

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

ชนิตา พานจันทร์, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ดำเนินการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง 385 คน ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง 60 คน และระยะที่ 3 การวิจัยกึ่งทดลองแบบ One Group Pretest-Posttest Design กลุ่มตัวอย่าง 90 คน ครอบคลุมพื้นที่ 12 ตำบล ระยะเวลา 9 เดือน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงสุดต่อประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร ($r = 0.742$) ความรู้และทักษะของบุคลากร ($r = 0.724$) และการมีส่วนร่วมของชุมชน ($r = 0.698$) รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น คือ "โมเดลขุนหาญ" (Khun Han Model) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การคัดกรองและประเมินผู้ป่วยในชุมชน 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข 3) การให้บริการและติดตามอย่างต่อเนื่อง และ 4) การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการประเมินประสิทธิผล พบว่า หลังการใช้โมเดลขุนหาญ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นสูงสุด (ร้อยละ 61.65) ความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 56.89 และประสิทธิผลโดยรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 80.51 โดยทุกตัวชี้วัดมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีขนาดผลกระทบอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's $d > 1.60$) โมเดลขุนหาญมีความเหมาะสมกับบริบทชนบทและสามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยจิตเวช, ยาเสพติด, การดูแลชุมชน, การมีส่วนร่วม, รูปแบบ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลขุนหาญ, E-mail: Chanita_boongee@hotmail.com

Development of Mental Health and Substance Abuse Patient Care Model in community, Khun Han District, Sisaket Province.

Chanita Parnjun, B.N.S.¹

Abstract

This study aimed to develop a community-based care model for mental health and substance abuse patients in Khun Han District, Si Sa Ket Province, appropriate to the local context. A Research and Development approach was conducted in three phases: Phase 1, Cross-sectional Analytical Study (n = 385); Phase 2, Participatory Action Research (n = 60); and Phase 3 Quasi-Experimental Research with One Group Pretest-Posttest Design (n = 90), covering 12 sub-districts over nine months.

The results revealed that the key factors most strongly correlated with care effectiveness were administrative support, personnel knowledge and skills, and community participation. The developed model, named the "Khun Han Model" a community-based collaborative care model integrating health services, community participation, and inter-agency coordination, comprised four main components: 1) community-based patient screening and assessment, 2) capacity building for health personnel and public health volunteers, 3) continuous service delivery and follow-up, and 4) community network building and participation.

Effectiveness evaluation demonstrated that all indicators improved significantly ($p < 0.001$) with large effect sizes. Patient service accessibility showed the greatest improvement, followed by overall effectiveness and satisfaction. The Khun Han Model is contextually appropriate for rural settings and can be replicated in areas with similar characteristics, providing valuable evidence for mental health and substance abuse policy formulation at provincial and regional levels.

Keywords: Mental health care, Substance abuse, Community-based care, Participation, Model

¹ Professional Nurse, Khun Han Hospital, E-mail: Chanita_boongee@hotmail.com

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดเป็นวิกฤตสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงขึ้นทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรกว่า 970 ล้านคนมีปัญหาด้านสุขภาพจิต และสถานการณ์ยิ่งรุนแรงขึ้นภายหลังวิกฤต COVID-19 (World Health Organization [WHO], 2022) สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 622,172 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.60 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และในปีงบประมาณ 2565 มีเพียงร้อยละ 57.94 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัด (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565) ปัญหาดังกล่าวทวีความซับซ้อนจากการขาดแคลนบุคลากรด้านจิตเวชและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและชายแดน (Patel et al., 2018)

จังหวัดศรีสะเกษเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดอย่างชัดเจน โดยโรคจิตเภท วิตกกังวล ซึมเศร้า และการติดสารเสพติดอยู่ในกลุ่มโรคอันดับต้นของผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัด (กรมสุขภาพจิต, 2565) นอกจากนี้ การศึกษาในพื้นที่ใกล้เคียงอย่างอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า พื้นที่ดังกล่าวมีปัญหาผู้ติดยาเสพติดที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้เกิดความยั่งยืน (ฉวีวรรณ และคณะ, 2566)

อำเภอขุนหาญ ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนติดกับประเทศกัมพูชา มีลักษณะเฉพาะที่เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดหลายประการ ได้แก่ ความหลากหลายทางชาติพันธุ์ (ไทย-ลาว เขมร กูย ส่วย) ความยากจนและความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจจากการพึ่งพาเกษตรกรรม ความเสี่ยงจากการลักลอบขนยาเสพติดข้ามแดน และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่จำกัด (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ, 2563)

ด้านสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ ข้อมูลจากโรงพยาบาลขุนหาญ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2563–2567 โดยจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดเพิ่มขึ้นจาก 691 ราย ในปี พ.ศ. 2563 เป็น 1,857 ราย ในปี พ.ศ. 2565 และ 1,905 ราย ในปี พ.ศ. 2566 และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเป็น 2,244 ราย ในปี พ.ศ. 2568 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 224.75 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2563 เมื่อพิจารณา

ตามระดับความรุนแรงของอาการในปี พ.ศ. 2568 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว (อาการสงบ) มีจำนวน 1,945 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.67 กลุ่มสีเหลือง (มีอาการกำเริบ) จำนวน 258 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.50 และกลุ่มสีแดง (มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง) จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.83 โรคที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคจิตเภท 290 ราย โรคซึมเศร้า 217 ราย และโรควิตกกังวล 68 ราย และพบผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 13 ราย (โรงพยาบาลขุนหาญ, 2568) โดยเฉพาะจากยาบ้าและยาไอซ์ที่หาซื้อได้ง่ายในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2566)

แนวคิดการดูแลสุขภาพโดยชุมชน (Community-based Health Care) ได้รับการยืนยันจากงานวิจัยหลายชิ้นว่ามีประสิทธิผลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร Thornicroft and Tansella (2004) เน้นว่าการนำบริการเข้าสู่ชุมชนแทนการรอรับในสถานบริการช่วยเพิ่มการเข้าถึงและความต่อเนื่องในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Lund et al. (2012) ที่พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตชุมชนในประเทศกำลังพัฒนาสามารถลดอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ ฉวีวรรณ และคณะ (2566) ในพื้นที่ใกล้เคียงอย่างอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดรักษาสามารถสร้างความยั่งยืนและลดอัตราการกลับไปใช้ซ้ำได้

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีงานวิจัยด้านการดูแลสุขภาพจิตและยาเสพติดในชุมชนอยู่จำนวนหนึ่ง แต่งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการบำบัดรักษาในสถานบริการเป็นหลัก (Saxena et al., 2007) และยังมีงานวิจัยที่พัฒนารูปแบบการดูแลโดยชุมชนในพื้นที่ชายแดนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์และมีบริบทเฉพาะค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยที่ยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ ช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าวทำให้การพัฒนาารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชายแดนมีความจำเป็นและมีคุณค่าเชิงวิชาการอย่างยิ่ง

ด้วยเหตุนี้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ลดความเหลื่อมล้ำในการ

เข้าถึงบริการ และพัฒนาโมเดลที่สามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

2.4 เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่ดำเนินการใน 3 ระยะ โดยใช้รูปแบบการวิจัยที่แตกต่างกันในแต่ละระยะ เพื่อให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้ ระยะที่ 1: การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง (Creswell & Plano Clark, 2018) ระยะที่ 2: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมคแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 2000) โดยใช้กระบวนการ PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) จำนวน 3 วนรอบ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (McNiff & Whitehead, 2011) ระยะที่ 3: การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ One Group Pretest-Posttest Design เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (Campbell & Stanley, 1963)

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการ (Pre-Research Phase) การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสร้างความร่วมมือกับชุมชน สร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) (Reason & Bradbury, 2008)

2. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 1 (เดือนที่ 1-2) การศึกษาบริบทและสถานการณ์ การศึกษาเอกสารและข้อมูลทุติยภูมิ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาข้อมูลสถิติสาธารณสุขของพื้นที่ วิเคราะห์นโยบายและแนวทางการดูแลที่มีอยู่ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพและผู้ให้บริการ โดยใช้แบบสอบถามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 แห่ง เก็บข้อมูลจากผู้นำชุมชนและท้องถิ่น เก็บข้อมูลจากครอบครัวผู้ป่วย การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก และจัดการสนทนากลุ่ม

3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 2 (เดือนที่ 3-5) การพัฒนารูปแบบการดูแลผ่านกระบวนการ PAOR ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (2000) โดยใช้กระบวนการ PAOR จำนวน 3 รอบ

4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 3 (เดือนที่ 6-8) การประเมินผลรูปแบบการดูแล ผู้วิจัยดำเนินการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ One Group Pretest-Posttest Design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากร คือ ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 แห่งในอำเภอขุนหาญ ผู้นำชุมชน และท้องถิ่น ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน นายก อบต. และคณะผู้บริหาร อบต. ในพื้นที่ 12 ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ อำเภอขุนหาญ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดพร้อมครอบครัวในอำเภอขุนหาญ

กลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละระยะการวิจัย มีดังนี้ **ระยะที่ 1** การศึกษาบริบทและสถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างรวม 385 คน คำนวณโดยใช้สูตร Yamane

ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 แบ่งเป็น บุคลากรสุขภาพ และผู้ให้บริการ จำนวน 96 คน (ร้อยละ 25.00) ผู้นำชุมชนและท้องถิ่น จำนวน 77 คน (ร้อยละ 20.00) ผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 212 คน (ร้อยละ 55.00) การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) **ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มตัวอย่าง 60 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (10 แห่ง) จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 30 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่ อบต. จำนวน 10 คน **ระยะที่ 3** การประเมินผลรูปแบบการดูแล กลุ่มตัวอย่าง 90 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (10 แห่ง) จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 30 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่ อบต. จำนวน 10 คน ญาติผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือกครอบครัวผู้ป่วย มีผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยและลงทะเบียนในระบบ ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอขุนหาญอย่างต่อเนื่อง สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

สำหรับบุคลากรสุขภาพ 1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอขุนหาญ 2) มีประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขอย่างน้อย 6 เดือน 3) มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือยาเสพติด 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

สำหรับผู้นำชุมชน 1) ดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน กำนัน นายก อบต. หรือคณะผู้บริหาร อบต. 2) อยู่ในตำแหน่งมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 3) มีประสบการณ์หรือความเกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในชุมชน

4) สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ดี 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

สำหรับครอบครัวผู้ป่วย 1) เป็นสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชหรือยาเสพติด 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) อาศัยอยู่ในอำเภอขุนหาญมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน 4) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน 5) มีสภาพจิตใจปกติและสามารถให้ข้อมูลได้ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือการวิจัยตามวัตถุประสงค์ในแต่ละระยะของการวิจัย รวมทั้งสิ้น 11 เครื่องมือ ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล (5 เครื่องมือ) คือ

เครื่องมือที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้ให้บริการ เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structured Questionnaire) จำนวน 90 ข้อ แบ่งเป็น 8 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ปัจจัยระดับ ประกอบด้วยความรู้ด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด ทักษะการปฏิบัติงาน และทัศนคติและแรงจูงใจ ส่วนที่ 3 ปัจจัยระดับองค์กร ประกอบด้วยทรัพยากรและงบประมาณ การจัดการและนโยบาย และการพัฒนาบุคลากร ส่วนที่ 4 ปัจจัยระดับชุมชน ประกอบด้วยความร่วมมือของชุมชน ทัศนคติและการยอมรับ และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 5 ปัจจัยระดับระบบ ประกอบด้วย การประสานงานระหว่างหน่วยงาน ระบบการส่งต่อ และระบบข้อมูลและการจัดการ ส่วนที่ 6 ปัจจัยระดับสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยสภาพภูมิศาสตร์และการคมนาคม วัฒนธรรมและสังคม และสภาพเศรษฐกิจ ส่วนที่ 7 ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ส่วนที่ 8 ข้อเสนอแนะและความคิดเห็น เป็นคำถามปลายเปิด โดยใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ (Likert, 1932) สำหรับคำถามส่วนที่ 2-7 ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

เครื่องมือที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้นำชุมชนและท้องถิ่น เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง จำนวน 55 ข้อ แบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 บทบาทและการมีส่วนร่วม ส่วนที่ 3 ปัญหาและ

อุปสรรค ส่วนที่ 4 ความต้องการและข้อเสนอแนะ ส่วนที่ 5 วิสัยทัศน์และแนวทางการพัฒนา ส่วนที่ 6 คำถามปลายเปิด

เครื่องมือที่ 3 แบบสอบถามสำหรับครอบครัวผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง จำนวน 65 ข้อ แบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2: ประสบการณ์ในการดูแล ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจ ส่วนที่ 4 ปัญหาและความต้องการ ส่วนที่ 5 ความคาดหวังและข้อเสนอแนะ ส่วนที่ 6 คำถามปลายเปิด

เครื่องมือที่ 4 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้นำชุมชน เครื่องมือที่ 5 แนวทางการสนทนากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (4 เครื่องมือ) ประกอบด้วย เครื่องมือที่ 6 แบบประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบ เป็นแบบประเมินแบบมีโครงสร้าง จำนวน 45 ข้อ แบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ส่วนที่ 2 ความพร้อมของทรัพยากร ส่วนที่ 3 การยอมรับของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ส่วนที่ 4 ความยั่งยืนของรูปแบบ ส่วนที่ 5 ประเมินโดยรวม ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะ (คำถามปลายเปิด) โดยใช้มาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ ได้แก่ เป็นไปได้มากที่สุด (5 คะแนน) เป็นไปได้มาก (4 คะแนน) เป็นไปได้ปานกลาง (3 คะแนน) เป็นไปได้น้อย (2 คะแนน) และเป็นไปได้น้อยที่สุด (1 คะแนน) เครื่องมือที่ 7 แบบบันทึกการสังเกต เครื่องมือที่ 8 แบบสะท้อนผล เครื่องมือที่ 9 แบบบันทึกการระดมสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 3: การประเมินผล (2 เครื่องมือ) ประกอบด้วย เครื่องมือที่ 10 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างสำหรับการประเมินก่อนและหลัง (Pre-Post Test Questionnaire) จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อกระบวนการดูแล ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแล ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการเข้าถึงบริการ ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจโดยรวม ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะ เครื่องมือที่ 11 แบบประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบ เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างสำหรับการประเมินก่อนและหลัง จำนวน 75 ข้อ แบ่งเป็น 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การประเมินความรู้และทักษะของบุคลากร ส่วนที่ 3 การประเมินการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ส่วนที่ 4 การประเมินคุณภาพการดูแล ส่วนที่ 5 การประเมินการมีส่วนร่วม

ของชุมชน ส่วนที่ 6 การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ส่วนที่ 7 ข้อเสนอแนะและความคิดเห็น

1. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัย

ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยทั้งด้านความตรงและความเชื่อมั่น (Validity and Reliability) ตามหลักการทางสถิติและการวิจัย (Hair et al., 2019) ดังนี้

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

2.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการวัด ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของตัวเลือกคำตอบ การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ข้อคำถามที่มีค่า IOC ≥ 0.5 ผ่านเกณฑ์นำไปใช้ได้ เครื่องมือทั้ง 11 ฉบับมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาในระดับสูง

2.2 การทดลองใช้เครื่องมือ นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จากโรงพยาบาลไพรบึง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเดียวกันที่มีบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในพื้นที่ชนบทคล้ายคลึงกับอำเภอขุนหาญจำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของข้อคำถามและคำชี้แจง ตรวจสอบระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม ตรวจสอบปัญหาหรืออุปสรรคในการใช้เครื่องมือ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น

2.3 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 1951) สำหรับข้อคำถามที่เป็นมาตรวัดแบบ Likert Scale ผลการทดสอบ มีค่า Cronbach's Alpha แบบสอบถามเครื่องมือที่ 1 มีค่า 0.94 แบบสอบถามเครื่องมือที่ 2 มี 0.91 แบบสอบถาม

เครื่องมือที่ 3 มีค่า 0.93 แบบประเมินเครื่องมือที่ 6 มีค่า 0.89 แบบประเมินเครื่องมือที่ 10 มีค่า 0.92 แบบประเมินเครื่องมือที่ 11 มีค่า 0.95 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือทุกฉบับมีความเชื่อมั่นในระดับสูงถึงสูงมาก ($\alpha \geq 0.80$) เหมาะสำหรับการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตัวแปร

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)
ปัจจัยระดับบุคคล (Individual Level Factors) ความรู้ และทักษะของบุคลากร ประสบการณ์การทำงานทัศนคติต่อการดูแล แรงจูงใจในการทำงาน
ปัจจัยระดับองค์กร (Organizational Level Factors) ทรัพยากร และงบประมาณ โครงสร้างการจัดการ นโยบายและแนวทางปฏิบัติ การฝึกอบรมและพัฒนา
ปัจจัยระดับชุมชน (Community Level Factors) การมีส่วนร่วมของชุมชน ทัศนคติและการยอมรับ การสนับสนุนทางสังคม ผู้นำและเครือข่ายชุมชน
ปัจจัยระดับระบบ (System Level Factors) การประสานงานระหว่างหน่วยงาน ระบบการส่งต่อ ระบบข้อมูลและการติดตาม นโยบายระดับจังหวัด/ ภูมิภาค
ปัจจัยระดับสิ่งแวดล้อม (Environmental Level Factors) สภาพภูมิศาสตร์ และการคมนาคม วัฒนธรรมและประเพณีท้องถิ่น สภาพเศรษฐกิจและสังคม

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

ประสิทธิผลของโปรแกรม ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล การประเมินความรู้และทักษะ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย คุณภาพการดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล องค์กร ชุมชน ระบบ และสิ่งแวดล้อม (ตัวแปรอิสระ) กับประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย (ตัวแปรตาม) โดยใช้ Pearson Correlation สำหรับตัวแปรที่มีการกระจายตัวแบบปกติ Spearman's Rank Correlation

สำหรับตัวแปรที่ไม่เป็นปกติ Chi-square Test สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ และ Multiple Linear Regression วิธี Stepwise เพื่อหาปัจจัยพยากรณ์ประสิทธิผลการดูแลก่อนการวิเคราะห์ที่ได้ตรวจสอบเงื่อนไขเบื้องต้น ได้แก่ การกระจายตัวของข้อมูล (Shapiro-Wilk Test) ความเป็นเส้นตรงของความสัมพันธ์ และ Multicollinearity ($VIF < 10$) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มวิเคราะห์ด้วย Content Analysis และบูรณาการกับข้อมูลเชิงปริมาณโดยการ Triangulation

ระยะที่ 2 ข้อมูลจากการระดมสมอง การสนทนากลุ่มแบบสังเกต และแบบสะท้อนผลในแต่ละวงรอบ PAOR วิเคราะห์ด้วย Thematic Analysis (Braun & Clarke, 2006) เพื่อสกัดประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนารูปแบบ ส่วนแบบประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการระหว่างวงรอบ

ระยะที่ 3 ใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้โมเดลชุมชนในตัวแปรทุกด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจ ความรู้และทักษะ การเข้าถึงบริการ คุณภาพการดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หากข้อมูลไม่เป็นปกติใช้ Wilcoxon Signed Rank Test แทน และคำนวณขนาดผลกระทบด้วย Cohen's d กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS version 26.0

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ SPPH 2025-126 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2568 วันที่รับรองระหว่างวันที่ 21 กรกฎาคม 2568 – 20 กรกฎาคม 2569 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

ผลการวิจัย

1. บริบท สถานการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลผู้ป่วย

การศึกษาระยะที่ 1 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก 30 คน สนทนากลุ่ม 4 กลุ่ม และสำรวจแบบสอบถาม

จากกลุ่มตัวอย่าง 385 คน พบปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านผู้ป่วยและครอบครัว: ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรค (ร้อยละ 78.87) กินยาไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 72.64) และเข้าถึงบริการยาก (ร้อยละ 84.91) ครอบครัวรู้สึกเครียด และถูกตีตราจากสังคม (ร้อยละ 81.13) (2) ด้านบุคลากรและองค์กร: ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง (ร้อยละ 85.42) ความรู้และทักษะไม่เพียงพอ (ร้อยละ 73.96) และงบประมาณไม่เพียงพอ (ร้อยละ 81.25) (3) ด้านชุมชนและสังคม: ชุมชนขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวช และยาเสพติด (ร้อยละ 87.79) มีทัศนคติเชิงลบและการตีตรา (ร้อยละ 85.71) และการมีส่วนร่วมต่ำ (ร้อยละ 76.36) (4) ด้านระบบและการประสานงาน: การติดตามผู้ป่วยในชุมชนไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 82.34) และการประสานงานระหว่างหน่วยงานไม่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 74.48)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยทั้ง 5 ระดับ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงสุด ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร ($r = 0.742$) ความรู้และทักษะของบุคลากร ($r = 0.724$) การประสานงานระหว่างหน่วยงาน ($r = 0.715$) การมีส่วนร่วมของชุมชน ($r = 0.698$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.672$)
รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน ($n = 385$)

ปัจจัย	r	p	ระดับความสัมพันธ์
ระดับองค์กร			
การสนับสนุนจากผู้บริหาร	0.742	< 0.001	สูง
ทรัพยากรและงบประมาณ	0.681	< 0.001	สูง
การฝึกอบรมและพัฒนา	0.638	< 0.001	สูง
โครงสร้างการจัดการที่ชัดเจน	0.595	< 0.001	ปานกลาง-สูง
ระดับบุคคล			
ความรู้และทักษะของบุคลากร	0.724	< 0.001	สูง

ปัจจัย	r	p	ระดับความสัมพันธ์
ทัศนคติเชิงบวกต่อ การดูแล แรงจูงใจในการทำงาน	0.658	< 0.001	สูง
ประสบการณ์การทำงาน	0.498	< 0.001	ปานกลาง
ระดับระบบ			
การประสานงานระหว่างหน่วยงาน	0.715	< 0.001	สูง
ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ	0.688	< 0.001	สูง
ระบบข้อมูลและการติดตาม	0.654	< 0.001	สูง
ระดับชุมชน			
การมีส่วนร่วมของชุมชน	0.698	< 0.001	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	0.672	< 0.001	สูง
ทัศนคติของชุมชนต่อผู้ป่วย ผู้นำและเครือข่ายชุมชน	0.645	< 0.001	สูง
0.618	< 0.001	สูง	
ระดับสิ่งแวดล้อม			
การคมนาคมและการเข้าถึงพื้นที่	0.542	< 0.001	ปานกลาง
การยอมรับจากวัฒนธรรมท้องถิ่น	0.513	< 0.001	ปานกลาง

เกณฑ์ระดับความสัมพันธ์: $r = 0.50-0.69 =$ ปานกลาง, $r \geq 0.70 =$ สูง

2. รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โมเดลชุมชน

การพัฒนาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (2000) กระบวนการ PAOR จำนวน 3 วนรอบ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กับกลุ่มตัวอย่าง 60 คน ได้ "โมเดลชุมชน" ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 การคัดกรองและประเมินผู้ป่วยจัดทำทะเบียนผู้ป่วยครอบคลุมทั้งอำเภอ 343 ราย พัฒนา

เครื่องมือคัดกรอง 15 ข้อ ใช้เวลาเฉลี่ย 8-10 นาที และพัฒนาแอปพลิเคชัน "ขุนหาญใส่ใจสุขภาพจิต" สำหรับบันทึกและติดตามข้อมูล พร้อมจัดทีมเยี่ยมบ้าน 24 ทีม ครอบคลุม 12 ตำบล

องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 3 รอบ อบรมติดตามผล (Refresher Training) ทุก 2 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง และจัดระบบพี่เลี้ยง (Mentor) พร้อมพัฒนาคู่มือ 4 เล่ม สำหรับเจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร ครอบครัว และชุมชน

องค์ประกอบที่ 3 การให้บริการและติดตามอย่างต่อเนื่อง เยี่ยมบ้านเดือนละ 2 ครั้งโดยทีมสหวิชาชีพ ชุมชน จัดศูนย์ให้คำปรึกษา 12 แห่ง พัฒนาระบบ Telemedicine เชื่อมโยงกับจิตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน และจัดกลุ่มสนับสนุนครอบครัวเดือนละ 2 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 4 การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชน จัดกิจกรรมรณรงค์เฉพาะกลุ่ม จัดตั้งกองทุนสุขภาพจิตอำเภอขุนหาญ (เงินเริ่มต้น 440,000 บาท) และจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิตชุมชนอำเภอขุนหาญ นำโดยนายอำเภอ

ความเป็นไปได้ของรูปแบบพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องจากรอบที่ 1 (3.67/5, ร้อยละ 73.40) รอบที่ 2 (4.06/5, ร้อยละ 81.20) และรอบที่ 3 (4.48/5, ร้อยละ 89.60) เพิ่มขึ้นรวมร้อยละ 22.07 โดยในรอบที่ 3 บุคลากรมีความพร้อมและความมั่นใจในการดำเนินการต่อร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปผลการพัฒนาโมเดลขุนหาญตลอด 3 วนรอบ

ตัวชี้วัด	รอบที่ 1	รอบที่ 2	รอบที่ 3	การเปลี่ยนแปลง
ระยะเวลา	สัปดาห์ที่ 1-4	สัปดาห์ที่ 6-9	สัปดาห์ที่ 10-13	รวม 12 สัปดาห์
ขอบเขตพื้นที่	2 ตำบล	6 ตำบล	12 ตำบล	+500%
จำนวนผู้ป่วย (ราย)	55	167	343	+523%
จำนวนทีมเยี่ยมบ้าน	4 ทีม	12 ทีม	24 ทีม	+500%

ตัวชี้วัด	รอบที่ 1	รอบที่ 2	รอบที่ 3	การเปลี่ยนแปลง
ความเป็นไปได้ของรูปแบบ (5)	3.67	4.06	4.48	+22.07%
ความพร้อมดำเนินการ ต่อ (%)	89.29	96.61	100.00	+12.00%
ความมั่นใจในการปฏิบัติ (%)	78.57	94.92	100.00	+27.00%
ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอ (%)	89.58	94.97	97.88	+9.24%
ครอบครัวเข้าใจการดูแล (%)	79.17	89.31	95.15	+20.19%
ผู้ป่วยอาการดีขึ้น (%)	72.92	80.50	86.67	+18.85%

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล

การประเมินผลโดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ One Group Pretest-Posttest Design กับกลุ่มตัวอย่าง 90 คน โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล (เครื่องมือที่ 10) จำนวน 18 ข้อ มาตรฐาน Likert 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) แบ่งเป็น 3 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ คะแนนเต็มรายด้าน 30 คะแนน และคะแนนเต็มโดยภาพรวม 90 คะแนน พบว่าตัวชี้วัดทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีขนาดผลกระทบอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's $d > 1.60$) ตามเกณฑ์ของ Ferguson (2009) ที่กำหนดว่า $d > 1.5$ หมายถึงผลกระทบที่มีความหมายทางปฏิบัติสูงมาก ความพึงพอใจโดยภาพรวม (คะแนนเต็ม 90 คะแนน) เพิ่มขึ้นจาก $\bar{x} = 49.56$ เป็น $\bar{x} = 77.76$ คะแนน (ร้อยละ 56.89, $t(89) = -13.284, p < 0.001$, Cohen's $d = 1.74$) โดยร้อยละ 80.00 ของกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด หลังดำเนินการ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลก่อนและหลังการดำเนินการ (n = 90)

ด้านความพึงพอใจ	ก่อน \bar{X} (S.D.)	หลัง \bar{X} (S.D.)	เพิ่มขึ้น (%)	t	Cohen's d
กระบวนการดูแล	2.74 (1.02)	4.31 (0.76)	57.30	-11.872***	1.75
คุณภาพการดูแล	2.80 (1.04)	4.35 (0.75)	55.36	-11.985***	1.70
การเข้าถึงบริการ	2.68 (1.01)	4.27 (0.78)	59.33	-12.342***	1.78
ความพึงพอใจโดยรวม (ราย)	2.82 (1.02)	4.37 (0.73)	54.96	-12.073***	1.73
ความพึงพอใจโดยภาพรวม (/90)	49.56 (18.41)	77.76 (13.64)	56.89	-13.284***	1.74

*** p < 0.001; ร้อยละ 80.00 ของกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดหลังดำเนินการ

เมื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล
ในภาพรวม พบว่า ทุกตัวชี้วัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ (p < 0.001) และมีขนาดผลกระทบอยู่ในระดับสูงมาก

(Cohen's d > 1.60) โดยการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยมี
การเพิ่มขึ้นสูงสุด (ร้อยละ 61.65, Cohen's d = 1.81) และ
ประสิทธิผลโดยรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 80.51 รายละเอียด
แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบประสิทธิผลของโมเดลชุมชนก่อนและหลังการดำเนินการ

ตัวชี้วัด ประสิทธิผล	กลุ่ม	ก่อน \bar{x} (S.D.)	หลัง \bar{x} (S.D.)	เพิ่มขึ้น (%)	t	Cohen's d	ระดับ ผลกระทบ
ความรู้และทักษะ บุคลากร a	n=60	30.30 (10.00)	44.00 (7.00)	45.21	-13.562***	1.68	สูงมาก
การเข้าถึงบริการ ของผู้ป่วย	n=90	26.60 (10.40)	43.00 (7.80)	61.65	-11.976***	1.81	สูงมาก
คุณภาพการดูแล	n=90	27.80 (10.40)	43.40 (7.60)	56.12	-12.342***	1.72	สูงมาก
การมีส่วนร่วมของ ชุมชน	n=90	26.80 (10.40)	42.20 (7.60)	57.46	-10.874***	1.69	สูงมาก
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	n=90	40.35 (15.60)	63.00 (11.40)	56.13	-10.954***	1.64	สูงมาก
ประสิทธิผล โดยรวม b	n=90	161.55 (62.40)	291.60 (44.40)	80.51	-	- c	สูงมาก
					13.824****		

หมายเหตุ:

a ตัวชี้วัดความรู้และทักษะบุคลากรประเมินเฉพาะกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข (n = 60) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่รพ.สต. 10 คน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 10 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 30 คน ส่วนตัวชี้วัดด้านอื่นประเมินจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 90) ซึ่งรวมถึงผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ อบต. และญาติผู้ป่วยเพิ่มเติม

b คะแนนประสิทธิผลโดยรวมคำนวณจากผลรวมคะแนนตัวชี้วัดทั้ง 5 ด้าน (คะแนนเต็ม 375 คะแนน) วิเคราะห์ด้วย Paired samples t-test

c ไม่รายงานค่า Cohen's d สำหรับคะแนนประสิทธิผลโดยรวม เนื่องจากเป็นคะแนนผลรวมของตัวชี้วัด 5 ด้านที่มีหน่วยวัดต่างกัน การคำนวณ Cohen's d จากคะแนนรวมอาจทำให้การตีความขนาดผลกระทบคลาดเคลื่อน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากค่า Cohen's d ของตัวชี้วัดรายด้านทุกตัวที่อยู่ในระดับสูงมาก (d = 1.64–1.81) สามารถสรุปได้ว่าประสิทธิผลโดยรวมอยู่ในระดับสูงมากเช่นกัน

*** p < .001; เกณฑ์ขนาดผลกระทบ (Cohen, 1988): d ≥ 0.8 = ใหญ่; d ≥ 1.5 = ใหญ่มาก (Ferguson, 2009)

ผลการทดสอบสมมติฐานงานวิจัยทั้ง 8 ข้อ พบว่ารับสมมติฐานทุกข้อ โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานงานวิจัย

สมมติฐาน	วิธีวิเคราะห์	ผล	หลักฐานสนับสนุน
กลุ่มที่ 1: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดูแล (n = 385)			
H1: ปัจจัยระดับบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย	Pearson correlation	รับ	r = 0.724, p < 0.001
H2: ปัจจัยระดับองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย	Pearson correlation	รับ	r = 0.742, p < 0.001
H3: ปัจจัยระดับชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย	Pearson correlation	รับ	r = 0.698, p < 0.001
H4: ปัจจัยระดับระบบมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย	Pearson correlation	รับ	r = 0.715, p < 0.001
กลุ่มที่ 2: ประสิทธิภาพของโมเดลขุนหายก่อนและหลังการดำเนินการ (n = 90)			
H5: การใช้โมเดลขุนหายส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ	Paired t-test	รับ	t(89) = -13.284, p < 0.001, d = 1.74
H6: การใช้โมเดลขุนหายส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย	Paired t-test	รับ	t(89) = -11.976, p < 0.001, d = 1.81
H7: การใช้โมเดลขุนหายส่งผลต่อความรู้และทักษะของบุคลากร	Paired t-test	รับ	t(59) = -13.562, p < 0.001, d = 1.68
H8: การใช้โมเดลขุนหายส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย	Paired t-test	รับ	t(89) = -10.874, p < 0.001, d = 1.69

หมายเหตุ: สมมติฐาน H1–H4 วิเคราะห์ด้วย Pearson correlation analysis (n = 385) สมมติฐาน H5–H8 วิเคราะห์ด้วย Paired samples t-test (n = 90 ยกเว้น H7 ที่ประเมินเฉพาะบุคลากร n = 60) ค่า d คือขนาดผลกระทบ (Cohen's d) โดย d > 1.5 หมายถึงผลกระทบสูงมาก (Ferguson, 2009) *** p < 0.001

อภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโมเดลชุมชนหาญเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิผลสูงและเหมาะสมกับบริบทชนบทไทย โดยสามารถอภิปรายผลในประเด็นสำคัญดังนี้

ด้านบริบทและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนจากผู้บริหารมีความสัมพันธ์สูงที่สุดกับประสิทธิผลการดูแล ($r = 0.742$) ซึ่งไม่เพียงสอดคล้องกับ Transformational Leadership Theory ของ Bass and Riggio (2006) แต่ยังขยายความเข้าใจว่าในบริบทพื้นที่ชายแดนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ภาวะผู้นำมีบทบาทเหนือกว่าปัจจัยด้านทรัพยากรและงบประมาณ ($r = 0.681$) กล่าวคือ ผู้บริหารที่ให้การสนับสนุนอย่างจริงจังสามารถขับเคลื่อนระบบแม้ในพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่มีนัยสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบายในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้ การที่ปัจจัยระดับชุมชน ($r = 0.698$) มีความสัมพันธ์ใกล้เคียงกับปัจจัยระดับระบบ ($r = 0.715$) แสดงให้เห็นว่าในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ การยอมรับจากชุมชนมีความสำคัญไม่น้อยกว่าระบบบริการอย่างเป็นทางการ

ด้านกระบวนการพัฒนารูปแบบ การพัฒนาโมเดลชุมชนหาญผ่านกระบวนการ PAR 3 วงรอบ ทำให้ความเป็นไปได้ของรูปแบบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.40 เป็นร้อยละ 89.60 สิ่งที่แตกต่างกันจากการวิจัยพัฒนารูปแบบก่อนหน้าในบริบทไทย คือการที่แต่ละวงรอบไม่เพียงปรับปรุงเนื้อหา แต่ยังขยายพื้นที่ครอบคลุมจาก 2 ตำบล เป็น 12 ตำบลพร้อมกัน กลไกที่ทำให้การพัฒนาแบบวงรอบประสบความสำเร็จในบริบทนี้ มาจากการที่ อสม. และผู้นำชุมชนซึ่งคุ้นเคยกับบริบทวัฒนธรรมสามารถปรับรูปแบบการสื่อสารให้เข้ากับแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ได้อย่างรวดเร็วในแต่ละรอบ ซึ่งงานวิจัย PAR ในประเทศรายได้ปานกลางส่วนใหญ่ยังขาดการอธิบายกลไกนี้ (Israel et al., 2018)

ด้านประสิทธิผลของรูปแบบ

กลไกที่ทำให้ การเข้าถึง บริการเพิ่มขึ้นสูงสุด
การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นมากที่สุด (ร้อยละ 61.65,

Cohen's $d = 1.81$) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สูงกว่าที่พบในงานวิจัย Community-Based Service ในประเทศกำลังพัฒนาโดยทั่วไป (Lund et al., 2012) กลไกหลักที่ขับเคลื่อนผลลัพธ์นี้มาจาก 3 องค์ประกอบที่ทำงานร่วมกัน ได้แก่ ประการแรก ทีมเยี่ยมบ้าน 24 ทีมที่ครอบคลุมทุกตำบล ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไกลซึ่งเป็นอุปสรรคหลักของพื้นที่ชายแดน ประการที่สอง ระบบ Telemedicine ที่เชื่อมต่อผู้ป่วยกับจิตแพทย์โดยตรงลดการพึ่งพาการส่งต่อซึ่งมักทำให้ผู้ป่วยหลุดจากระบบ และประการที่สาม แอปพลิเคชัน "ชุมชนหาญใส่ใจสุขภาพจิต" ที่ทำให้การติดตามผู้ป่วยเป็นระบบและต่อเนื่อง สามารถประกอบนี้ทำงานเสริมกันในลักษณะที่งานวิจัย Task Shifting แบบดั้งเดิมยังไม่ได้นำเสนอ (Saxena et al., 2007)

กลไกที่ทำให้ความรู้และทักษะบุคลากรเพิ่มขึ้น
ความรู้และทักษะบุคลากรเพิ่มขึ้นร้อยละ 45.21 โดยกลไกสำคัญไม่ได้มาจากการอบรมเพียงอย่างเดียว แต่มาจากระบบพี่เลี้ยง (Mentor) ที่ทำให้บุคลากรใหม่เรียนรู้จากประสบการณ์จริงในพื้นที่ตนเอง และการอบรมติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ ที่ทำให้ความรู้ถูกนำไปใช้และได้รับการแก้ไขปัญหาทันที กลไกนี้แตกต่างจากการพัฒนาศักยภาพแบบครั้งเดียว (One-time Training) ที่มักไม่ยั่งยืนในบริบทชนบท

กลไกที่ทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้น
การมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นร้อยละ 57.46 เนื่องจากโมเดลชุมชนหาญออกแบบให้ผู้นำชุมชนและ อสม. เป็น "เจ้าของ" การดูแล ไม่ใช่เพียง "ผู้ช่วย" บุคลากรสุขภาพการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิตชุมชนนำโดยนายอำเภอและกองทุนสุขภาพจิตที่ชุมชนบริหารเอง ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของที่แตกต่างจากโปรแกรมที่ถูกจัดการจากภายนอก

โมเดลชุมชนหาญกับการเติมเต็มช่องว่างในบริบทประเทศรายได้ปานกลาง

ระบบสุขภาพจิตในประเทศรายได้ปานกลางอย่างไทยมักเผชิญกับช่องว่าง 3 ประการ ได้แก่ การกระจุกตัวของบริการในเมือง การขาดบุคลากรเฉพาะทางใน

พื้นที่ชนบท และการแยกระบบดูแลจิตเวชออกจากชุมชน (Patel et al., 2018) โมเดลชุมชนหาญเต็มเต็มช่องว่างเหล่านี้ได้อย่างเฉพาะเจาะจงด้วยวิธีที่รูปแบบการดูแลก่อนหน้าในบริบทไทยยังไม่ได้ดำเนินการครบถ้วน กล่าวคือ แทนที่จะรอให้ระบบผลิตจิตแพทย์เพิ่มขึ้น โมเดลนี้ใช้ Telemedicine เชื่อมต่อจิตแพทย์ที่มีอยู่กับผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล แทนที่จะสร้างสถานบริการใหม่ โมเดลนี้ใช้โครงสร้างชุมชนที่มีอยู่แล้ว และแทนที่จะดูแลจิตเวชและยาเสพติดแยกกัน โมเดลนี้บูรณาการทั้งสองเข้าด้วยกันในระบบเดียว ซึ่งเหมาะสมกับความ เป็นจริงที่ผู้ป่วยสองกลุ่มนี้มีทับซ้อนกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย การวิจัยมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการตีความผล ได้แก่ การใช้รูปแบบ One Group Pretest-Posttest Design ที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะเวลาติดตามผลเพียง 3 เดือนที่อาจยังไม่เพียงพอ สำหรับการประเมินความยั่งยืน การดำเนินการในพื้นที่เดียวที่มีบริบทเฉพาะ และความเป็นไปได้ของ Social Desirability Bias อย่างไรก็ตาม การที่ทุกตัวชี้วัดเปลี่ยนแปลงในทิศทางเดียวกันด้วยขนาดผลกระทบสูงมาก (Cohen's $d > 1.60$) ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ จากผลการวิจัยที่พบว่า การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นสูงสุด (ร้อยละ 61.65) เมื่อนำบริการเข้าสู่ชุมชน หน่วยบริการควรนำโมเดลชุมชนหาญไปปรับใช้โดยเริ่มจากการทดลองนำร่องในพื้นที่เล็กก่อน จัดตั้งทีมเยี่ยมบ้านสหวิชาชีพที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชน และพัฒนาศักยภาพ บุคลากรอย่างต่อเนื่องผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ และระบบพี่เลี้ยง

สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากผลการวิจัย ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นร้อยละ 57.46 ควรจัดตั้งกองทุนสุขภาพจิตระดับตำบลหรืออำเภอเพื่อ สนับสนุนการดำเนินงานอย่างยั่งยืน และสนับสนุน กิจกรรมรณรงค์ลดการตีตราทางสังคมในชุมชนอย่าง สม่าเสมอ

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลไก สำคัญของโมเดลชุมชนหาญ ควรเยี่ยมเยียนและติดตาม ผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ เป็นสื่อกลาง ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และหน่วยบริการ และอำนวยความสะดวกในการจัดกลุ่มสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าโมเดลชุมชนหาญ มีประสิทธิภาพสูงในพื้นที่ชายแดนที่มีความหลากหลาย ทางชาติพันธุ์ ควรสนับสนุนการขยายผลโมเดลชุมชนหาญ สู่อำเภออื่นในจังหวัดศรีสะเกษและพื้นที่ชนบทที่มีบริบท คล้ายคลึงกัน พัฒนานโยบายจัดสรรบุคลากรจิตเวชให้ เพียงพอในพื้นที่ชายแดน และสนับสนุนงบประมาณ สำหรับพัฒนาระบบ Telemedicine และแอปพลิเคชัน สุขภาพจิตในระดับพื้นที่

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

จากข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ที่ใช้รูปแบบ One Group Pretest-Posttest Design และติดตาม ผลเพียง 3 เดือน ควรดำเนินการวิจัยเพิ่มเติมในประเด็น ดังต่อไปนี้ ได้แก่ ศึกษาด้วยการวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผล ติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 12 เดือนเพื่อประเมิน ความยั่งยืนของโมเดล และศึกษาความคุ้มค่า (Cost-Effectiveness) เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย ในการขยายผล

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565. กระทรวงสาธารณสุข.
<https://www.dmh.go.th>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
<https://www.dmh.go.th>
- โรงพยาบาลขุนหาญ. (2568). ข้อมูลสถานการณ์จิตเวชและยาเสพติด อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ณ วันที่ 31 มีนาคม 2568.
โรงพยาบาลขุนหาญ.
- วรวรรณ จุฑา และศศิธร บัวเฟื่อน. (2566). อัตราป่วยรายใหม่ของความผิดปกติและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารเสพติดในคนไทย:
Health Data Center (HDC) ปี พ.ศ. 2566. กรมสุขภาพจิต. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1688>
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาสที่ 3/2565. สำนักงาน
สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. <https://www.nesdc.go.th>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566). รายงานประจำปีสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2566.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
- อุไรวรรณ ชัยมงคล, สุรพล วิเศษสังข์ และมณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลางโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสาร
วิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 3(1), 45–62.
- Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*,
3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*.
Harvard University Press.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Rand
McNally.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum
Associates.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental
illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20. <https://doi.org/10.1002/wps.20121>
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsck, N. (2012). Challenging the public stigma
of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963–973.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.).
SAGE Publications.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334.
<https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. MIT Press.

- Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 532–538. <https://doi.org/10.1037/a0015808>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (2018). Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, 19(1), 173–202. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173>
- Katon, W. J., Lin, E. H. B., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., Peterson, D., Rutter, C. M., McGregor, M., & McCulloch, D. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *New England Journal of Medicine*, 363(27), 2611–2620. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1003955>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2000). Participatory action research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 567–605). SAGE Publications.
- Krippendorff, K. (2018). *Content analysis: An introduction to its methodology* (4th ed.). SAGE Publications.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 1–55.
- Lund, C., Tomlinson, M., De Silva, M., Fekadu, A., Shidhaye, R., Jordans, M., Petersen, I., Bhana, A., Kigozi, F., Prince, M., Thornicroft, G., Hanlon, C., Kakuma, R., McDaid, D., Saxena, S., Chisholm, D., Raja, S., Kippen-Wood, S., Honikman, S., ... Patel, V. (2012). PRIME: A programme to reduce the treatment gap for mental disorders in five low- and middle-income countries. *PLOS Medicine*, 9(12), e1001359. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001359>
- McNiff, J., & Whitehead, J. (2011). *All you need to know about action research* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487–497. <https://doi.org/10.1056/NEJMra050100>
- Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., Ferrari, A. J., Hyman, S., Laxminarayan, R., Levin, C., Lund, C., Medina Mora, M. E., Petersen, I., Scott, J., Shidhaye, R., Vijayakumar, L., Thornicroft, G., & Whiteford, H. (2018). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities. *The Lancet*, 387(10028), 1672–1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00390-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00390-6)
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Reason, P., & Bradbury, H. (Eds.). (2008). *The SAGE handbook of action research: Participative inquiry and practice* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., & Whiteford, H. (2007). Resources for mental health: Scarcity, inequity, and inefficiency. *The Lancet*, 370(9590), 878–889. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61239-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61239-2)
- Scheirer, M. A., & Dearing, J. W. (2011). An agenda for research on the sustainability of public health programs. *American Journal of Public Health*, 101(11), 2059–2067. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300193>

- Shore, J. H., Yellowlees, P., Caudill, R., Johnston, B., Turvey, C., Mishkind, M., Krupinski, E., Myers, K., Shore, P., Kaftarian, E., & Hilty, D. (2020). Best practices in videoconferencing-based telemental health. *Telemedicine and e-Health*, 24(11), 827–832. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0237>
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392–397. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care. *British Journal of Psychiatry*, 185(4), 283–290. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.283>
- World Health Organization. (2008). Task shifting: Rational redistribution of tasks among health workforce teams: Global recommendations and guidelines. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/task-shifting-global-recommendations-and-guidelines>
- World Health Organization. (2019). WHO guideline: Recommendations on digital interventions for health system strengthening. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>
- World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>