

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรง
สำหรับผู้ดูแลและครอบครัว โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

Development of a Care Model for Psychiatric Patients to Prevent Severe Relapse
for Caregivers and Families at Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province.

ศิริดา ฝ้ายขาว พย.บ.

Sirada Faikhao, (B.N.S)

ภรกต สุฝน พย.บ., ประ.ด.

Porakot Soofon, (B.N.S, Ph.D)

จิรัชย์ สมัคราษฎร์ พ.บ.

Jirat samakrad, (M.D.)

ธนกฤต ก้อนตะเสน วท.บ.

Thanakrit kontasen, (B.Sc.)

โรงพยาบาลโพธิสัย

Phopphisai Hospital

จังหวัดหนองคาย

Nong Khai Province

(Received: 7 May 2025, Revised 31 May 2025, Accepted: 7 June 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรง สำหรับผู้ดูแลและครอบครัว โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์การดูแลในมุมมองผู้ให้บริการและผู้ดูแล 2) พัฒนารูปแบบการดูแล 3) การทดลองใช้และประเมินผล เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์ แบบประเมินระดับความถี่ของการเกิดอาการกำเริบ และการประเมินระดับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อลดอาการกำเริบ ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้กระบวนการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างด้วย Paired-test

ผลการวิจัย ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และมีพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผู้ป่วยมีอาการอาการกำเริบลดลง เนื่องจากมีการ จัดตั้งคลินิกจิตเวชที่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน ช่วยให้การวางแผนการจำหน่าย รวมถึงสื่อสารสื่อที่มี ประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตเห็นอาการผิดปกติได้ทัน ส่งผลต่อการจัดการกับอาการที่กำลังจะ กำเริบได้เป็นอย่างดี ดังนั้น จึงควรขยายผลการนำเอารูปแบบนี้ไปสู่เครือข่ายในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช, การป้องกันอาการกำเริบรุนแรง, ผู้ดูแล, ครอบครัว

ติดต่อผู้พิมพ์ : ศิริดา ฝ้ายขาว อีเมล : srd002513@gmail.com

Abstract

This research and development study aimed to develop a care model for psychiatric patients to prevent severe relapses, specifically for caregivers and families at Phonphaisai Hospital, Nong Khai Province. The study was conducted in three phases: 1) examining the current care situation from the perspectives of service providers and caregivers, 2) developing the care model, and 3) implementing and evaluating the model. Research instruments included interview guides, a relapse frequency assessment scale, and a behavioral assessment tool for relapse prevention practices. The study was carried out from October 2024 to March 2025. Data analysis employed content analysis for qualitative data and basic statistics for quantitative data, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Differences were analyzed using the paired t-test.

The findings showed that after using the developed care model found that caregivers had significantly better knowledge, skills, and behaviors in caring for patients ($p < 0.05$) and patients experienced fewer relapses because a psychiatric clinic with clear care guidelines was established, which helped with discharge planning and effective communication, allowing caregivers to notice abnormal symptoms in time, which resulted in effective management of symptoms that were about to relapse. Therefore, the implementation of this model should be expanded to networks in the community.

Keywords : psychiatric care model, relapse prevention, caregivers, families

Corresponding author : Sirada Faikhao **Email :** srd002513@gmail.com

บทนำ

ปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นประเด็นสำคัญในระดับโลก เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อาการกำเริบซ้ำและพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้น รายงานขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ พบว่า ประมาณ 1 ใน 8 ของประชากรโลกประสบปัญหาสุขภาพจิต โดยโรคพบมากที่สุด คือ โรคซึมเศร้าและวิตกกังวล ข้อมูลจากสหรัฐอเมริการะบุว่า ความชุกของโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) อยู่ที่ร้อยละ 4.1 ของประชากร และผู้ที่มีประวัติใช้สารเสพติดมีแนวโน้มก่อความรุนแรงสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁾ ซึ่งในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้ไม่ประสบผลสำเร็จเพราะมีหลายประเด็นมาเกี่ยวข้อง เช่น หลาย ๆ คนยังเข้าใจว่าเป็นแค่ “อารมณ์ไม่ดี” หรือ “คิดมากเกินไป” ไม่ใช่โรคจริงจึง ขณะที่ตัวของผู้ป่วยเองก็อาจไม่ตระหนักว่าอาการที่เกิดขึ้นคืออาการของโรคที่ควรได้รับการรักษา อีกทั้งข้อจำกัดด้านบุคลากรทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 4 ล้านคน หรือร้อยละ 6.44 ของประชากร ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทและซึมเศร้า สามารถเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 38.75 เท่านั้น⁽³⁾ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดและความรุนแรงมีแนวโน้มสูงขึ้นชัดเจน⁽⁴⁾

สำหรับพื้นที่บริการสุขภาพที่ 8 พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ขึ้นทะเบียนมากกว่า 25,000 ราย และมีอัตราการขาดนัดสูงถึงร้อยละ 40 และกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบาย “สุขภาพจิตและการบำบัดสารเสพติด” เป็นวาระสำคัญ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงพัฒนา ทีมดูแลและ

เสริมบทบาทของครอบครัวในชุมชน⁽⁵⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วย พ้นตัวได้อย่างมั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยลดโอกาสการเกิดอาการกำเริบซ้ำ และลดภาระต่อระบบสาธารณสุข^(6,7) จะเห็นว่า ปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกำเริบซ้ำ ส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับการขาดความตระหนักรู้ในตนเอง และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว⁽⁸⁾ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามการใช้ยาต้านจิตเวช ได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก ที่เชื่อมโยงกับการกลับมาป่วยซ้ำและการต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลซ้ำ^(9,10,11) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่ควรส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบอย่างยั่งยืน

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชสะสมจำนวน 813, 877 และ 1,007 คน ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้ พบว่า เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทรุนแรงและเรื้อรัง เช่น โรคจิตเภทหวาดระแวง หรือกลุ่มอาการรุนแรงที่คล้ายคลึงกับโรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 60.52, 57.01 และ 57.29 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 321 เป็น 422 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.91 และในปี 2567 พบกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสะสม 577 ราย มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยถึง 190 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.92 นอกจากนี้ จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คือ 44, 65 และ 86 ราย ตามลำดับ ซึ่งในช่วงสามปีที่ผ่านมา มีอัตราการเกิดอาการกำเริบเพิ่มจากร้อยละ 8.67 เป็น 13.96 และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลระดับสูงขึ้น เช่น โรงพยาบาลหนองคายและโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ เป็นต้น จากผลการติดตามสาเหตุของอาการกำเริบ พบว่า เกิดจากการใช้สารเสพติดถึงร้อยละ 82.36 และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 17.64 จากสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ พบว่า ในปี 2565–2567 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการ ฆ่าตัวตาย 5, 4 และ 8 ราย คิดเป็นอัตรา 6.53, 5.20 และ 10.89 ต่อประชากรแสนคน โดยมีสาเหตุหลักจากพิษของสารเสพติด (ร้อยละ 55.55) และพฤติกรรมahunหันพลันแล่นซึ่งสัมพันธ์กับการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 44.44

จากการให้บริการของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโพนพิสัยที่ผ่านมา พบว่า จะมุ่งเน้นที่การให้คำปรึกษากับครอบครัวเพื่อแนะนำแนวทางการดูแล การใช้ยา และการป้องกันการใช้สารเสพติด แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่พัฒนาทักษะของผู้ดูแลอย่างชัดเจน ส่งผลให้เมื่อเกิดอาการผิดปกติในผู้ป่วย ผู้ดูแลจำนวนมากไม่สามารถประเมินสัญญาณเตือนได้ ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวได้ทัน ส่งผลให้การนำเข้าสู่กระบวนการรักษาเป็นไปอย่างล่าช้า และกระบวนการดูแลมีความซับซ้อนมากขึ้น และจากการสอบถามผู้ดูแลในพื้นที่ พบว่า ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวช มีทัศนคติในแง่ลบ มองว่าผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว และไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับผู้ป่วย ทำให้เมื่อเกิดอาการกำเริบรุนแรงมักไม่สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยบทบาทเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวช จึงมีความสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลและครอบครัว โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเองของแบนดูรา⁽¹²⁾ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁽¹³⁾ และแนวคิด Early Warning Signs⁽¹⁴⁾ พร้อมเสริมบทบาทการให้คำปรึกษาสุขภาพตามแนวทางการพยาบาล⁽¹⁵⁾ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลให้สามารถจัดการอาการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ศึกษาสถานการณ์การดูแล พัฒนารูปแบบและทดลองใช้พร้อมประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรงสำหรับผู้ดูแลและครอบครัว

วัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงมีนาคม 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรง ดำเนินการที่โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 15 คน ได้แก่ จิตแพทย์ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2) กลุ่มผู้ดูแลและครอบครัว จำนวน 5 คน คัดเลือกจากผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยใน อำเภอโพธิ์ชัย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง แยกประเด็น ตามกลุ่ม ซึ่งแนวคำถามได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำไปคำนวณค่า IOC ซึ่งได้ค่าอยู่ในช่วง 0.80–1.00 เป็นต้น

3) การเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567

4) เก็บรวบรวมข้อมูล จัดหมวดหมู่ และตีความเนื้อหาอย่างเป็นระบบวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรง โดยใช้ผลการศึกษาระยะที่ 1 มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิดตามทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเองของแบนดูรา⁽¹²⁾ การดูแลตนเองของโอเร็ม⁽¹³⁾ Early Warning Signs⁽¹⁴⁾ และการให้คำปรึกษา สุขภาพ⁽¹⁵⁾ มีกระบวนการ ดังนี้

1) การร่างและพัฒนารูปแบบ โดยดำเนินการเดือนพฤศจิกายน 2567 โดยสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 5 ปี จำนวน 18 คน ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลจัดทำร่างรูปแบบเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.80–1.00) โดยร่างรูปแบบที่พัฒนา ได้แก่

- PPS Mental Health Relapse Prevention Clinic Model: เน้นระบบประเมินความเสี่ยง การให้สุขศึกษา การติดตามเชิงรุกและแผนดูแลรายบุคคล โดยเน้นบทบาทผู้ดูแล

- CARE-Family Model: พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยการให้ความรู้ มีการจัดทำสื่อ 5 สัญญาณเตือน และสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ รวมถึงการเชื่อมระบบดูแลผ่าน Telemedicine เป็นต้น

- SAFE-Transition Model: การเตรียมก่อนจำหน่าย ร่วมวางแผนดูแล จัดชุดข้อมูลก่อนกลับบ้าน และติดตามหลังจำหน่าย

2) การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา การตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามมาตราส่วน 5 ระดับ เสนอผู้เชี่ยวชาญ 30 คน (โรงพยาบาลจำนวน 15 คน ชุมชน จำนวน 15 คน) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การตรวจคุณภาพเครื่องมือ พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา⁽¹⁶⁾ โดยมีค่า IOC = 0.80–1.00 ความเชื่อมั่น⁽¹⁷⁾ นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.93 เป็นต้น

3) การเก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามผ่าน Google Form

4) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล ใช้แบบแผนการทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการที่โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการ กำเริบใน 1 ปีที่ผ่านมาและผู้ดูแลหลักจากข้อมูลผู้ป่วย 86 คน คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 38 คน เพื่อการสูญเสียข้อมูล 10%⁽¹⁷⁾ เก็บข้อมูลจริงจาก 60 คน (ผู้ป่วย 30 คน ผู้ดูแล 30 คน) เกณฑ์คัดเข้า: อายุ 20–60 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทไบโพลาร์ หรือโรคจิตจากสารเสพติด อาศัยในอำเภอโพธิ์พิสัย และมีผู้ดูแลที่สามารถเข้าร่วมได้ โดยมีเกณฑ์คัดออกคือ 1) ผู้ป่วยอยู่ระหว่างควบคุมตัว 2) มีภาวะสมองเสื่อม 3) เจ็บป่วยรุนแรง หรือไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เครื่องมือวิจัย แบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ 2) แบบประเมินระดับความถี่ของการเกิดอาการกำเริบ ($IOC = 0.93$, $KR-20 = 0.86$) 3) แบบประเมินพฤติกรรมในการปฏิบัติตัว เพื่อลดอาการกำเริบ ($IOC = 0.94$, $\alpha = 0.89$) 4) แบบประเมินพฤติกรรมในการรับประทานยา ($IOC = 0.95$, $\alpha = 0.87$) 5) แบบประเมินพฤติกรรมในการเข้าร่วมกิจกรรมดูแลร่วมกับครอบครัว ($IOC = 0.92$, $\alpha = 0.90$) 6) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการเตือน ($IOC = 0.96$, $KR-20 = 0.86$) และ 7) แบบประเมินความสามารถในการวางแผนและสื่อสารกับทีมสุขภาพ ($IOC = 0.93$, $\alpha = 0.91$) โดยคุณภาพเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา 0.92–0.96 และความเชื่อมั่น 0.86–0.91

การเก็บข้อมูลโดยใช้แจ้งรายละเอียด ขอความยินยอม และให้ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลก่อนหลังพัฒนาฯ ด้วยสถิติ Paired Sample t-test เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย (เลขที่ ECPPS 03/2568 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2567) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ผลดี ผลเสีย สิทธิการถอนตัวโดยไม่กระทบการรักษา และรับรองว่าข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อการพัฒนาเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 76.67 มีอายุระหว่าง 20–30 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.67 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 73.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 93.33 โรคที่วินิจฉัยมากที่สุด คือโรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 60 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1–4 ปี คิดเป็นร้อยละ 50

2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุ 51–60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 83.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 90 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 73.33 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา หรือมารดาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 63.33 เป็นต้น

2. การประเมินระดับความถี่ของการเกิดอาการกำเริบ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ การดูแลที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลฯ ผู้ดูแลประเมินว่า ผู้ป่วยมีอาการกำเริบอยู่ในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ 2.06 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D. เท่ากับ 0.22)

หลังการใช้รูปแบบฯ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.09 (S.D. เท่ากับ 0.25) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยแสดงถึงผู้ดูแลสามารถรับรู้ สังเกตเห็นอาการเตือนก่อนกำเริบได้มากขึ้น หลังจากได้รับความรู้และกิจกรรมรายการงานอาการผู้ป่วยรายวัน ผ่านgoogle form ซึ่งอาการกำเริบที่เกิดขึ้นผู้ดูแลสามารถดักจับได้ก่อนที่จะมีอาการรุนแรง ทำให้สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ไม่เกิดผลกระทบที่รุนแรง สะท้อนถึงความสามารถในการประเมินและสื่อสารอาการของผู้ป่วยที่ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบระดับความถี่การเกิดอาการกำเริบของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความถี่การเกิดอาการกำเริบของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น (n=30)

ระดับความถี่การเกิดอาการกำเริบ	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนใช้รูปแบบการดูแลฯ	2.06	0.22	11.49	29	0.00*
หลังใช้รูปแบบการดูแลฯ	3.09	0.25			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การประเมินระดับพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อลดอาการกำเริบของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนใช้รูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเพื่อลดอาการกำเริบ มีพฤติกรรมในการรับประทานยา และการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคและการสังเกตอาการเตือนของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ภายหลังใช้รูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเพื่อลดอาการกำเริบ มีพฤติกรรมในการรับประทานยา และการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคและการสังเกตอาการเตือนของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมเพื่อลดอาการกำเริบ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังพัฒนาฯ (N=30)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			t	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.		
เพื่อลดอาการกำเริบ								
ระดับดี (24–30 คะแนน)	0			2 (6.67)				
ระดับปานกลาง (18-23 คะแนน)	3 (10)	1.83	0.09	5 (16.67)	2.46	0.10	9.40	0.00*
ระดับต่ำ (0-17 คะแนน)	27 (90)			23 (76.66)				
การรับประทานยา								
ระดับสูง (13–15 คะแนน)	0			13 (43.33)				
ระดับปานกลาง (9–12 คะแนน)	9 (30)	1.36	0.50	17 (56.67)	2.44	0.50	18.76	0.00*
ระดับต่ำ (0–8 คะแนน)	21 (70)			0				

(ต่อ) ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมเพื่อลดอาการกำเริบ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังพัฒนาฯ (N=30)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			t	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.		
การเข้าร่วมกิจกรรมฯ								
ระดับดี (24–30 คะแนน)	0			12 (40)				
ระดับปานกลาง (18-23 คะแนน)	12 (40)	1.51	0.16	18 (60)	2.26	0.16	16.71	0.00*
ระดับต่ำ (0-17 คะแนน)	18 (60)			0				
ความรู้เกี่ยวกับโรคและ การสังเกตอาการเตือนของผู้ดูแล								
ระดับสูง (8–10 คะแนน)	25 (83.33)			30 (100)				
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	3 (10)	8.39	1.95	0	9.90	0.13	5.84	0.00*
ระดับน้อย (0-5 คะแนน)	2 (6.67)			0				

4. การประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการวางแผนต่อการดูแล และการสื่อสารกับทีมสุขภาพ ภายหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ดูแลมีระดับความสามารถอยู่ในระดับ "มาก" ทุกข้อที่ประเมิน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วงระหว่าง 3.56-4.40 คะแนน แสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการวางแผนการดูแล และการสื่อสารกับทีมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบการดูแลฯ (n = 30)

ข้อ	รายการประเมิน	หลังการใช้รูปแบบฯ		ผลการประเมิน
		$\bar{x}$	S.D.	
1.	ข้าพเจ้าสามารถร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม	3.7	0.46	มาก
2.	ข้าพเจ้าสามารถจัดกิจวัตรประจำวันเพื่อช่วยลดความเครียดและป้องกันอาการกำเริบของผู้ป่วยได้	3.76	0.43	มาก
3.	ข้าพเจ้าสามารถปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงได้	3.83	0.37	มาก
4.	ข้าพเจ้าสามารถจดบันทึกหรือรายงานอาการเตือนหรือพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพทราบ	3.93	0.52	มาก
5.	ข้าพเจ้าสามารถพูดคุย แลกเปลี่ยน หรือสอบถามข้อมูลกับทีมสุขภาพเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ	4.06	0.36	มาก
6.	ข้าพเจ้าทราบช่องทางการติดต่อทีมสุขภาพ และสามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที	4.33	0.47	มาก
7.	ข้าพเจ้ารู้สึกข้าพเจ้าเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ	4.4	0.49	มาก

(ต่อ) ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการวางแผนการดูแลและการสื่อสารกับทีมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบการดูแลฯ (n = 30)

ข้อ	รายการประเมิน	หลังการใช้รูปแบบฯ		ผลการประเมิน
		$\bar{x}$	S.D	
8.	ข้าพเจ้ามีส่วนร่วมในการวางแผนการใช้จ่าย การนัดหมาย และการติดตามอาการของผู้ป่วย	3.56	0.72	มาก
9.	ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นใจในการอธิบายอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์รับทราบ	3.9	0.71	มาก
10.	ข้าพเจ้าสามารถประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น	3.66	0.48	มาก

วิจารณ์

จากการศึกษาสถานการณ์ของปัญหาการดูแลผู้ป่วยฯ ในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้ดูแล พบว่า การขาดกิจกรรมส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแล จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลบางคนอาจไม่มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับโรคจิตเวช วิธีดูแลผู้ป่วย หรือไม่เข้าใจบทบาทสำคัญของตนเองในการฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้ป่วย รวมถึงผู้ดูแลบางรายอาจรู้สึกอับอาย ไม่อยากเปิดเผยว่ามีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว หรือได้รับแรงกดดันทางสังคม จึงไม่กล้ามีส่วนร่วมในกิจกรรม ดังนั้น หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องอาจมีงบประมาณ บุคลากร หรือเวลาจำกัด ทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมบทบาทผู้ดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ในระบบการแยกกลุ่มเสี่ยง และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างคลินิกและครอบครัวเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งถ้าหากไม่มีการประชาสัมพันธ์กิจกรรมอย่างทั่วถึง ผู้ดูแลอาจไม่ทราบถึงกิจกรรมหรือโอกาสในการพัฒนา และมีส่วนร่วม และในส่วนของผู้ให้บริการยังมีภาระงานสูง ขาดทรัพยากรและแนวทางในการประเมินอาการเตือนของผู้ป่วย ขณะที่ผู้ดูแลยังขาดความรู้ ทักษะคติ ที่เหมาะสม และทักษะการรับมือกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย มุมมองของผู้ดูแลสะท้อนปัญหาในด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีข้อจำกัด เช่น ผู้ดูแลสูงอายุ มีโรคประจำตัว หรือมีภาระทางเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura⁽¹²⁾ ตามทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy Theory) ซึ่งระบุว่า หากผู้ดูแลมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเองจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับแนวคิดของ Orem⁽¹³⁾ ตามทฤษฎีการพยาบาลแบบการดูแลตนเอง (Self-Care Theory) ซึ่งให้เห็นว่า การดูแลที่มีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีทีมสุขภาพเป็นผู้ส่งเสริมและให้การสนับสนุนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย และจากการศึกษาของชาลินี พูลเพิ่ม⁽¹⁸⁾ พบว่า ผู้ดูแลต้องการความรู้และแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในสถานการณ์จริง สอดคล้องกับยุพาภรณ์ พงศ์ศรี⁽¹⁹⁾ ที่เสนอว่า รูปแบบที่มีการมีส่วนร่วมของครอบครัวจะสามารถลดอัตราการกำเริบของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน จะเห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นบทบาทผู้ดูแลร่วมกับทีมสุขภาพอย่างมีระบบ ทั้งในระดับคลินิกชุมชนและครอบครัว ทั้งนี้เพื่อเสริมศักยภาพในการป้องกันอาการกำเริบรุนแรง และสร้างระบบดูแลแบบองค์รวมที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

ในการพัฒนารูปแบบฯ นั้น ได้อาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรง สำหรับผู้ดูแลและครอบครัวฯ ทำให้ได้รูปแบบการดูแลฯ ที่เหมาะสม มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยพิจารณาจากองค์ประกอบทั้ง 3 ที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (≥ 4.0) ซึ่งแสดงให้เห็นถึง

ศักยภาพในการนำไปใช้จริงที่ความสอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพจิตในระดับชุมชน โดยองค์ประกอบที่ 1 พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิกจิตเวช (PPS Mental Health Relapse Prevention Clinic Model) โดยการมีระบบติดตามกลุ่มเสี่ยง และการเพิ่มบทบาทผู้ดูแลและครอบครัว ในคลินิกจิตเวช จะช่วยให้ลดอาการกำเริบให้ลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของกรมสุขภาพจิต⁽²⁰⁾ และงานของอรอนงค์ จิตต์แจ้ง⁽²¹⁾ ที่เสนอให้คลินิกจิตเวชเข้าไปมีบทบาทเชิงรุกมากกว่าการให้ยาตามนัด สำหรับองค์ประกอบที่ 2 โดยการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (CARE-Family Model) ซึ่งเป็นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในการให้ความรู้โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยี เช่น LINE กลุ่ม และ QR Code เข้ามาช่วยในการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับ Dixon et al.⁽²²⁾ และปิยาภรณ์ มานะกิจ⁽²³⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนผู้ดูแลผ่านช่องทางดิจิทัลได้ช่วยลดภาระทีมรักษา และเพิ่มการรับรู้ของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย และองค์ประกอบที่ 3: SAFE-Transition Model โดยให้ผู้ดูแลเข้าไปมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบ Family-Centered Care, Thornicroft et al.⁽²⁴⁾ และยุพาภรณ์ พงศ์ศรี⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า การเตรียมครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยนั้น สามารถลดการกลับมากำเริบซ้ำ และเพิ่มการดูแลต่อเนื่องในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังได้สะท้อนแนวทางการดูแลจิตเวชแบบองค์รวม ที่เน้น “ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง” และการประสานงานในระบบสุขภาพ ทั้งในระดับคลินิกและปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Lakkansirorat et al.⁽²⁵⁾ ที่เสนอว่าการออกแบบระบบดูแลต่อเนื่องโดยใช้ครอบครัวและเครือข่ายชุมชนเป็นฐานจะช่วยลดภาวะกำเริบได้อย่างยั่งยืน

การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นได้ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้อาการกำเริบของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังสามารถประเมินความถี่ของอาการกำเริบได้มากขึ้น (จาก 2.06 เป็น 3.09, $p < .001$) ซึ่งไม่ใช่การกำเริบที่เพิ่มขึ้น แต่สะท้อนถึงการมีส่วนร่วม การสร้างความเข้าใจ และการตื่นตัวของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย สอดคล้องกับทฤษฎี Self-efficacy (Bandura, 1997)⁽¹²⁾ ที่ผู้ดูแลต้องมีความมั่นใจในการประเมินอาการมากขึ้น จะเห็นว่า ภายหลังที่ผู้ดูแลผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่ใช้เครื่องมือสื่อสาร และแบบฟอร์มเฝ้าระวังอาการ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลยังมีแนวโน้มที่ดีขึ้น สามารถวัดได้จากคะแนนพฤติกรรมเพื่อลดอาการกำเริบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของกิจกรรม ในรูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมและวางแผนร่วมกันกับครอบครัวและทีมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา ของทองจันทร์ อุปจันทร์โท⁽²⁶⁾ หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ⁽²⁷⁾ และกนกรัตน์ ดานา⁽²⁸⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาของมีทิศทางที่ดีขึ้น ($\bar{X}$ เท่ากับ 1.36 และเพิ่มขึ้นเป็น 2.44) แสดงถึงการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอมากขึ้นจากบทบาทของผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริม เช่นเดียวกับกับแนวคิด Self-efficacy และ ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ และคณะ⁽²⁹⁾ นอกจากนี้ ในด้านความรู้และการสังเกตอาการเตือน พบว่า ระดับความรู้ของผู้ดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($\bar{X}$ เท่ากับ 9.90 เป็น 8.39) ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการเรียนรู้ตามแนวทาง Adult Learning Theory⁽³⁰⁾ และกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมที่เชื่อมโยงบริบทจริง จากการศึกษาครั้งนี้ ได้ช่วยเพิ่มความสามารถในการวางแผนและสื่อสารกับทีมสุขภาพของผู้ดูแล และผลการประเมิน พบว่า ผู้ดูแล มีความสามารถในระดับมากทุกข้อ โดยเฉพาะในด้านการติดต่อประสานงานที่สร้างความมั่นใจในการรายงานข้อมูล และการร่วมวางแผนกับทีมสุขภาพ เช่นเดียวกับแนวทางของกรมสุขภาพจิต ที่ช่วยส่งเสริมการดูแลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม⁽³¹⁾

จึงเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น สามารถเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในด้านความรู้ ทักษะการวางแผน และความร่วมมือกับระบบสุขภาพจิตได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความเสี่ยงของการกำเริบซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอย่างยั่งยืน อาจเป็นไปได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถทำให้เกิดความครอบคลุมในการส่งเสริมการให้ความรู้เพิ่มทักษะ และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบทั้งในคลินิก ครอบครัวและชุมชน ตามแนวทางของ Holistic Care

และ Family-Centered Care ที่พบว่า การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร เช่น LINE กลุ่ม, QR Code, Google Form สามารถตอบโจทย์บริบทของชุมชนและความสะดวกของผู้ดูแล นอกจากนี้ยังพบว่า แต่ละองค์ประกอบของรูปแบบฯ ได้เชื่อมโยงแนวคิดทางทฤษฎีที่เหมาะสม ทั้ง Self-efficacy Theory⁽¹²⁾, Adult Learning Theory⁽³¹⁾ และ Early Warning Signs Monitoring⁽³²⁾ ในการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว และทีมสุขภาพอย่างใกล้ชิด จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อพฤติกรรมของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย จึงกล่าวได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ได้อย่างรอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นความรู้ ความมั่นใจ การมีส่วนร่วม หรือการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกลับมาทำร้าย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว ทั้งนี้ยังเป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลสู่ระบบสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรพัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยเสริมสร้างศักยภาพและมีระบบสนับสนุนในระดับชุมชน
2. ควรส่งเสริมให้รูปแบบดังกล่าวได้รับการนำไปทดลองใช้ในหน่วยบริการอื่นในระบบสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ และพัฒนาแนวทางสนับสนุนการประยุกต์ใช้
3. ควรส่งเสริมการใช้รูปแบบในระยะยาว พร้อมประเมินผลต่อเนื่องและควรมีการอบรมบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อขยายผลการดำเนินงานในระดับเขตสุขภาพและชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลในระยะยาว (Longitudinal Study) ควรมีการติดตามผลการใช้รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (6 เดือน–1 ปี) เพื่อประเมินผลกระทบที่ยั่งยืน
2. ศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ควรประเมินต้นทุนและผลตอบแทนของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Cost-effectiveness analysis) เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายในการขยายผลรูปแบบในระดับเขตหรือระดับประเทศ
3. ควรวิจัยรูปแบบการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น ในการสนับสนุนระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างเป็นระบบ เพื่อลดภาระของโรงพยาบาลและสร้างความเข้มแข็งในระดับชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิพิสัย ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ รวมถึงกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่าน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง

ขอขอบคุณผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างมากในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฯ ในครั้งนี้

และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่สนับสนุนให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for All [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 May 3]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
2. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: Systematic Review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2009; 6(8): e1000120.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. กรมสุขภาพจิต. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2566–2570). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
5. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. 2568–2572. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2568.
6. มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์, และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์.* 2566; 41(1): 23–34.
7. Ahmad S, Khalid A, Batool S. Family support and relapse prevention among psychiatric Patients: A review. *J Psychiatr Res.* 2024; 168: 22–31.
8. แสงทอง เกตสุตา และลัคนาศิโรรัตน์ พิมพ์ใจ. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน: การศึกษากรณี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.* 2562; 33(2) 45–58.
9. Alene M, Worku A, Tadesse M, Kebede D. Adherence to antipsychotic treatment and Factors associated with non-adherence among schizophrenia patients in Ethiopia. *Afr Health Sci.* 2012; 12(3): 234–41.
10. Kamali M, Kelly L, Ghaemi SN, Baldessarini RJ, Hennen J, Rosenbaum JF. Child and Adolescent bipolar disorder: Review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006; 45(8): 973–83.
11. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
12. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.
13. Taylor SG, Ren penning KM. Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem. New York: Springer Publishing Company; 2011.
14. Birchwood M, Smith J, MacMillan F, Hogg B, Prasad R, Harvey C. Early intervention In schizophrenia: The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry.* 2018; 172(53): 53–9.
15. สำนักการพยาบาล. แนวทางการให้คำปรึกษาสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
16. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment Of criterion-referenced test item validity. *Tijdschr Onderwijs Res.* 1977; 2(2): 49–60.
17. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursingPractice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
18. ชาลินี พูนเพิ่ม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.* 2564; 35(2): 45–56

19. ยุพาภรณ์ พงศ์ศรี. การเตรียมครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช: แนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ.วารสารการพยาบาลสุขภาพจิต. 2565; 36(2): 87-98
20. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ:กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
21. อรอนงค์ จิตต์แจ้ง. การเสริมพลังผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อป้องกันอาการกำเริบ.วารสารสุขภาพจิตชุมชน. 2565; 10(1): 22-34.
22. Dixon L, Lucksted A, Medoff D, Burland J, Stewart B, Lehman A, et al. OutcomesOf the family-to-family education program for families of persons with seriousMental illness: A randomized trial. Psychiatr Serv. 2014; 65(7): 868-75.
23. ปิยาภรณ์ มานะกิจ. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนบทบาทผู้ดูแลในชุมชน.วารสารพยาบาลชุมชน. 2563; 24(2): 45-57.
24. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al.Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigmaAnd discrimination. Lancet. 2016; 387(10023): 1123-32.
25. Lakkanasirorat R, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Suwanlert S. Community-Based relapse prevention model for schizophrenia: A family-focused approach.Asian J Psychiatry. 2023; 83: 103566.
26. ทองจันทร์ อุปจันทร์โท. การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว.วารสารพยาบาลศาสตร์. 2566; 41(3): 112-26.
27. หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง.วารสารสุขภาพจิตชุมชน. 2564; 28(2): 59-72.
28. กนกรัตน์ ดานา. การส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2564; 39(1): 98-109
29. ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2566; 31(1): 35-48.
30. Knowles MS. The adult learner: A neglected species. 3rd ed. Houston, TX: Gulf Publishing; 1984.
31. Katon W, Unützer J, Wells K, Jones L. Collaborative depression care: History,Evolution and ways to enhance dissemination and sustainability. Gen HospPsychiatry. 2010; 32(5): 456-64.
32. Stuart GW. Principles and practice of psychiatric nursing. 10th ed. Mosby; 2013.