สร้างกลไกการแจ้งเตือนผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง และผู้นำชุมชน แนะนำเข้าสู่ระบบบริการสถานพยาบาลใกล้บ้าน องค์ประกอบที่ 4 การฝึกอบรมผู้ดูแลและชุมชน จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ฝึกอบรมผู้สนใจในชุมชน สร้างเครือข่ายการสนับสนุนในชุมชน

2.3 การปรับปรุงรูปแบบจากการทดลองใช้เบื้องต้น หลังจากทดลองใช้รูปแบบเบื้องต้นกับผู้ป่วย 30 คน ได้มีการปรับปรุงเพิ่มเติม

- 1) การให้บริการแบบ One Stop Service ที่โรงพยาบาล
- 2) การเปิดช่องทางพิเศษสำหรับผู้ป่วยจิตเวช
- 3) การเปิดไลน์ Official Line เพื่อให้คำปรึกษากับญาติผู้ดูแล
- 4) การให้คำปรึกษาจากแพทย์และนักจิตวิทยาผ่านช่องทางออนไลน์

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 58 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.17 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 22.41 สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.56 ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 32.75 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.20 ระยะเวลาที่รับการรักษาระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 44.82 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 58 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 27.59 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นสามี-ภรรยา ร้อยละ 29.31 สถานภาพสมรส ร้อยละ 44.83 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4-6 ร้อยละ 43.10 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.65 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 37.94

3.2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเวช อาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต ความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=58)

ตัวแปร	$\bar{x}$	Sd.	t	Mean difference	95%CI	p-value
อาการทางจิต						
ก่อนใช้รูปแบบ	60.05	22.19	8.74	14.24	10.98-17.50	<0.001
หลังใช้รูปแบบ	45.81	16.46				
ความสามารถโดยรวม						
ก่อนใช้รูปแบบ	56.17	19.46	7.83	8.05	5.99-10.11	<0.001
หลังใช้รูปแบบ	64.22	23.09				
คุณภาพชีวิต						
ก่อนใช้รูปแบบ	74.74	18.51	7.26	6.98	5.06-8.91	<0.001
หลังใช้รูปแบบ	81.72	14.85				

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต ความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมีระดับอาการทางจิตอยู่ในระดับมาก (60.05, SD = 22.19) หลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีระดับอาการทางจิตลดลงเป็นระดับมาก (45.81, SD = 16.46) การวิเคราะห์เปรียบเทียบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยจิตเวชมีคะแนนอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 14.24 คะแนน, $t = 14.24$, $p < 0.001$, 95% CI = 10.98-17.50) ระดับความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function: GAF Scale) ก่อนการใช้รูปแบบผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมีระดับความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 56.17$, SD = 19.46) หลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีระดับความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง ($\bar{X} = 64.22$, SD = 23.09) การวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่า หลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 8.05 คะแนน, $t = 7.83$, $p < 0.001$, 95% CI = 5.99-10.11) คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ก่อนการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 74.74$, SD = 18.51) หลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง ($\bar{X} = 81.72$, SD = 14.85) การวิเคราะห์เปรียบเทียบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 6.98 คะแนน, $t = 7.26$, $p < 0.001$, 95% CI = 5.06-8.91)

3.3 ผลลัพธ์ด้านความรู้ของผู้ดูแล รายละเอียดวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการฝึกอบรม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการฝึกอบรม (n=58)

คะแนนความรู้	$\bar{X}$	Sd.	t	Mean difference	95%CI	p-value
ก่อนอบรม	29.86	6.09	-11.93	11.57	9.62 - 13.53	<0.001
หลังอบรม	43.85	4.97				

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่า ก่อนการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 29.86$, SD = 6.09) โดยด้านที่มีความรู้มากที่สุดคือ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาผู้ป่วยจิตเวช ($\bar{X} = 30.70$, SD = 2.76) หลังการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 43.85$, SD = 4.97) โดยด้านที่มีความรู้มากที่สุดยังคงเป็นความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาผู้ป่วยจิตเวช ($\bar{X} = 45.80$, SD = 2.44) การวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่า หลังการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 13.99 คะแนน, $t = 11.93$, $p < 0.001$, 95% CI = 9.62-13.53)

3.4 การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต พยาบาลจิตเวชชุมชน ปลัดอำเภอ ผู้นำชุมชน นักจิตวิทยา และผู้ดูแลผู้ป่วย รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริงของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอภูเรือ จังหวัดเลยที่พัฒนาขึ้น (n=6)

ความคิดเห็น	ความเหมาะสม		ระดับความเหมาะสม	การปฏิบัติได้จริง		ระดับการปฏิบัติได้จริง
	$\bar{x}$	Sd.		$\bar{x}$	Sd.	
ด้านอรรถประโยชน์	4.30	0.51	มากที่สุด	4.30	0.51	มากที่สุด
ความเป็นไปได้	4.16	0.40	มาก	4.16	0.40	มาก
ความเหมาะสม	4.00	0.63	มาก	4.00	0.63	มาก
ความถูกต้องและครอบคลุม	4.16	0.40	มาก	4.00	0.63	มาก
รวม	4.15	0.49	มาก	4.15	0.54	มาก

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอภูเรือ จังหวัดเลยที่พัฒนาขึ้น พบว่า ความเหมาะสมโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.15$, SD = 0.49) โดยแยกเป็น ด้านอรรถประโยชน์ $\bar{x} = 4.30$, SD = 0.51 (ระดับมากที่สุด) ด้านความเป็นไปได้ $\bar{x} = 4.16$, SD = 0.40 (ระดับมาก) ด้านความเหมาะสม $\bar{x} = 4.00$, SD = 0.63 (ระดับมาก) ด้านความถูกต้องและครอบคลุม: $\bar{x} = 4.16$, SD = 0.40 (ระดับมาก) ความสามารถปฏิบัติได้จริงโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.15$, SD = 0.54) โดยด้านที่มีความสามารถปฏิบัติได้จริงมากที่สุดคือ ด้านอรรถประโยชน์ ($\bar{x} = 4.30$, SD = 0.51)

3.5 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแล การประเมินโดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (n=58)

ความคิดเห็น	ความพึงพอใจ		ระดับความคิดเห็น
	$\bar{x}$	Sd.	
1.กระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ	4.29	0.65	ระดับมากที่สุด
2.การอำนวยความสะดวก	4.17	0.75	ระดับมาก
3.คุณภาพการให้บริการ	4.19	0.71	ระดับมาก
4.ความพึงพอใจของท่านต่อภาพรวมของโครงการ	4.41	0.65	ระดับมากที่สุด
รวม	4.27	0.69	ระดับมากที่สุด

การประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยผู้ดูแลจำนวน 58 คน พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.27, SD = 0.69) ด้านความพึงพอใจต่อภาพรวมของโครงการ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจสูงที่สุด อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.41, SD = 0.65) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความประทับใจและเห็นคุณค่าของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นในภาพรวม ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.29, SD = 0.65) สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการและขั้นตอนการให้บริการมีความชัดเจน เหมาะสม และตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี ด้านคุณภาพการให้บริการ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.19, SD = 0.71) แสดงว่าการให้บริการมีคุณภาพ ผู้ให้บริการมีความเชี่ยวชาญ และสามารถให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ดูแลได้ ด้านการอำนวยความสะดวก ผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.17, SD = 0.75) ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ แต่ยังคงอยู่ในระดับมาก ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทุกด้านอยู่ระหว่าง 0.65-0.75 แสดงว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่มีความแตกต่างของความพึงพอใจมากนัก

สรุปผลลัพธ์ประสิทธิผลของรูปแบบ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย แสดงประสิทธิผลในทุกด้านที่ประเมิน โดยผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากระดับคะแนนเฉลี่ย 60.05 เป็น 45.81 (ลดลง 14.24 คะแนน) ผู้ป่วยมีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากระดับคะแนนเฉลี่ย 56.17 เป็น 64.22 (เพิ่มขึ้น 8.05 คะแนน) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากระดับคะแนนเฉลี่ย 74.74 เป็น 81.72 (เพิ่มขึ้น 6.98 คะแนน) ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากระดับคะแนนเฉลี่ย 29.86 เป็น 43.85 (เพิ่มขึ้น 13.99 คะแนน) รูปแบบได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริงในระดับมาก โดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ทุกด้านของการให้บริการผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการปรับปรุงสภาวะสุขภาพจิต ความสามารถในการดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งเสริมสร้างความรู้และความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย ที่พัฒนาขึ้นประสบความสำเร็จจากหลายปัจจัย การกำหนดให้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเป็นประเด็นสำคัญลำดับที่ 2 ของอำเภอและขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สร้างการบูรณาการเป้าหมายและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นระบบ ประกอบกับการใช้ระบบการจำแนกสีผู้ป่วยเพื่อการติดตาม การรณรงค์ความรู้เรื่อง 5 สัญญาณเตือนผ่านสื่อหลากหลายช่องทาง และการฝึกอบรมผู้ดูแลและชุมชน ความสำเร็จของรูปแบบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลินดา จันทรงาม และคณะ (2560) ที่เน้นการสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาล



ส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ประสานงาน รวมถึงการศึกษาของภักรินทร์ ชิดดี และคณะ (2563) และหทัยกาญจน์ เสียงเพราะ (2564) ที่เน้นการสร้างเครือข่ายและการใช้มาตรการภายในชุมชน การที่รูปแบบเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนและการทำงานเป็นทีมอย่างจริงจัง ทำให้สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของชุมชนได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบแสดงผลลัพธ์เชิงบวกในทุกมิติที่วัด ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.24, p < 0.001$) ความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 7.83, p < 0.001$) และคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 7.26, p < 0.001$) ผลลัพธ์เหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาหลายเรื่องที่ผ่านมา การลดลงของอาการทางจิตสอดคล้องกับการศึกษาของ ภักรินทร์ ชิดดี และคณะ (2563) และสุนันทา อินตะจอมวงศ์ และคณะ (2566) ที่พบการลดลงของคะแนน BPRS อย่างมีนัยสำคัญ หลังการพัฒนาระบบการดูแล การปรับปรุงความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยกาญจน์ เสียงเพราะ (2564) ที่พบผู้ป่วยมีความสามารถโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ส่วนการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับการศึกษาของแหวดาว กิณนะลีโดน (2560) ที่พบคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 13.73 คะแนนหลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การเพิ่มขึ้นของความรู้ผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 11.93, p < 0.001$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการฝึกอบรมและการสร้างเครือข่ายการสนับสนุน การที่ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด และการประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญในระดับมาก แสดงให้เห็นถึงการยอมรับและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้อย่างต่อเนื่อง

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยจิตเวช 194 คน ในอำเภอภูเรือ จังหวัดเลย พบปัญหาสำคัญ 4 ด้าน คือ ปัญหาด้านผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ชุมชนและสังคม และระบบบริการ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 88.66) และมีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม (ร้อยละ 69.07) รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ (1) การกำหนดเป็นประเด็นสำคัญของอำเภอและขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (2) การใช้ระบบการจำแนกผู้ป่วยเพื่อการติดตาม (3) การรณรงค์ความรู้เรื่อง 5 สัญญาณเตือนผ่านสื่อต่างๆ และ (4) การฝึกอบรมผู้ดูแลและชุมชน รูปแบบนี้เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน 37 คน ผลการประเมินหลังใช้รูปแบบ 3 เดือน แสดงประสิทธิผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง 14.24 คะแนน ความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น 8.05 คะแนนและคุณภาพชีวิตดีขึ้น 6.98 คะแนน ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น 13.99 คะแนน ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมของรูปแบบในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$) และผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.27$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย เพื่อให้การเข้าถึงผู้ป่วยและการเข้าถึงการรับบริการเพิ่มขึ้น
2. ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยกลุ่มอื่น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2023). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัทพรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- ชลินดา จันทราม, เทพอุทิศ ก้าวสิทธิ์, และกฤษณ์ ขุนลิก. (2017). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารการพยาบาลและการวิจัยด้านสุขภาพ, 18(2), 55-68.
- ภักรินทร์ ชิดดี, สุจิต ทุมจันทร์, เพชรศรี สารรัตน์, อรัรา พิลาทอง, พิสมัย ทิพย์วารี, และดารารพร สิงห์ทอง. (2020). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(3), 412-425.
- แหวดดาว กิณนะลีโดน. (2017). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ [รายงานการวิจัย]. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ.
- สุนันทา อินตะจอมวงศ์, จิตตินันท์ ใจมูลวงศ์, และวีรพงษ์ ภูมิประพัทธ์. (2023). ผลการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อความสามารถโดยรวมและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก, 3(3), 45-58.
- หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ. (2021). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(2), 413-426.
<https://doi.org/10.14456/mjssbh.2021.25>
- Saxena, S., Funk, M., & Chisholm, D. (2019). World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020. The Lancet, 381(9876), 1970-1971.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61139-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61139-3)
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model for global mental health. Psychological Medicine, 43(4), 849-863. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001420>
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bromet, E., Bunting, B., de Girolamo, G., Degenhardt, L., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., ... Kessler, R.



- C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 119-124. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>
- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, E. M., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., ... Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- World Health Organization. (2021). Comprehensive mental health action plan 2013–2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization. (2022, June 8). Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>