

# การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

ทองจันทร์ อุปจันทร์โท, พ.ย.บ.

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และแผนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน 2) เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วมระหว่างก่อนและหลังพัฒนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 52 คน ผู้ดูแลจำนวน 43 คนและผู้ป่วย จำนวน 43 คน เครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและอาการผู้ป่วย CVI = 1 การมีส่วนร่วม  $\alpha = 0.89$  ความรู้ KR-20 = 0.87 และสมรรถนะผู้ดูแล  $\alpha = 0.97$  วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired-Samples T Test

ผลการศึกษาพบว่า แผนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านยวด ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การตั้งกลุ่มเครือข่าย กระบวนการพัฒนาเครือข่าย การบริการสุขภาพผู้ป่วย การเสริมแรงทางบวก (empowerment) และการเฝ้าระวังความเสี่ยงผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนามากกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางต่ำกว่าก่อนพัฒนา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังพัฒนาโดยรวมมีความรู้มากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.0001$ ) สมรรถนะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $3.80 \pm 0.56$ ) อาการของผู้ป่วยจิตเวช หลังพัฒนาโดยรวมมีอาการดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนา ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย หลังพัฒนาโดยรวมผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.0001$ )

สรุป การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วมนี้ ทำให้ผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้ดีขึ้นพร้อมทั้งลดภาระของผู้ดูแลได้ในระดับหนึ่ง

**คำสำคัญ:** การพัฒนา; เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน; การมีส่วนร่วม

---

\* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

## Development of community mental health networks through participation Ban Yuad Health Promoting Hospital, Sang Khom District Udon Thani Province

Thongchan Uppachantho, B.N.S.

### Abstract

This action research aimed to 1) a study of the situation and plans for community mental health network development, 2) to compare the results of community mental health network development with participation between before and after development. Ban Yuad Health Promoting Hospital Sang Khom District Udon Thani Province. Between June - July 2023. The sample group consisted of 52 community mental health networks, 43 caregivers, and 43 patients. The research data collection tools were questionnaires, including general information and patient symptoms, CVI =1, participation alpha =0.89, KR-20 knowledge = 0.87, and carer competency alpha = 0.97. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon Signed Ranks Test, Paired-Samples T Test and induction analysis.

Results: Community mental health network development plan through participation Ban Yuad Sub-district Health Promoting Hospital consists of 5 activities: setting up a network group network development process patient health services positive empowerment and patient risk surveillance. After the development of network participation at high level than before development was statistically significant ( $p\text{-value}<0.001$ ). After the development of the burden of moderate caregivers of psychiatric patients lower than before development, knowledge care of psychiatric patients at a higher than before development statistically significant ( $p\text{-value}<0.0001$ ). Competence in caring for psychiatric patients at high level ( $3.80\pm0.56$ ). After the improvement, the overall symptoms of psychiatric patients were better than before. Over all after development was activity of daily living of patients statistically significantly better than before ( $p<0.0001$ ).

Conclusion: development of a community mental health network through this participation, make caregivers had more accurate care of patients, resulting in patients being able to perform their activity of daily living better.

**Keywords:** Development, Community Mental Health Network, participation

---

\*Ban Yuad Health Promoting Hospital, Sang Khom District Udon Thani Province

## บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในทุกช่วงของชีวิต มีหลักฐานสำคัญชี้ว่า ปัจจัยทางสังคมที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยทางจิต จะสัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด อาชญากรรม และการออกจากโรงเรียนกลางคัน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น เช่น มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย อุบัติเหตุบนท้องถนน ขาดการออกกำลังกาย ยิ่งไปกว่านั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดเหล่านี้กับพฤติกรรมและสุขภาพจิตมีความซับซ้อนมาก ตัวอย่างเช่น การว่างงานอาจจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ซึ่งนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน และเกิดผลตามมาคือความพิการทางร่างกายและตงงาน<sup>1</sup> นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพจิตยังส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ ต่อตัวผู้ป่วย เช่น ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรมีโรคร่วมทางกายรุนแรง ตงงาน และถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม อีกทั้งมีผลต่อเนื่องไปถึงญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เช่น ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิต ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและการชดเชยค่าเสียหายจากการกระทำ ผิดของผู้ป่วย รวมถึงถูกรังเกียจจากคนในชุมชน เป็นต้น ทั้งหมดนี้สร้างความสูญเสียต่อระบบสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศอย่างมหาศาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการเริ่มป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง ถือว่าเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาชนิดหนึ่งที่จะต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้ เนื่องจากนโยบายกรมสุขภาพจิตตามยุทธศาสตร์ การส่งเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายทั้งภายใน และภายนอกระบบสาธารณสุขในการดำเนินงานสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตพบว่าญาติ ผู้ป่วยและชุมชนเป็นภาคีเครือข่ายที่สำคัญในการดูแลปัญหาทางด้านสุขภาพจิตร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ นอกจากนี้ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล ยังต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวและสังคมด้วย<sup>2</sup>

ปัญหาการผิมนัดการรักษาในผู้ป่วยจิตเวช เป็นปัญหาที่พบได้ในทุกหน่วยบริการ กรมสุขภาพจิตมีแนวทางแก้ไขปัญหานี้ โดยกำหนดนโยบายให้มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชลงไปสู่ชุมชน หลังจากรักษาจากโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชจนอาการทุเลาลงแล้วสามารถไปรับยาและนัดติดตามการรักษาได้ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลาการเดินทางและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวลง อย่างไรก็ตาม แม้จะมีมาตรการช่วยเหลือ ปัญหาดังกล่าวก็ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องในอัตราที่ค่อนข้างสูง มีการศึกษาเกี่ยวกับการขาดนัดการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทผิมนัดการรักษาเกิน 1 สัปดาห์ขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 37.02 ส่วนใหญ่ผิมนัดจำนวน 1 ครั้ง<sup>3</sup> การศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า ผู้ป่วยที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลจะมีปัญหาเรื่องการผิมนัดติดตามการรักษาน้อยกว่า โดยมีการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยที่ขาดนัดการรักษาในครั้งแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีแนวโน้มจะกลับมารักษาซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ขาดนัดครั้งแรก<sup>4</sup> ผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดนัดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้การรักษาไม่ได้ผล และอาการกำเริบต้องกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งสาเหตุการกลับเป็นซ้ำผู้ป่วยในจิตเภทเกิดจาก 1) ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและสถานบริการสุขภาพจิต 2) ขาดความตระหนักในการรับประทานยา 3) การใช้สารเสพติด 4) ความเครียด 5) ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่ายท้อแท้ในการดูแล และ 6) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ<sup>5</sup> นอกจากนี้ยังพบปัญหาจากผู้ป่วยสุขภาพจิต ที่ยังเข้าถึงบริการที่ค่อนข้างลำบากทำให้เกิดปัญหาการขาดโอกาสในการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกที่มีอาการเจ็บป่วยหรือผู้ที่เริ่มมีความผิดปกติทางจิต ในญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ผู้รับบริการอยู่ห่างไกลและมีความลำบากในการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชโดยตรง จึงทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการกลับเป็นซ้ำจนต้องกลับมารักษาทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และสมรรถภาพในด้านต่างๆ ลดลง ญาติต้องรับภาระในการดูแล และสูญเสียค่าใช้จ่าย

อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะบกร่องในการดูแลจิตประจำวัน การจัดการความเครียดไม่เหมาะสม เช่น ขาดทักษะในการสื่อสารทางสังคม สร้างความวุ่นวายก่อความรุนแรงในชุมชน ส่งผลให้ญาติและคนในชุมชน เกิดความเบื่อหน่าย หวาดกลัว ไม่กล้าเข้าใกล้ ไม่ยอมรับ และรู้สึกเป็นภาระ<sup>6</sup>

จากรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตของประชากรในจังหวัดอุดรธานี พบว่า ไม่เกินเกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดด้านอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี 2561 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดอยู่ที่ 6.14 ต่อแสน ประชากร และในปี 2562-2563 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่ลดลง เท่ากับ 5.57 และ 5.56 (สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2563) ตามลำดับ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี มีผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 18, 22 และ 25 คน ซึ่งมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น<sup>7</sup> ทั้งนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวดร่วมกับเทศบาลตำบลบ้านยวด ได้จัดทำโครงการ พัฒนาเครือข่ายชุมชนร่วมใจห่วงใยผู้ป่วยจิตเวช เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการ ค้นหาและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนพร้อมทั้งพัฒนาระบบการเข้าถึงยาจิตเวช มีการพัฒนาระบบ เชื่อมโยงงานบริการรับส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ดำเนินชีวิตโดยเป็นส่วนหนึ่งของ สังคมและชุมชนได้ตามปกติ มีระบบบริการที่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการลดค่าใช้จ่าย จากการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ช่วยลดอาการกำเริบซ้ำ ลดการฆ่าตัวตาย และพัฒนา ระบบการส่งต่อ อันจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ชุมชนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามความเหมาะสม ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน โดยการมี ส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และแผนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน และความพึงพอใจต่อการ พัฒนาของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนระหว่างก่อนและหลังพัฒนา ได้แก่ การมี ส่วนร่วมของเครือข่าย ภาระของผู้ดูแล ความรู้และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยจิตเวช และ ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

### วิธีการศึกษา

#### 1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

สถานที่ศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2566

#### 2. ประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

2.1 กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี รวมจำนวน 188 คน แบ่งเป็นแกนนำชุมชน 6 หมู่บ้านๆ ละ 2 คน จำนวน 12 คน สมาชิก สภาเทศบาลตำบลบ้านยวด จำนวน 11 คน ตำรวจชุมชน จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 94 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2566) ญาติ/ผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 65 คน และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามการ จำแนกโรคแบบสากล International Classification of Disease (ICD) อยู่ในกลุ่มจิตเวช รหัส ICD10 3 ตัวอักษรแรก F20 ถึง F29 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลสร้างคอม ในคลินิกสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 ทั้งหมดจำนวน 65 คน (โรงพยาบาลสร้างคอม, 2565) สามารถอ่าน ฟัง เขียน ภาษาไทยได้หรือตอบคำถามโดยผู้ดูแลในครอบครัว ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ที่สามารถควบคุมอาการได้ และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ที่ให้ข้อมูลไม่ครบ 2 ครั้งหรือไม่ สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ป่วยจิตเวชเจ็บป่วยอาการกำเริบรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในระหว่างการศึกษา มีข้อมูลไม่ครบตามที่กำหนดไว้ ส่งต่อโรงพยาบาลหรือย้ายออกไปอยู่ที่อื่น หรือ ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่อยู่ในระหว่างการศึกษา

3. กลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ย กรณีประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน<sup>8</sup> ขนาดตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 52 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 43 คน

#### 4. วิธีการสุ่มตัวอย่าง (random sampling)

1. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 52 คน สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมศึกษา จนได้ครบตามขนาดตัวอย่าง

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 43 คน สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ เลือกศึกษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีในเวชระเบียนรับบริการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมศึกษา จนได้ครบตามขนาดตัวอย่าง

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

**ชุดที่ 1 แบบสอบถามเครือข่าย** แบ่งเป็น 3 ส่วน จำนวน 33 ข้อ

ส่วนที่ 1 สถานการณ์และการพัฒนาเครือข่าย จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับนโยบายและปัจจัยนำเข้าระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช คะแนนการตอบเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ ดังนี้ 1 =ไม่เห็นด้วย 2 =เห็นด้วยระดับน้อย 3 =เห็นด้วยระดับปานกลาง 4 =เห็นด้วยระดับมาก 5=เห็นด้วยระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของเครือข่าย จำนวน 15 ข้อ ปรับมาจากการศึกษาการมีส่วนร่วมดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน<sup>9</sup> เพื่อประเมินเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การมีส่วนร่วมตามบทบาท การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน คะแนนการตอบเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1 =ไม่เห็นด้วย 2 =เห็นด้วยระดับน้อย 3 =เห็นด้วยระดับปานกลาง 4 =เห็นด้วยระดับมาก 5=เห็นด้วยระดับมากที่สุด คะแนนรวม 75 คะแนน แบ่งเป็นการมีส่วนร่วม 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน ช่วง 51 - 75 = มีส่วนร่วมระดับสูง 25 - 50 = ปานกลาง 1 - 24 = ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จำนวน 8 ข้อ เกี่ยวกับการสื่อสารสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ขาดยา และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว รหัสคำตอบ 1=ไม่พอใจ ถึง 5=มากที่สุด การหาค่าเฉลี่ยรวม คะแนนเต็ม 40 คะแนน กำหนดระดับเกณฑ์คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1 (0-8 คะแนน) ไม่พึงพอใจ 2 (9-16 คะแนน) ระดับน้อย 3 (17-24 คะแนน) พึงพอใจ 4 (25-32 คะแนน) ระดับมาก 5 (33-40 คะแนน) พึงพอใจมากที่สุด

**ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแล** มี 3 ส่วน จำนวน 30 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์จากลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง<sup>10</sup> การพัฒนาและประเมินภาระในการดูแลในประเทศไทย<sup>11</sup> คะแนนระดับภาระของผู้ดูแล คือ 1=น้อยที่สุด ถึง 5= มากที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 10 ข้อ การวิจัยนี้เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชการดูแลผู้ป่วยและความเป็นไปของโรคจิตเวช<sup>12</sup> คำถามข้อมูลรายการความรู้เช่นโรคจิตหมายถึงโรคที่มีผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิดความรู้สึกและการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไปสาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตอาจเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมองโรคจิตอาจเกิดจากไสยศาสตร์ เป็นต้น คำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 3 , 5, 8 คำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10 คะแนนตอบผิด = 0 ตอบถูก ให้ = 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 สมรรถนะการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 10 ข้อ ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดการพยาบาลในส่วนสมรรถนะแห่งตน<sup>13</sup> คะแนนระดับสมรรถนะการปฏิบัติ คือ 1=ไม่จริง ถึง 5=มากที่สุด คะแนนรวม 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนช่วง 32.68 - 50 ระดับสูง 16.34 - 32.67 ระดับปานกลาง 1 - 16.33 ระดับต่ำ

**ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 64 ข้อ** แบบบันทึกนี้สำหรับผู้ดูแลเป็นผู้ตอบประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลอาการผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 10 ด้าน ประยุกต์ใช้แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน<sup>14</sup> ดังนี้คือ 1) ด้านอาการทางจิตกำเริบ 2) ด้านการกินยา 3) ด้านผู้ดูแล/ญาติ 4) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 5) ด้านการประกอบอาชีพ 6) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว 7) สิ่งแวดล้อม 8) การสื่อสาร 9) ความสามารถเรียนรู้เบื้องต้น 10) การดื่มสุราหรือสารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย จำนวน 54 ข้อ ประยุกต์ใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท<sup>15</sup> การให้คะแนน 0=ไม่ทำเลย 1=ต้องคอยกระตุ้น และควบคุมทุกขั้นตอน 2=ทำได้บางครั้ง และต้องแนะนำ 3=ทำได้เองตามความเหมาะสม 4=ทำเองได้ทั้งหมด และ 5=สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้  $\alpha=0.91$  ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

1. การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาความรู้ในเชิงโครงสร้างและทฤษฎี (content validity) และความเป็นปรนัย (objectivity) ของแบบสอบถาม เพื่อให้เนื้อหา ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเชิญผู้รอบรู้เฉพาะทางตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินอาการผู้ป่วย คะแนน 1+ ทุกข้อ

2. หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้ดังนี้ การมีส่วนร่วม  $\alpha=0.89$  ความรู้ KR-20=0.87 และสมรรถนะผู้ดูแล  $\alpha=0.97$

#### **วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัยภาคสนาม จำนวน 3 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล และวิธีการใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลให้ผู้ช่วยวิจัยทราบ จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยในการ

รวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความเข้าใจของผู้ช่วยวิจัยให้มีความเข้าใจตรงกันและให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง

2. ผู้ช่วยนักวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและขอความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่าง รับผิดชอบแบบสอบถามกลับ ตรวจสอบความถูกต้องลงรหัส ทำการวิเคราะห์ประมวลผล

**การวิเคราะห์ข้อมูล** สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นตัวแปรระดับ nominal scale โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ตัวแปรระดับต่อเนื่องใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สถิติเชิงอนุมาน ทดสอบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test, paired samples T-Test ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์สรุปเนื้อหา (content analysis)

**กรอบแนวคิดของการวิจัย ตัวแปรอิสระ** ได้แก่ สถานการณ์และการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน **ตัวแปรตาม** คือ เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน 2) ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และสมรรถนะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 3) อาการของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและความสามารถในการจัดการประจำวันของผู้ป่วย 4) ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตชุมชน

**การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย** การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 12966 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2566

## ผลการศึกษา

**สถานการณ์การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน** จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน พบว่า การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านที่มากที่สุดคือด้านปัจจัยนำเข้าระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ( $4.44 \pm 0.46$ ) ด้านการพัฒนาระบบบริการ ( $4.43 \pm 0.47$ ) และด้านความสอดคล้องของนโยบายกับสถานการณ์ปัจจุบัน ( $4.43 \pm 0.41$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์สภาพปัญหาทางานสุขภาพจิตชุมชน (n=52)

สถานการณ์และการพัฒนาเครือข่าย	Mean $\pm$ SD	ระดับ
<b>ด้านความสอดคล้องของนโยบายกับสถานการณ์ปัจจุบัน</b>	<b>4.43<math>\pm</math>0.41</b>	<b>สูง</b>
1. ความสอดคล้องของนโยบายกับสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช	4.35 $\pm$ 0.48	สูง
2. แผนงานระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ครอบคลุมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วย	4.33 $\pm$ 0.47	สูง
3. กิจกรรมตามระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช มีความสอดคล้องกับระยะเวลาดำเนินงาน	4.42 $\pm$ 0.49	สูง
4. มีการถ่ายทอดนโยบายแนวทางการดำเนินงาน ลงสู่ผู้ปฏิบัติถึงระดับครอบครัวและชุมชน	4.50 $\pm$ 0.50	สูง
5. การแต่งตั้งเครือข่ายบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชมีความเหมาะสม	4.56 $\pm$ 0.50	สูง
<b>ด้านปัจจัยนำเข้าระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช</b>	<b>4.44<math>\pm</math>0.46</b>	<b>สูง</b>
6. มีการสื่อสารและการถ่ายทอดแผนงาน/กิจกรรมระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ไปสู่ผู้ปฏิบัติงานได้ครอบคลุมและทั่วถึง	4.44 $\pm$ 0.50	สูง
7. มีการบูรณาการแผนและกิจกรรมการทำงานบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช	4.48 $\pm$ 0.57	สูง
8. เกณฑ์ในการประเมินระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช เป็นเกณฑ์ที่เหมาะสม	4.42 $\pm$ 0.49	สูง
9. คุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่ดำเนินการนี้ ถือว่าเป็นระบบที่ดี	4.50 $\pm$ 0.50	สูง
10. มีการระดมทรัพยากรหรือสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน	4.38 $\pm$ 0.59	สูง

**ตารางที่ 1** ความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์สภาพปัญหางานสุขภาพจิตชุมชน (n=52)

สถานการณ์และการพัฒนาเครือข่าย	Mean±SD	ระดับ
<b>การพัฒนากระบวนการ</b>	<b>4.43±0.47</b>	<b>สูง</b>
11. มีจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในรับผิดชอบ	4.38±0.49	สูง
12. ได้รับการอบรม/ประชุมการพัฒนาทักษะการคัดกรอง ค้นหาและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย	4.35±0.62	สูง
13. ได้รับการอบรมอาสาสมัครเชี่ยวชาญด้านจิตเวช ให้สามารถค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ คัดกรองและเฝ้าระวังในผู้ป่วยรายเก่า	4.48±0.54	สูง
14. ได้รับการชี้แจงแนวทางการติดตามเยี่ยมและติดตามให้ไปรับการรักษาต่อเนื่องตามนัด และแนวทางให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนตามความจำเป็น	4.42±0.49	สูง
15. ทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัวออกเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่พบปัญหาซับซ้อน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ และให้คำแนะนำญาติ	4.52±0.50	สูง
<b>รวมทุกด้าน</b>	<b>4.43±0.30</b>	<b>สูง</b>

**แผนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วม** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านยวด ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การตั้งกลุ่มเครือข่าย กระบวนการพัฒนาเครือข่าย การบริการสุขภาพผู้ป่วย การเสริมแรงทางบวก (empowerment) และการเฝ้าระวังความเสี่ยงผู้ป่วย ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แผนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านยวด

สภาพปัญหาเดิม/วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพัฒนา	เป้าหมายการพัฒนา
- เพื่อการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน - ยังไม่มีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนและไม่มีกำหนดบทบาทการทำดำเนินงานที่ชัดเจน	การดำเนินการก่อนเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาเครือข่าย ให้เครือข่ายทำแบบสอบถามก่อนอบรม (pretest) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง <b>กิจกรรมที่ 1 การตั้งกลุ่มเครือข่าย</b> กำหนดบทบาทการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช 1.1 บทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกับพนักงานฝ่ายปกครอง 1.2 บทบาทพนักงานฝ่ายปกครอง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ 1.3 บทบาทพนักงานเจ้าหน้าที่ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ท้องถิ่นและอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.)	- มีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน -ผู้ร่วมวิจัยทำแบบสอบถามก่อนพัฒนา
- ปัญหาด้านความรู้และทักษะกระบวนการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนของเครือข่าย	<b>กิจกรรมที่ 2 กระบวนการพัฒนาเครือข่าย</b> (1 ชั่วโมง) กระบวนการร่วมคิดร่วมทำ โดยกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วม แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ทางจิตใจคือทำให้เกิดความสุขหรือสุขภาพดี เพราะความรู้สึกรอบรู้ความรูสึกมั่นคงความรู้สึกลดภัยมีความหมาย มีคุณค่าและส่งผลให้เกิดสุขภาพดี เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง <b>กิจกรรมที่ 3 การบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช</b> อย่างเหมาะสม มีทีมในการดูแล (1 ชั่วโมง) โดยการประสานงาน/ทีม ตำรวจ (บำรุงทุกข์ บำรุงสุข) ชุมชนครอบครัว โดยฝึกทักษะการมีจิตอาสาบริการ คือ มีความรับผิดชอบ เอาใจเขามาใส่ใจเรา (สงสารครอบครัว) เข้าใจผู้ป่วย และครอบครัว มีไหวพริบ สร้างเรื่องพูดคุย สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และมีการสังเกต พฤติกรรมของผู้ป่วย	-เกิดผลดีจากการมีส่วนร่วมคิดร่วมช่วยคนในชุมชน - มีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว - การบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชอย่างเหมาะสม - มีการติดตามเยี่ยมบ้านในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อนที่ดูแลเอง



**ตารางที่ 2** แผนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านยวด (ต่อ)

สภาพปัญหาเดิม/ วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพัฒนา	เป้าหมายการพัฒนา
	<b>กิจกรรมที่ 4 การเสริมแรงทางบวก (empowerment) (1 ชั่วโมง)</b> กำลังใจจากทีมด้วยกันเอง (ลองทำดี อย่าเพิ่งบอกว่าเราทำไม่ได้) โดยการทำงานเป็นทีม ไมโยนให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง “เดิมที่คิดว่าเรื่องสุขภาพเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลเท่านั้น” มีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วย (ช่วยผู้ป่วย) และความทุ่มเท	- มีหลักปณิธานใจ ให้กำลังใจดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตกันและกัน
	<b>กิจกรรมที่ 5 การเฝ้าระวังความเสี่ยงผู้ป่วย</b> - การสร้างสัมพันธ์ภาพประเณนและบันทึกสมรรถภาพผู้ป่วยทุกราย อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน หรือทุกครั้ง เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้อาการกลับเป็นซ้ำ (1 ชั่วโมง)	- เครือข่ายเป็นกระบอกเสียงและการหาทางช่วยเหลือให้ครอบครัวผู้ป่วย
- เพื่อประเมินผลการพัฒนา	- <b>การประเมินผล (1 ชั่วโมง)</b> ให้เครือข่ายทำแบบสอบถามหลังอบรม (posttest)	ผู้ร่วมวิจัยทำแบบสอบถามหลังพัฒนา

**การมีส่วนร่วมของเครือข่าย** พบว่า หลังพัฒนา เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีคะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) โดยคะแนนก่อนการพัฒนาเท่ากับ  $83.32\pm6.66$  หลังพัฒนาคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น  $88.59\pm7.25$  โดยมีคะแนนมากที่สุดคือการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ( $22.48\pm2.33$ ) รองลงมาคือการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล ( $21.71\pm2.86$ ) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ( $n=52$ )

การมีส่วนร่วมของเครือข่าย	ก่อน	หลัง	t	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD		
การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช	21.25 $\pm$ 1.93	22.48 $\pm$ 2.33	-6.363	<0.001*
บทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน	16.80 $\pm$ 1.88	18.34 $\pm$ 1.84	-5.508	<0.001*
บทบาทพนักงานฝ่ายปกครอง	12.44 $\pm$ 1.69	13.03 $\pm$ 1.48	-4.013	<0.001*
บทบาทพนักงานเจ้าหน้าที่	12.53 $\pm$ 1.60	13.01 $\pm$ 1.57	-3.612	0.001*
การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล	20.28 $\pm$ 2.38	21.71 $\pm$ 2.86	-5.855	<0.001*
รวม	83.32 $\pm$ 6.66	88.59 $\pm$ 7.25	-8.079	<0.001*

\*นัยสำคัญที่ระดับ <0.05, โดยใช้ pair sample t-test

**ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่าย** พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับสูง ( $4.57\pm0.48$ ) โดยพึงพอใจมากที่สุดคือการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงผู้ป่วย ( $4.63\pm0.48$ ) รองลงมาคือระบบส่งต่อ ( $4.63\pm0.48$ ) และแผนประเมินความเสี่ยง ( $4.60\pm0.49$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ระดับความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน (n=52)

ความพึงพอใจ	Mean±SD	ระดับความพึงพอใจ
1. การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของผู้ป่วย	4.52±0.57	สูง
2. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว	4.52±0.57	สูง
3. การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน	4.58±0.57	สูง
4. ระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช มีความเหมาะสม	4.52±0.57	สูง
5. การปฏิบัติตามแผนการบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช	4.63±0.48	สูง
6. แผนประเมินความเสี่ยงอาการรุนแรงในผู้ป่วย	4.60±0.49	สูง
7. การดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนดในระบบบริการสุขภาพ	4.58±0.49	สูง
8. ระบบบริการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน	4.63±0.48	สูง
<b>รวม</b>	<b>4.57±0.48</b>	<b>สูง</b>

**ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช** หลังพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยรายข้อลดลงทุกข้อ โดยด้านภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแล พบว่าข้อที่คะแนนอยู่ในระดับต่ำคือการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความขัดแย้งกับเพื่อนบ้าน (1.58±0.58) ส่วนด้านภาระเชิงปรนัยของผู้ดูแล ข้อที่คะแนนอยู่ในระดับต่ำคือผู้ดูแลรู้สึกซึมเศร้า อยากฆ่าตัวตาย (1.19±0.39) และข้อที่ระดับคะแนนลดลงจากระดับสูงอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ กังวลกลัวผู้ป่วยจะได้รับอันตราย กังวลใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย และกังวลใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการพัฒนา (n=43)

ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	ก่อน		หลัง	
	Mean±SD	ระดับ	Mean±SD	ระดับ
<b>ภาระเชิงปรนัยของผู้ดูแล</b>				
1. ต้องรับผิดชอบมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง	4.14±1.01	สูง	3.88±1.21	สูง
2. มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง	3.60±0.97	สูง	3.21±1.03	ปานกลาง
3. การดูแลผู้ป่วยรบกวนกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแล	3.23±0.97	ปานกลาง	3.00±1.02	ปานกลาง
4. การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาพักผ่อน	3.09±0.97	ปานกลาง	2.93±0.88	ปานกลาง
5. ต้องลางานหรือหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย	3.26±1.11	ปานกลาง	2.79±1.08	ปานกลาง
6. การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ	2.79±0.70	ปานกลาง	2.53±0.93	ปานกลาง
7. การดูแลผู้ป่วยทำให้มีเวลาในการดูแลสุขภาพพลดลง	2.79±0.67	ปานกลาง	2.44±0.82	ปานกลาง
8. การดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความขัดแย้งกับเพื่อนบ้าน	2.12±0.73	ปานกลาง	1.58±0.58	ต่ำ
9. สมาชิกในครอบครัวถูกผู้ป่วยทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บ	2.58±1.25	ปานกลาง	1.72±0.95	ปานกลาง
10. การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ	3.05±0.61	ปานกลาง	2.63±0.61	ปานกลาง
<b>ภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแล</b>				
1. กังวลกลัวผู้ป่วยจะได้รับอันตราย	3.49±1.00	สูง	2.98±1.01	ปานกลาง
2. กังวลใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย	3.60±1.19	สูง	3.02±0.98	ปานกลาง
3. รู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง	2.86±1.26	ปานกลาง	2.28±1.18	ปานกลาง
4. รู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วย	3.05±0.97	ปานกลาง	2.72±1.09	ปานกลาง
5. รู้สึกกังวลใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง	3.98±1.08	สูง	3.02±1.08	ปานกลาง
6. น้อยใจในชะตาชีวิตของตนเอง	2.42±0.95	ปานกลาง	2.23±0.78	ปานกลาง
7. ผู้ดูแลรู้สึกซึมเศร้า อยากฆ่าตัวตาย	1.77±0.71	ปานกลาง	1.19±0.39	ต่ำ
8. รู้สึกผิดที่ลงโทษหรือตำหนิผู้ป่วย	2.86±0.41	ปานกลาง	2.09±0.71	ปานกลาง
9. กังวลใจเกี่ยวกับการเข้าสังคมของผู้ป่วย	3.47±0.79	ปานกลาง	3.12±0.95	ปานกลาง
10. รู้สึกอายเพื่อนบ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเอะอะอาละวาด	3.35±0.57	ปานกลาง	2.81±0.90	ปานกลาง

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังพัฒนา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนาคะแนนความรู้ เพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value}<0.0001$ ) ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการพัฒนา (n= 43)

คะแนนความรู้	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (7 - 10 คะแนน)	35 (81.4)	43 (100.0)
ระดับปานกลาง (4 - 6 คะแนน)	8 (18.6)	0 (0.0)
ระดับต่ำ (1 - 3 คะแนน)	0 (0.0)	0 (0.0)

\*คะแนนเต็ม 10 คะแนน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการพัฒนา (n= 43)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	Mean±SD	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	7.74±1.09	6.036	<0.0001*
หลังการพัฒนา	9.00±0.72		

\*ระดับนัยสำคัญระดับ <0.05, โดยใช้ Paired-Samples T Test

สมรรถนะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังพัฒนา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีสมรรถนะ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $3.80\pm0.56$ ) มากกว่าก่อนพัฒนาที่อยู่ในระดับปานกลาง ( $3.13\pm0.39$ ) โดยมีคะแนนอยู่ในระดับสูงเกือบทุกข้อ ยกเว้น สามารถหาวิธีการหรือหนทางที่จะให้การดูแล ( $3.02\pm0.77$ ) และสามารถรับมือกับสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตขณะดูแล ( $3.30\pm0.59$ ) ที่คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สมรรถนะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการพัฒนา (n=43)

สมรรถนะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย	ก่อน		หลัง	
	Mean±SD	ระดับ	Mean±SD	ระดับ
1. การจัดการดูแลผู้ป่วยได้ ถ้าพยายามอย่างเต็มที่	3.23±0.99	ปานกลาง	3.91±0.81	สูง
2. ความสามารถหาวิธีการหรือหนทางที่จะให้การดูแล	2.79±0.77	ปานกลาง	3.02±0.77	ปานกลาง
3. เป็นเรื่องง่ายในการดูแลญาติที่ป่วยให้เป็นไปตามแผน	3.14±0.83	ปานกลาง	3.53±0.85	สูง
4. สามารถรับมือกับสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตขณะดูแล	2.56±0.76	ปานกลาง	3.30±0.59	ปานกลาง
5. เมื่อมีปัญหาจะขอความช่วยเหลือจากครอบครัว	2.95±0.57	ปานกลาง	3.98±0.98	สูง
6. การขาดยาของผู้ป่วยที่ดูแลเกิดจากมีอาการดีขึ้นแล้ว	3.05±1.11	ปานกลาง	4.05±0.99	สูง
7. สามารถดูแลผู้ป่วยได้ระดับหนึ่งแต่ควรให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมาเยี่ยมติดตามทุกเดือน	3.42±0.76	สูง	4.14±0.77	สูง
8. สามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยจิตเวช	3.02±0.80	ปานกลาง	3.77±0.94	สูง
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะช่วยดูแลกับการใช้ยา	3.63±0.95	สูง	4.21±0.83	สูง
10. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ อสม. จะช่วยส่งเสริมแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้	3.51±1.05	สูง	4.14±0.83	สูง
รวม	3.13±0.39	ปานกลาง	3.80±0.56	สูง

อาการของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน หลังพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมมีอาการดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนา โดยพบว่า อาการทางจิตกำเริบลดลง (จาก 5 คน เหลือ 3 คน) สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเพิ่มขึ้น (จาก 24 คน เป็น 28 คน) มีพฤติกรรมแสดงออกเหมาะสมเพิ่มขึ้น (จาก 16 คน เป็น 21 คน) และความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น (จาก 29 คน เป็น 32 คน) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 อาการของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (n=43)

อาการของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
<b>1. อาการทางจิตกำเริบ</b>		
(1) รู้เรื่อง ไม่มีอาการกำเริบ ดำรงชีวิตในชุมชนได้	24 (55.8)	25 (58.1)
(2) มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม มีอย่างน้อย 10 วันใน 1 เดือน	14 (32.6)	15 (34.9)
(3) มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม มากกว่า 10 วันใน 1 เดือน	5 (11.6)	3 (7.0)
<b>2. การทำกิจวัตรประจำวัน</b>		
(1) สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง	24 (55.8)	28 (65.1)
(2) สามารถทำได้แต่ต้องกระตุ้น/ช่วยเหลือบ้าง	18 (41.9)	15 (34.9)
(3) ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย ต้องมีคนช่วยเหลือหรือทำให้	1 (2.3)	0 (0.0)
<b>3. การสื่อสาร/การแสดงพฤติกรรม</b>		
(1) สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ พฤติกรรมแสดงออกเหมาะสม	16 (37.2)	21 (48.8)
(2) สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว/พฤติกรรมเหมาะสม	27 (62.8)	22 (51.2)
(3) ไม่พูดคุยกับใครเลย/แยกตัว พฤติกรรมแสดงออกไม่เหมาะสม	0 (0.0)	0 (0.0)
<b>4. ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น</b>		
(1) บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้	29 (67.4)	32 (74.4)
(2) สอนซ้ำๆ หลายครั้งจึงสามารถทำตามได้	14 (32.6)	11 (25.6)
(3) สอนเท่าไร ทำไม่ได้ จำไม่ได้ เกิดปัญหาแบบเดิมซ้ำ	0 (0.0)	0 (0.0)

ความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พบว่า หลังพัฒนา ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันโดยรวมและในทุกด้านได้มากขึ้นก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.0001$ ) โดยด้านที่คะแนนมากที่สุดคือ ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ( $29.41 \pm 7.48$ ) รองลงมาคือทักษะทางสังคม ( $27.79 \pm 7.88$ ) และทักษะการทำงาน ( $25.09 \pm 6.79$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (n=43)

ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	t	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD		
ทักษะการดูแลตนเอง	12.60 $\pm$ 2.93	13.25 $\pm$ 3.14	-2.691	<0.001*
ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน	27.11 $\pm$ 7.07	29.41 $\pm$ 7.48	-5.012	<0.001*
ทักษะทางสังคม	24.25 $\pm$ 8.56	27.79 $\pm$ 7.88	-5.871	<0.001*
ทักษะการทำงาน	21.90 $\pm$ 6.59	25.09 $\pm$ 6.79	-5.729	<0.001*
ทักษะการพักผ่อน	20.35 $\pm$ 9.80	23.52 $\pm$ 10.12	-4.277	<0.001*
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	20.18 $\pm$ 10.74	22.37 $\pm$ 9.94	-4.585	0.005*
รวมทุกด้าน	127.30 $\pm$ 36.12	141.23 $\pm$ 35.67	-6.527	<0.0001*

\*นัยสำคัญที่ระดับ <0.05, โดยใช้ pair sample t-test

## วิจารณ์และสรุปผลการศึกษา

1. **แผนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วม** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านยวด ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การตั้งกลุ่มเครือข่าย กระบวนการพัฒนาเครือข่าย การบริการสุขภาพผู้ป่วย การเสริมแรงทางบวก (empowerment) และการเฝ้าระวังความเสี่ยงผู้ป่วย

2. **การมีส่วนร่วมของเครือข่าย** หลังพัฒนา เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีคะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) โดยมีคะแนนมากที่สุดคือการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ( $22.48\pm2.33$ ) รองลงมาคือการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล ( $21.71\pm2.86$ ) **ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่าย** หลังพัฒนามีความเป็นไปได้และพึงพอใจโดยรวมในระดับสูง ทั้งนี้ การสร้างทัศนคติที่ดีแก่คนในชุมชน จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช สารเสพติดในชุมชนมากขึ้น<sup>16</sup> มีการพัฒนาภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม<sup>17</sup> การสร้างความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเวชให้กับคนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอคติทำให้เกิดความอาทร นำไปสู่ความช่วยเหลือของชุมชนที่จะมีต่อผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว เพื่อที่จะไม่ต้องแบกรับปัญหาและการแก้ไขสถานการณ์ปัญหาต่างๆ เพียงลำพัง<sup>18</sup> การมีส่วนร่วมของพระสงฆ์และประชาชนตามหลักธรรมในทางพระพุทธศาสนาเถรวาท ใน 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของพระสงฆ์ 3 ขั้นตอน 2) การมีส่วนร่วมของภาครัฐ 3) การมีส่วนร่วมของภาครัฐและเอกชน 4) การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การสร้างชุมชนเข้มแข็งเพื่อเอาชนะยาเสพติดอย่างยั่งยืนใน 4 ขั้นตอน คือ (1) ปลุกจิตสำนึก (2) การคัดเลือกผู้นำ/คณะกรรมการชุมชน (3) ติดตามและประเมินผลการศึกษาพบว่า (4) ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง<sup>19</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกศรี จาดเงิน และ เกศริน เชื้อภักดี<sup>20</sup> ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง พบว่า ภายหลังการนำกระบวนการฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้หลังการอบรมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. **ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช** ด้านภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแล พบว่าข้อที่คะแนนอยู่ในระดับต่ำคือการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความขัดแย้งกับเพื่อนบ้าน ส่วนด้านภาระเชิงปรนัยของผู้ดูแล ข้อที่คะแนนอยู่ในระดับต่ำคือผู้ดูแลรู้สึกซึมเศร้า อยากฆ่าตัวตาย และข้อที่ระดับคะแนนลดลงจากระดับสูงอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ กังวลกลัวผู้ป่วยจะได้รับอันตราย กังวลใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย และกังวลใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง **ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช** หลังพัฒนาโดยรวมมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สมรรถนะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนอยู่ในระดับสูงเกือบทุกข้อ ทั้งนี้จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรือร้างกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีกิจกรรมดังนี้ 1) อบรมความรู้และทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ดูแล 2) สร้างระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เสี่ยงก่อความรุนแรง และเฝ้าระวัง 5 อาการสำคัญ 3) สร้างเครือข่าย 7 สหายคลายทุกข์ 4) แลกเปลี่ยนนวัตกรรมจากตำบลต้นแบบ นำไปปรับใช้ทุกตำบล และ 5) เพิ่มระบบพี่เลี้ยงและกำกับติดตาม พบว่า ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพิ่มขึ้น และ คะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้น<sup>21</sup>

4. **อาการของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน** หลังพัฒนาโดยรวมมีอาการดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนา ความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันโดยรวมและในทุกด้านได้มากขึ้น ก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.0001$ ) โดยด้านที่คะแนนมากที่สุดคือ ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน รองลงมาคือทักษะทางสังคม และทักษะการทำงาน ตามลำดับ จากการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเวช เป็นลักษณะที่ผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำต่อผู้อื่นและสิ่งของ คือ การกระทำการอื่นใดที่น่าจะเรียกว่า

ความรุนแรง และระดับของพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเวชมีระดับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ประวัติการใช้สารเสพติด และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>22</sup> และการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช คือ มีประวัติการใช้สารเสพติด มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวใน 1 ปี และมีคะแนนอาการทางจิตระดับสูง<sup>23</sup>

**ข้อสรุป** การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วมนี้ ทำให้ผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้ดีขึ้นพร้อมทั้งลดภาระของผู้ดูแลได้ในระดับหนึ่ง

**ข้อจำกัด** ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในการติดตามผลการพัฒนาใช้เวลา 1 เดือนภายหลังการพัฒนา และการเข้าร่วมกิจกรรมของเครือข่าย จึงพบว่าเครือข่ายมีส่วนร่วมตามบทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช มีส่วนร่วมติดตามประเมินผลยังคงมีอยู่ ซึ่งในทางปฏิบัติจึงควรติดตามการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยต่อไปในระยะยาว

**ความท้าทายของการศึกษา** การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ มีความยุ่งยากซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนที่ต้องมีการประสานงาน การประชุม และกำหนดแผนงานร่วมกัน ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่อาจมีอาการกำเริบซ้ำรุนแรงได้เมื่อขาดยาหรือขาดผู้ดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะโรคทางจิตของผู้ป่วย การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วม ที่มีความเหมาะสมและมีระบบการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง จะสามารถช่วยไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ สร้างความเดือดร้อนทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และในชุมชนได้ อันจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วม ทั้งด้านความรู้ และประสบการณ์ทักษะต่อการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน รวมถึงผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางโรคอื่นด้วย เพื่อให้มีความตระหนักรู้ และตื่นตัวที่จะเข้าไปช่วยเหลือ และการปรับตัวเรียนรู้กับสิ่งใหม่ที่มีความท้าทายในการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การเยี่ยมบ้าน สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยขาดยาลดลง ไม่มีอาการกำเริบ และลดการส่งต่อ

2. ด้านบุคลากร ควรฝึกอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตามที่กฎหมายกำหนด อาจนำกิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วมจากการศึกษาครั้งนี้ไปให้ความรู้ การบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชอย่างเหมาะสม ในการดูแล โดยการประสานงาน/ทีม ตำรวจ (บำรุงทุกข์ บำรุงสุข) ชุมชน ครอบครัว โดยฝึกทักษะการมีจิตอาสาบริการ เข้าใจผู้ป่วย และครอบครัว มีไหวพริบ สร้างเรื่องพูดคุย สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และมีการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย

3. ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป ในการติดตามผลการศึกษานี้ใช้เวลา 1 เดือนภายหลังการพัฒนาและการเข้าร่วมกิจกรรมของเครือข่าย และพบว่าเครือข่ายยังมีส่วนร่วมตามบทบาทแกนนำสุขภาพจิตชุมชน การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช และการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ถ้ามีการนำกิจกรรมการพัฒนานี้ไปใช้ควรมีการติดตามผลการศึกษาในระยะ 3, 6 เดือน และ 1 ปี เป็นการติดตามฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

1. Walker L, Moodie R, Herrman H. Promoting mental health and wellbeing. In R. Moodie & A. Hulme (Eds.), Hands-on health promotion 2004: 238-248.
2. กรมสุขภาพจิต. ย้ำเตือนผู้ป่วยจิตเวช 'อย่าขาดยาเด็ดขาด' แม้อาการดีขึ้น. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2566] จาก <https://www.dmh.go.th/news>
3. สุมิศา กุมลา, โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นันทจันทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทายยาในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2562; 34(2): 132-52.
4. Adnanes M, Cresswell-Smith J, Melby LM, Westerlund H, Sprah L, Sfetcu R, et al. Discharge planning, self-management, and community support: Strategies to avoid psychiatric rehospitalisation from a service user perspective. Patient Educ Couns. 2020; 103(5): 1033-1040. doi:10.1016/j.pec.2019.12.002
5. พิษณุพันธ์ นามวงษ์, วิญญู ชะนะกุล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยโรคจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2561; 12(2): 1-11.
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ ๒. นนทบุรี: บริษัท ละม่อม จำกัด, 2563.
7. โรงพยาบาลสร้างคอม. ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยอิลิกทรอนิคโรงพยาบาลสร้างคอม อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี, 2565.
8. อรุณ จิรวรรณกุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2557.
9. ชลิตดา จันทรงาม, เทพอุทิศ ก้าวสิทธิ์, กฤษณ ชุนลิก. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2559: 55-67.
10. Montgomery RIV, Gonyea JG, Hooyman NP. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations 1985; 34(5): 19-26.
11. นพรัตน์ ไชยขำนิ. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
12. มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 5. หล่อตระกูลมาโนช, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2557.
13. Bandura A. Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. New Jersey: Prentice-Hall, 1986.
14. โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนรินทร์. คู่มือการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนสำหรับเครือข่าย. โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนรินทร์ จังหวัดสงขลา, 2566. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2566] จาก <https://www.skph.go.th/elibrary/index.php>
15. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. วิศทอเรียอิมเมจ, 2560.
16. กิตติยา อุณเจริญ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติด. วารสารพลังสังคม 2562; 10(2): 41-60.

17. อณัญญา ขุนศรี, พรสุข หุ่นนิรันดร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นโดย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 8. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาพุทธศาสตร์ 2564; 6(11): 82-98.
18. ถิรนนท์ ช่วยมิ่ง. โรคจิตเวชของกลุ่มประชากรคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร. Journal of Social Research 2019; 42(2): 107-152.
19. ธัญกนกกรัศ จิระโชคนิธิโยธ, สมเดช นามเกต, พระครูจิระธรรมธัช. แนวทางการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ของพระสงฆ์และประชาชนในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย. Journal of Modern Learning Development 2022; 7(1): 12-29.
20. กนกศรี จาดเงิน, เกศริน เชื้อภักดี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565; 7(4): 123-135.
21. รัศมี ชุตินาย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565; 16(3): 851-867.
22. ศิริพรรณ ธนชัย, จินตนา ยูนิพันธุ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการแพทย์กองทัพเรือ 2562; 46(3): 536-551.
23. เพชร คันธสายบัว, วัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์, กฤตนิย แก้วยศ, วีระ เนริกุล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 2563; 14(2): 16-28.