

การพัฒนาระบบสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม ของครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

Development of a Mental Health Support System for Community-Based Schizophrenia Caregivers: Enhancing Family Participation in Mueang District, Sakon Nakhon Province.

(Received: March 28,2026 ; Revised: March 31,2026 ; Accepted: April 4,2026)

พิมพ์พิศา พรหมศิริ¹

Pimphisa Promsiri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ 2) พัฒนาระบบสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสานเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 40 คน ประกอบด้วย ผู้ดูแลหลัก 10 คน สมาชิกครอบครัว 5 คน ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่ 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน และบุคลากรสาธารณสุข 10 คน ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง สังเคราะห์ข้อมูล ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 2 ครั้ง และตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีภาระการดูแลหนักใน 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการเงิน ผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนครบทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ House ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านวัตถุหรือเครื่องมือ และด้านการประเมิน ระยะที่ 2 ได้รูปแบบระบบสนับสนุนสุขภาพจิต (Family Participation-Based Mental Health Support System: FP-MHSS) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ หลักการและแนวคิด เป้าหมาย กลไกการขับเคลื่อน และกระบวนการดำเนินงาน พร้อมกิจกรรมสนับสนุน 4 ด้าน ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมในภาพรวมระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.70, SD = 0.41) และความเป็นไปได้ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.38, SD = 0.53)

คำสำคัญ: ระบบสนับสนุนสุขภาพจิต, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, ภาระในการดูแล, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Abstract

This study was survey Research aimed to 1) investigate the caregiver burden situation and support needs of community-based schizophrenia caregivers, and 2) develop a mental health support system for community-based schizophrenia caregivers through enhancing family participation. By using Mixed Methods qualitative data collection through semi-structured in-depth interviews with 40 key informants (10 primary caregivers, 5 family members, 5 stable schizophrenia patients, 10 village health volunteers, and 10 healthcare personnel). Phase 2 involved developing the support system model through synthesis of Phase 1 findings with relevant theoretical frameworks, two participatory workshops, and validation by 5 experts. Data was analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Results: revealed that caregivers experienced heavy burden in four dimensions: physical, psychological, social, and financial. Caregivers expressed needs across all four social support dimensions per House's framework. Phase 2 yielded the Family Participation-Based Mental Health Support System (FP-MHSS) comprising four key components: principles and concepts, goals, driving mechanisms, and implementation process, along with four-dimensional support activities. Expert evaluation rated overall appropriateness at the highest level (Mean = 4.70, SD = 0.41) and feasibility at a high level (Mean = 4.38, SD = 0.53).

Keywords: mental health support system, schizophrenia caregiver, family participation, caregiver burden, self-efficacy

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร E-mail: pimphisa.pro@gmail.com

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตได้กลายเป็นวิกฤตการณ์ระดับชาติที่ส่งผลกระทบต่อทุกมิติของสังคมไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต¹ เผยให้เห็นสถานการณ์ที่น่าวิตกอย่างยิ่ง จากการประเมินสุขภาพจิตประชากรกว่า 750,000 คน พบว่ามีผู้ที่มีความเครียดสูงถึงร้อยละ 15.5 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.2 และที่น่ากังวลคือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 10.6 สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางทางจิตใจของประชากรไทยที่ครอบคลุมทุกช่วงวัย ตั้งแต่เยาวชนที่เผชิญกับภาวะหมดไฟจากความกดดันทางการศึกษา ไปจนถึงวัยแรงงานที่ต้องรับมือกับความท้าทายทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนผ่านจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลมาสู่การดูแลในชุมชนตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก² ถือเป็นกระแสหลักของระบบสุขภาพจิตสมัยใหม่ ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าทั้งในมิติคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ อย่างไรก็ตาม การดูแลจิตเวชในชุมชนได้ถ่ายโอนภาระหลักไปสู่ครอบครัวและผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่ง Zarit, Reever, และ Bach-Peterson³ ได้นิยามภาระของผู้ดูแล (Caregiver Burden) ว่าเป็นความเครียดและผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นทั้งในมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ นอกจากนี้ Schulz และ Sherwood⁴ ยืนยันว่าภาระที่สูงเกินไปไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลเอง แต่ยังกระทบต่อคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ อาจนำไปสู่การละเลยหรือแม้กระทั่งการล่วงละเมิดผู้ป่วย จากการศึกษาของฟินแลนด์ ศรีหารักษา⁵ พบว่าผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง และต้องการความช่วยเหลือจากชุมชนและทีมสุขภาพอย่างเร่งด่วน การศึกษานี้ยังพบว่าการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนสามารถลดคะแนนอาการทางจิตและเพิ่มความสามารถ

โดยรวมของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของ Bowen⁶ ในทฤษฎีระบบครอบครัว (Family Systems Theory) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวเป็นระบบที่สมาชิกมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน พฤติกรรมหรือปัญหาของสมาชิกคนหนึ่งส่งผลต่อทั้งระบบ ซึ่ง Goldenberg และ Goldenberg⁷ ยืนยันว่าการปรับตัวของครอบครัวสามารถช่วยเสริมสร้างสมดุลทางอารมณ์ของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ แนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) ของ Kuhlthau et al.⁸ ที่เน้นให้ครอบครัวเป็นพันธมิตรในการดูแล และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House⁹ ที่จำแนกการสนับสนุนออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านเครื่องมือ และด้านการประเมิน ล้วนเป็นกรอบแนวคิดที่มีศักยภาพในการพัฒนาระบบสนับสนุนผู้ดูแล นอกจากนี้การวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การศึกษาของศิวกการ นามปัญญา¹⁰ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีฐานะยากจน และเครียดจากการดูแลเป็นระยะเวลานาน หลังจากพัฒนาระบบดูแลแบบครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 80 และการศึกษาที่ผ่านมาของ โกศล เจริญศรี¹¹ พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถเพิ่มความสุขของญาติผู้ดูแลจากระดับต่ำกว่าคนทั่วไปเป็นระดับเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ 73 และลดอาการทางจิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสวิตตา ธงยศ¹² ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง พบว่าอาการทางจิตที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงลดลงจากระดับมากเป็นระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพรนิภา ไมตรีแพน และรัฐบัณฑิต ไมตรีแพน¹³ พบว่าการพัฒนารูปแบบ

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถทำให้ผู้ป่วย 24 จาก 25 คน สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม การศึกษาของสุจิตรา ยะวร และชยพล ยะวร¹⁴ ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพต้องประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ตัวผู้บำบัดที่มีความรู้ความเข้าใจ ตัวผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจ และครอบครัวที่ให้ความร่วมมือ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura¹⁵ ที่เน้นความสำคัญของความเชื่อในความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ท้าทาย การศึกษาของกนกศรี จาดเงิน และศิพัฒน์กร เชื้อภักดี¹⁶ พบว่าการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถลดอัตราการกำเริบซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 94.33 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ร้อยละ 80 แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการบูรณาการความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพ

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แต่ยังคงขาดการศึกษาที่มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแล โดยเฉพาะ ที่บูรณาการแนวคิดทางทฤษฎีอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทั้ง 4 มิติของการสนับสนุนตามแนวคิดของ House⁹ ในบริบทเฉพาะของจังหวัดสกลนคร ซึ่งจากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคทางจิตเวชในอำเภอเมืองสกลนครระหว่างปี 2566-2568 พบว่าจำนวนผู้ป่วยรวมมีแนวโน้มผันผวน โดยเพิ่มขึ้นจาก 15,521 คนในปี 2566 เป็น 16,390 คนในปี 2567 แล้วลดลงเป็น 13,738 คนในปี 2568 แต่อย่างไรก็ตามโรคทางจิตเวชยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของพื้นที่ โดยในปี 2568 โรคที่มีผู้ป่วยมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคจิตเภทพฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20-F29) จำนวน 2,484 คน ความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) จำนวน 2,475 คน โรคซึมเศร้า

(F32,F33,F34.1,F38,F39) จำนวน 2,191 คน โรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารกระตุ้นจิตประสาท (F10-19) จำนวน 2,159 คน และโรคประสาทความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด (F40-F48) จำนวน 1,459 คน โดยเฉพาะโรคจิตเภทและโรคที่เกี่ยวข้องแม้จะมีแนวโน้มลดลงจาก 3,600 คนในปี 2566 เป็น 2,484 คนในปี 2568 แต่ยังคงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวและสร้างภาระให้กับครอบครัวและชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบสนับสนุนสุขภาพจิตชุมชนและการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลให้สามารถจัดการกับความท้าทายเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁷ ในฐานะพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของประเด็นปัญหาดังกล่าวจากประสบการณ์การทำงานทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติงานในพื้นที่ และมีความมุ่งมั่นที่จะเติมเต็มช่องว่างดังกล่าวด้วยการพัฒนาระบบสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อลดภาระในการดูแลและเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย รวมทั้งสร้างความยั่งยืนและประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ 1) ผู้ดูแลหลักของโรคจิตเภทพฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด จำนวน 2,484 คน 2) ผู้ป่วยโรคจิตเภทพฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด รหัส (F20-F29) ที่ขึ้นทะเบียนรับการดูแลในคลินิกสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จำนวน 2,484 คน 3) สมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ ของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2,484 คน 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จำนวน 3,603 คน และ 5) บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในระดับ รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 28 คน¹⁷ ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัยทั้งสิ้น 5 เดือน ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2569 โดยครอบคลุมการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะหลัก ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และข้อมูลพื้นฐาน, ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบระบบสนับสนุน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยรายงานเฉพาะระยะที่ 1 และ 2 ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ความต้องการ ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) แบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท 10 คน สมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ 5 คน ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่ 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 10 คน และบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต 10 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบระบบสนับสนุนสุขภาพจิต ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหาและสังเคราะห์ร่วมกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 4 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีระบบครอบครัวของ Bowen⁶ ทฤษฎีการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Kuhlthau et al.⁸ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House⁹ และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹⁵ จากนั้นจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Workshop) จำนวน 2 ครั้ง กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด 30 คน เพื่อร่วมออกแบบรูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งตามระยะของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

เครื่องมือระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ความต้องการ

ระยะที่ 1 ใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพจำนวน 4 ชุด ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง (Semi-Structured Interview Guide) สำหรับผู้ดูแลหลัก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแล ภาระในการดูแล การสนับสนุนที่ได้รับ และความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลหลัก

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างสำหรับสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองและการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก

3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการดูแลตนเอง และความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว

4) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างสำหรับ อสม. และบุคลากรสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การทำงาน ปัญหาและความท้าทายที่พบ รูปแบบการมีส่วนร่วม

ร่วมของครอบครัวที่ประสบความสำเร็จ และ
ข้อเสนอแนะสำหรับระบบสนับสนุน

5) แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม
(Participant Observation Form) ใช้บันทึก
ข้อมูลระหว่างการเยี่ยมบ้านและการดำเนิน
กิจกรรมในชุมชน

6) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน (Home
Visit Record Form) ใช้บันทึกข้อมูลจากการ
เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัว

**เครื่องมือระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบ
ระบบสนับสนุนสุขภาพจิต**

ระยะที่ 2 ใช้เครื่องมือจำนวน 2 ชุด ดังนี้

1) แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ
แบบมีส่วนร่วม (Participatory Workshop
Record) ใช้บันทึกข้อมูลจากการประชุมเชิง
ปฏิบัติการทั้ง 2 ครั้ง เพื่อรวบรวมความคิดเห็น
ข้อเสนอแนะ และฉันทามติของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ในการพัฒนารูปแบบ FP-MHSS

2) แบบประเมินความเหมาะสมของ
รูปแบบระบบสนับสนุนสุขภาพจิต (สำหรับ
ผู้ทรงคุณวุฒิ) ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงกรอบ
แนวคิดการประเมินนวัตกรรมสุขภาพและ
องค์ประกอบของรูปแบบ FP-MHSS แบบประเมิน
ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (5 = มากที่สุด, 4
= มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, 1 = น้อยที่สุด)
พร้อมช่องให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในแต่ละด้าน
กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 4.51–
5.00 = ระดับมากที่สุด, 3.51–4.50 = ระดับมาก,
2.51–3.50 = ระดับปานกลาง, 1.51–2.50 =
ระดับน้อย, 1.00–1.50 = ระดับน้อยที่สุด โดย
กำหนดเกณฑ์การผ่านการยอมรับรูปแบบ คือ
คะแนนเฉลี่ยภาพรวมทั้งด้านความเหมาะสมและ
ด้านความเป็นไปได้ต้องอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย
≥ 3.51) ขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของ
เครื่องมือวิจัยทุกชิ้นอย่างเป็นระบบ แบ่งตาม
ประเภทของเครื่องมือ ดังนี้

เครื่องมือเชิงคุณภาพระยะที่ 1

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
(Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมี
โครงสร้างทั้ง 4 ฉบับ แบบบันทึกการสังเกต และ
แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน
3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต
และจิตเวชชุมชน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย
เชิงคุณภาพ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญ
การพิเศษด้านจิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความถูก
ต้องครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนและความ
เหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องของ
ประเด็นคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย

โดยใช้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาระดับรายข้อ
(Item-level Content Validity Index: I-CVI)
คำนวณจากสัดส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนน
3–4 ต่อจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด และดัชนีความ
ตรงเชิงเนื้อหาระดับแบบสัมภาษณ์ (Scale-level
Content Validity Index: S-CVI) โดยกำหนด
เกณฑ์การยอมรับที่ I-CVI ≥ 0.80 และ S-CVI ≥
0.90 ตามเกณฑ์¹⁸

2) การทดสอบนำร่อง (Pilot Testing)

ภายหลังการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของ
ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุง
แล้วไปทดสอบนำร่องกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะ
ใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายจริงแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง
ในการวิจัย จำนวน 10 คน (จากแต่ละกลุ่มกลุ่มละ
2 คน ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่ 2
คน) เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในคำถาม ความ
ชัดเจนของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา และ
ความเหมาะสมของระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ผล
การทดสอบนำร่องพบว่า ระยะเวลาในการ
สัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักเฉลี่ยประมาณ 45–60 นาที
ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเข้าใจคำถามได้ดี จึงนำผลมา
ปรับปรุงการเรียงลำดับคำถามบางข้อเพื่อให้การ
สัมภาษณ์ไหลลื่นยิ่งขึ้น

3) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของ
ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness)

เพื่อให้ข้อมูลเชิงคุณภาพมีความน่าเชื่อถือตามหลักเกณฑ์ของ Lincoln and Guba¹⁹ ผู้วิจัยใช้กลยุทธ์การตรวจสอบ 4 ประการ ดังนี้

1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ใน 3 ระดับ ได้แก่ การตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล 5 กลุ่มที่มีบทบาทต่างกัน การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการ (Methodological Triangulation) โดยการใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึกเยี่ยมบ้านร่วมกัน และการตรวจสอบโดยสมาชิก (Member Checking) โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นกลับไปยืนยันกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วน (n = 8 คน) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วน

2) การถ่ายโอนได้ (Transferability) ผู้วิจัยบรรยายบริบทของพื้นที่วิจัยอย่างละเอียด (Thick Description) ครอบคลุมลักษณะทางภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจ และระบบสุขภาพของอำเภอเมืองสกลนคร เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาการนำผลไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้

3) ความสม่ำเสมอ (Dependability) ผู้วิจัยบันทึกขั้นตอนการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และการตัดสินใจต่างๆ อย่างเป็นระบบในรูปแบบ Audit Trail เพื่อให้สามารถตรวจสอบกระบวนการวิจัยย้อนหลังได้ นอกจากนี้ยังใช้การถอดเทปคำต่อคำ (Verbatim Transcription) และมีผู้ช่วยวิจัยร่วมตรวจสอบความถูกต้องของการถอดเทป

4) ความเป็นกลาง (Confirmability) ผู้วิจัยสะท้อนตนเอง (Reflexivity) อย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการวิจัย โดยบันทึกอคติและความคาดหวังส่วนตัวที่อาจส่งผลต่อการตีความ รวมถึงใช้การวิเคราะห์เนื้อหาแบบมีผู้ตรวจสอบอิสระ (Peer Debriefing) โดยเพื่อนร่วมวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพช่วยตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1

การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ FP-MHSS

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเหมาะสมบับร่างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มเดิม 3 ท่านตรวจสอบความครอบคลุมของประเด็นการประเมิน ความชัดเจนของข้อความถาม และความสอดคล้องกับองค์ประกอบของรูปแบบ FP-MHSS โดยใช้ดัชนี I-CVI และ S-CVI ตามเกณฑ์ของ Polit and Beck¹⁸ ผลการตรวจสอบได้ค่า I-CVI อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 ทุกข้อ และค่า S-CVI ภาพรวมเท่ากับ 0.93 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (I-CVI $\geq$ 0.80 และ S-CVI $\geq$ 0.90) ผู้วิจัยปรับปรุงถ้อยคำตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ข้อ ก่อนนำไปใช้จริงแบบประเมินใช้มาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามแนวคิดของ Likert²⁰ แบบประเมินความเหมาะสมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ ประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชชุมชน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวชที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์งานสุขภาพจิตชุมชน 1 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ: จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมเชิงปฏิบัติการ จะนำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์โดยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยมีการจัดหมวดหมู่ข้อมูล (Categorization) ดีความ และสรุปเป็นประเด็นหลักเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์และนำไปใช้พัฒนารูปแบบ

ข้อมูลเชิงปริมาณ: วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2568 รหัสโครงการวิจัยที่ SKN REC 065/2568

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1: สถานการณ์ภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.5) อายุเฉลี่ย 51.65 ปี (SD = 14.38) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 62.5) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.5) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 32.5) และรายได้ครอบครัว 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 37.5) สำหรับผู้ดูแลหลัก (n=10) ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 50.0) ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 8.7 ปี (SD = 5.36) และต้องดูแลผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 70.0)

2. สถานการณ์ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่าผู้ดูแลมีภาระการดูแลใน 4 มิติ ดังนี้

1. ภาระทางกาย (Physical Burden)

ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยตลอดเวลา ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว เตรียมอาหาร จัดยา และพาไปพบแพทย์ ส่งผลให้เหนื่อย ลำบากทางกายและนอนไม่หลับ โดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังมีอายุมากและมีโรคประจำตัว แต่ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเต็มที่

2. ภาระทางจิตใจ (Psychological Burden) ผู้ดูแลเผชิญกับความเครียด วิตกกังวล และความกลัวที่เกิดจากความไม่แน่นอนของโรคและความไม่มั่นใจในการดูแล โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วย

มีอาการกำเริบ ผู้ดูแลที่เป็นพ่อแม่ของผู้ป่วยยังมีความรู้สึกผิด

3. ภาระทางสังคม (Social Burden)

ผู้ดูแลถูกจำกัดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา การตีตราทางสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวชส่งผลกระทบต่อครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ได้รับผลกระทบจากความขัดแย้งในการแบ่งภาระดูแล

4. ภาระทางการเงิน (Financial Burden)

ครอบครัวแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าเดินทาง ผู้ดูแลหลายคนต้องลดเวลาทำงานหรือออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้รายได้ลดลง โดยเฉพาะครอบครัวที่มีฐานะยากจน

3. ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนครบทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ House⁹ ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ พบว่า ต้องการการรับฟัง การให้กำลังใจ พื้นที่ระบายความรู้สึก และกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแลคนอื่น

2. ด้านข้อมูล พบว่า ต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการดูแล การจัดการอาการ สิทธิประโยชน์ และแหล่งช่วยเหลือ รวมถึงวิธีดูแลตนเองและจัดการความเครียด

3. ด้านวัตถุ/เครื่องมือ พบว่า ต้องการผู้ช่วยดูแลชั่วคราว บริการรถรับส่ง ความช่วยเหลือด้านการเงิน และการส่งเสริมอาชีพที่ทำที่บ้านได้

4. ด้านการประเมิน พบว่า ต้องการข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแล การยืนยันความถูกต้องเหมาะสม การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล และการลดการตีตราทางสังคม

4. ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาระในการดูแล

จากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบปัจจัยสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การขาดความรู้และทักษะในการดูแล 2) การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน โดยภาระส่วนใหญ่ตกอยู่

กับผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว 3) ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ 4) การตีตราทางสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบระบบสนับสนุนสุขภาพจิต

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบระบบสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 2) การออกแบบร่างรูปแบบโดยบูรณาการกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 3) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 2 ครั้ง กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 30 คน 4) การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และ 5) การปรับปรุงและจัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์พร้อมคู่มือการดำเนินงาน

2. รูปแบบ FP-MHSS ที่พัฒนาขึ้น รูปแบบระบบสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Participation-Based Mental Health Support System: FP-MHSS) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

2.1 หลักการและแนวคิด รูปแบบ FP-MHSS มีรากฐานจาก 4 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ 1) การมองครอบครัวเป็นระบบ (Family as a System) ตามทฤษฎีระบบครอบครัวของ Bowen⁶ ที่เชื่อว่าปัญหาของสมาชิกคนหนึ่งส่งผลต่อทั้งระบบ 2) การดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) ตาม Kuhlthau et al.⁸ ที่มุ่งเน้นครอบครัวในฐานะพันธมิตร 3) การสนับสนุนทางสังคมแบบองค์รวม (Holistic Social Support) ตาม House⁹ ครอบคลุม 4 ด้าน และ 4) การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Enhancement) ตาม Bandura¹⁵

2.2 เป้าหมาย มี 3 เป้าหมายหลัก ได้แก่ 1) ลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 2) เสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และ 3) สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

2.3 กลไกการขับเคลื่อน ประกอบด้วย 3 กลไกหลัก ได้แก่ 1) ทีมสนับสนุนสุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health Support Team: CMHST) ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุข อสม. และแกนนำชุมชน 2) แผนการดูแลรายบุคคลแบบมีส่วนร่วม (Participatory Individual Care Plan: PICP) และ 3) ระบบติดตามและประเมินผลแบบมีส่วนร่วม (Participatory Monitoring and Evaluation System: PMES)

2.4 กระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อม (Preparation) 2) การประเมินสถานการณ์รายครอบครัว (Family Situation Assessment) 3) การวางแผนการดูแลรายบุคคลแบบมีส่วนร่วม (Participatory Care Planning) 4) การดำเนินการตามแผน (Implementation) และ 5) การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation)

3. กิจกรรมการสนับสนุนตามรูปแบบ FP-MHSS

รูปแบบ FP-MHSS ประกอบด้วยกิจกรรมการสนับสนุน 4 ด้านตามแนวคิดของ House⁹ โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีกิจกรรมหลักคือ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Group) เดือนละ 1 ครั้ง และกิจกรรมเสริมคือ สายด่วนให้คำปรึกษา กิจกรรมสร้างความสุข/ผ่อนคลาย การเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจ

2) การสนับสนุนด้านข้อมูล มีกิจกรรมหลักคือ โปรแกรมการให้ความรู้แก่ครอบครัว (Family Psychoeducation Program) 6 ครั้ง และเสริมด้วย คู่มือการดูแล ไลน์กลุ่มแลกเปลี่ยนข้อมูล การให้คำแนะนำรายบุคคล

3) การสนับสนุนด้านวัตถุ/เครื่องมือ มีกิจกรรมหลัก คือ ระบบผู้ดูแลสำรอง (Respite Care System) โดย อสม./จิตอาสา และเสริมด้วย กองทุนช่วยเหลือผู้ดูแล บริการรถรับส่ง ส่งเสริมอาชีพเสริม

4) การสนับสนุนด้านการประเมิน มีกิจกรรมหลัก คือ การนิเทศและให้คำปรึกษารายการ และเสริมด้วย เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มอบรางวัล/ประกาศเกียรติคุณ กิจกรรมลดการตีตรา

4. ผลการประเมินความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ FP-MHSS ผลการประเมินพบว่า ภาพรวมความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.70$, $SD = 0.41$) และประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.38$, $SD = 0.53$) โดยประเด็นที่มีคะแนนความเหมาะสมสูงสุด คือ กิจกรรมการสนับสนุนด้านข้อมูล ($M = 5.00$, $SD = 0.00$) ส่วนประเด็นที่มีคะแนนความเหมาะสมได้ต่ำสุด คือ กิจกรรมการสนับสนุนด้านวัตถุหรือเครื่องมือ ($M = 3.80$, $SD = 0.45$) นอกจากนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปรับปรุงรูปแบบ ดังนี้ 1) ควรปรับกิจกรรมการสนับสนุนด้านวัตถุหรือเครื่องมือให้มีความเป็นไปได้มากขึ้น โดยเฉพาะระบบผู้ดูแลสำรองและกองทุนช่วยเหลือ ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน 2) ควรกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของทีมสนับสนุนสุขภาพจิตชุมชนให้ชัดเจน และมีการพัฒนาศักยภาพของทีมอย่างต่อเนื่อง 3) ควรมีการบูรณาการรูปแบบเข้ากับระบบบริการสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคมที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และ 4) ควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ โดยใช้ตัวชี้วัดที่ชัดเจนและวัดได้จริง ซึ่งผู้วิจัยจะนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงรูปแบบ FP-MHSS ก่อนนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3 ต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์ภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุน

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีภาระการดูแลหนักใน 4 มิติ ซึ่งสอดคล้อง

กับแนวคิดของ Zarit, Reeve, & Bach-Peterson³ ที่นิยามภาระของผู้ดูแลว่าเป็นผลกระทบ ด้านลบที่เกิดขึ้นทั้งมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Adelman et al.²¹ และ Schulz & Sherwood⁴ ที่ยืนยันว่าภาระที่สูงเกินไปส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลและคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมีฐานะยากจน ยังสอดคล้องกับการศึกษาของศิวการ นามปัญญา¹⁰ ที่รายงานลักษณะที่คล้ายคลึงกัน

ด้านความต้องการการสนับสนุน ผลการวิจัยพบความต้องการครบทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ House⁹ โดยเฉพาะความต้องการด้านข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของพิณรัฐ ศรีหารักษ์⁵ ที่พบว่าผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ส่วนความต้องการด้านวัตถุหรือเครื่องมือ โดยเฉพาะการมีผู้ช่วยดูแลชั่วคราว สอดคล้องกับการศึกษาของ Magliano et al.²² ที่พบว่าระบบการแบ่งเบาภาระการดูแล เป็นความต้องการสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. รูปแบบ FP-MHSS ที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบ FP-MHSS มีจุดเด่นคือการบูรณาการทฤษฎีหลักหลายทฤษฎีเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ การใช้ทฤษฎีระบบครอบครัวของ Bowen⁶ เป็นฐานคิด ทำให้รูปแบบมองครอบครัวเป็นระบบและทำงานกับทั้งระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Goldenberg & Goldenberg⁷ ที่พบว่า การปรับตัวของครอบครัวช่วยเสริมสร้างสมดุลทางอารมณ์ของผู้ป่วย กิจกรรมหลักของแต่ละด้านได้รับการออกแบบให้ตอบสนองความต้องการเฉพาะ กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสอดคล้องกับการศึกษาของ Zauszniewski et al.²³ ที่พบว่ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ และโปรแกรมการให้ความรู้แก่ครอบครัวสอดคล้องกับ Pharoah et

al.²⁴ ที่พบว่า Family Psychoeducation ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลไกการขับเคลื่อนโดยเฉพาะแผนการดูแลรายบุคคลแบบมีส่วนร่วม (PICP) สะท้อนแนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง⁸ ที่เน้นครอบครัวในฐานะพันธมิตร และสอดคล้องกับการศึกษาของโกศล เจริญศรี¹¹ ที่พบว่าการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถเพิ่มความสุขของญาติผู้ดูแลและลดอาการทางจิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการประเมินความเหมาะสมโดยรวมในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.70) และความเป็นไปได้ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.38) บ่งชี้ว่ารูปแบบมีคุณภาพและพร้อมนำไปทดลองใช้ต่อไป

กล่าวโดยสรุปการวิจัยนี้ได้ศึกษาสถานการณ์ภาระในการดูแลและความต้องการการ

สนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พร้อมทั้งพัฒนารูปแบบระบบสนับสนุนสุขภาพจิต FP-MHSS ที่บูรณาการแนวคิดทฤษฎี 4 ทฤษฎีหลักอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีการดูแลหนักใน 4 มิติ และมีความต้องการการสนับสนุนครบทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ House⁹ รูปแบบ FP-MHSS ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้รับการยืนยันจากผู้ทรงคุณวุฒิว่ามีความเหมาะสมในภาพรวมระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.70, SD = 0.41) และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.38, SD = 0.53) รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสนับสนุนสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และควรทดสอบประสิทธิผลในระยะต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต.(2567). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2567. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2567.
2. World Health Organization.(2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: WHO; 2021.
3. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J.(1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980;20(6):649-55.
4. Schulz R, Sherwood PR.(2008). Physical and mental health effects of family caregiving. Am J Nurs. 2008;108(9 Suppl):23-7.
5. พิณนรัฐ ศรีหรรษา.(2566). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์ และสุขภาพ. 2566;8(1):436-47.
6. Bowen M.(1978). Family therapy in clinical practice. New York: Jason Aronson; 1978.
7. Goldenberg H, Goldenberg I.(2020). Family therapy: An overview. 10th ed. Boston: Cengage Learning; 2020.
8. Kuhlthau KA, Bloom S, Van Cleave J, Knapp AA, Romm D, Klatka K, et al.(2011). Evidence for family-centered care for children with special health care needs: A systematic review. Acad Pediatr. 2011;11(2):136-43.
9. House JS.(1981). Work stress and social support. Reading: Addison-Wesley; 1981.
10. ศิวาการ นามปัญญา.(2566). การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแบบครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์ และสุขภาพ. 2566;9(4):191-7.
11. โกศล เจริญศรี.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):286-96.
12. สวิตตา ธงยศ.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(2):388-95.

13. พรนิภา ไมตรีแพน, รัชบัณฑิต ไมตรีแพน.(2567). การพัฒนารูปแบบประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.บ้านหนองบัวสันตุ. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*. 2567;8(17):152-64.
14. สุจิตรา ยะวร, ชยพล ยะวร.(2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยครอบครัวบำบัดและการเสริมสร้างแรงจูงใจ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 2566;20(1):12-27.
15. Bandura A.(1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
16. กนกศรี จาดเงิน, ศิพัฒนกร เชื้อภักดี.(2563). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลบางปะกง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*. 2563;5(2):78-85.
17. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร.(2568). รายงานสถิติผู้ป่วยโรคทางจิตเวช อำเภอเมืองสกลนคร ปีงบประมาณ 2568. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2568.
18. Polit DF, Beck CT.(2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29(5):489-97.
19. Lincoln YS, Guba EG.(1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: SAGE Publications; 1985.
20. Likert R.(1932). A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol*. 1932;22(140):1-55.
21. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*. 2014;311(10):1052-60.
22. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M.(2005). Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Soc Sci Med*. 2005;61(2):313-22.
23. Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ.(2010). Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nurs Clin North Am*. 2010;45(4):613-26.
24. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W.(2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(12):CD000088.