

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชนจังหวัดยะลา

ผุสนีย์ แก้วมณี พย.ม.¹เรวัตร คงผาสุข ศษ.ม.^{2*}

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ดังนั้นจึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในตำบลท่าสาป อ.เมือง จ.ยะลา จำนวน 190 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช ($\beta = .298, p < .001$) สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้มากที่สุด รองลงมา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ($\beta = .208, p < .001$) ความผูกพันต่อชุมชน ($\beta = .189, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .167, p < .01$) และบทบาทในชุมชน ($\beta = .125, p < .001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้ร้อยละ 66.7 ($R^2 = 0.667, p < .001$)

สรุป: เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต บทบาทในชุมชน ความผูกพันต่อชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของประชาชนในชุมชน ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขควรเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตควบคู่กับการสร้างความสัมพันธ์ในชุมชน ผ่านการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม ผู้ป่วยจิตเวช ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เจตคติ ความผูกพันต่อชุมชน บทบาทในชุมชน

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ติดต่อผู้พิมพ์: เรวัตร คงผาสุข; e-mail: Rewat@bcnyala.ac.th

วันรับ: 6 เม.ย. 2569 วันแก้ไข: 11 ก.ค. 2569 วันตอบรับ: 21 ก.ค. 2569

Factors Influencing Community Participation in Community-Based Psychiatric Care in Yala Province

Pootsanee Kaewmanee M.N.S.¹

Rewat Khongpasuk M.Ed.^{2*}

Abstract

Background: The provision of community-based mental health care necessitates the involvement of the public and various network partners to guarantee that psychiatric patients receive suitable care and treatment. Consequently, this study investigates the factors that affect public participation in the care of psychiatric patients within the community.

Methods: Research on predictive relationships was conducted with a sample of 190 residents from Tha Sap Subdistrict, Mueang District, Yala Province. The study employed a three-part questionnaire, comprising a personal data section, a section on factors influencing participation in community psychiatric patient care, and a section on participation in community psychiatric patient care itself. Data analysis was performed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

Results: The study's findings indicated that several factors significantly predicted community participation in community-based psychiatric care. Attitudes toward psychiatric patients were identified as the most influential predictor ($\beta = .298, p < .001$). Additional significant predictors included mental health literacy ($\beta = .208, p < .001$), sense of community ($\beta = .189, p < .001$), social support ($\beta = .167, p < .01$), and community roles ($\beta = .125, p < .001$). Collectively, these factors explained 66.7% of the variance in community participation in community-based psychiatric care ($R^2 = 0.667, p < .001$).

Conclusion: This study illustrates that attitudes toward psychiatric patients, mental health literacy, community roles, sense of community, and social support are crucial factors influencing community participation in community-based psychiatric care. Consequently, public health agencies should prioritize the enhancement of mental health literacy while simultaneously strengthening community relations through integrated activities. These efforts aim to optimize the efficiency and sustainability of community-based care.

Keywords: participation, psychiatric patients, mental health literacy, attitude, sense of community, community roles

¹ Assistant professor, Boromarajonani College of Nursing Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

² lecturer, Boromarajonani College of Nursing Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

*Corresponding Author: Rewat Khongpasuk; e-mail: Rewat@bcnyala.ac.th

Received: 6 April 2026 Revised: 11 July 2026 Accepted: 21 July 2026

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน องค์การอนามัยโลก พบว่า ความผิดปกติทางจิตเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของภาระโรคและความพิการในประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ในประเทศไทยมีรายงานในปีพ.ศ. 2567 ว่าประชากรไทยมีปัญหาทางสุขภาพจิตสูงถึง 10 ล้านคน แต่มีเพียง 2.9 ล้านคนเท่านั้นที่ได้รับการเข้าถึงบริการรักษาทางสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม และในปีพ.ศ.2568 พบว่า คนไทย 13.4 ล้านคนประสบปัญหาทางสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวชอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต² สำหรับจังหวัดยะลามีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวชปีงบประมาณ 2565-2569 มีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวช จำนวน 9,671 คน 10,671 คน และ 11,317 คน ตามลำดับ³ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนอกจากหน่วยงานสาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงแล้ว จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน ภาครัฐเครือข่ายและชุมชนร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม เป็นระบบและยั่งยืน

แนวความคิดการดูแลสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นการสร้างเสริมศักยภาพเครือข่ายชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามอาการ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพและการรักษา เฝ้าระวังความเสี่ยง สนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทุเลาลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ และการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลยังช่วยเปลี่ยนทัศนคติด้านลบของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวช ลดการตีตรา และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตในพื้นที่⁴⁻⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอาจได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพจิต เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นความรู้ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิต ครอบคลุมทั้งการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยง การช่วยเหลือตนเอง ทัศนคติในการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม รวมไปถึงความรู้ในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต⁶ การที่ประชาชนมีความรู้ทางสุขภาพจิตจะช่วยให้สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองตลอดจนบุคคลรอบข้างได้ ช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ อีกทั้งช่วยลดการตีตราทางสังคมที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวช และช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการช่วยเหลือและสนับสนุนบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม และความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับเจตคติ⁷⁻⁸ เจตคติเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เจตคติด้านลบและการตีตราต่อผู้ป่วยจิตเวช อาจทำให้ผู้ป่วยถูกกีดกันจากสังคมและลดโอกาสในการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน ตรงกันข้ามหากประชาชนมีเจตคติที่ดีและยอมรับผู้ป่วยจิตเวชในฐานะสมาชิกของชุมชน จะช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับคืนสู่สังคม⁹ สำหรับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีหลายรูปแบบ เช่น ด้านกำลังใจกำลังใจ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ หรือการช่วยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง¹⁰ งานวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนและการฟื้นฟูของผู้ป่วยจิตเวช หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีเครือข่ายทางสังคมที่ดีอย่างเพียงพอ จะช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักและสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง คนรอบข้าง ตลอดจนชุมชนได้¹¹ จึงกล่าวได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อีกปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือความผูกพันต่อชุมชน ซึ่งความรู้สึกผูกพันต่อชุมชนเปรียบเสมือนพันธะทางสังคมที่เชื่อมโยงความรู้สึก

เป็นส่วนหนึ่งและสร้างแรงจูงใจในการอุทิศตนเพื่อประโยชน์ของส่วนรวมที่ตนอาศัยอยู่ โดยบุคคลที่มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและมีความผูกพันกับชุมชนมักมีแนวโน้มที่จะเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนและมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนมากกว่าบุคคลที่ไม่มีความผูกพันต่อชุมชน¹²⁻¹³ จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่กล่าวมาล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งการมีส่วนร่วมดังกล่าวตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff¹⁴ ครอบคลุมมิติการตัดสินใจ การดำเนินงาน ผลประโยชน์ และการประเมินผล

นอกจากปัจจัยด้านจิตสังคมดังกล่าวแล้ว พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้แก่ ระดับการศึกษา ส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต รวมถึงส่งผลต่อความมั่นใจในการแสดงความคิดเห็นและเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนด้วย¹⁵ การมีบทบาทในชุมชน เช่น การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้นำชุมชน ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปพร้อมกัน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนที่สุดและมีหน้าที่โดยตรงในการให้คำแนะนำ ส่งเสริมสุขภาพและประสานงานระหว่างครอบครัวผู้ป่วยกับหน่วยบริการสาธารณสุข¹⁶⁻¹⁷ ทั้งสองปัจจัยนี้จึงส่งผลต่อความรู้ทัศนคติ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีบทบาทหรือไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ส่วนระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน เป็นอีกปัจจัยส่วนหนึ่งที่มีเชื่อมโยงกับปัจจัยจิตสังคมโดยตรง เนื่องจากผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลานานมักมีความคุ้นเคยกับบริบทของชุมชนและมีเครือข่ายทางสังคมที่แน่นแฟ้นกว่า ผู้ที่เพิ่งย้ายเข้ามาอาศัยอยู่ในพื้นที่¹⁶⁻¹⁷ อาจกล่าวได้ว่ายิ่งบุคคลอาศัยอยู่ในชุมชนนานเท่าใดยิ่งมีแนวโน้มที่จะสร้างความผูกพันทางใจและเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมไปพร้อมกัน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนมากขึ้นตามลำดับ อันเป็นรากฐานสำคัญของความผูกพันต่อชุมชน

พื้นที่ชุมชนท่าสาป ต.ท่าสาป อ.เมือง จ.ยะลา มีประชากร 7,130 คน มีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองที่มีความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม โดยเป็นชุมชนที่มีประวัติศาสตร์ยาวนาน และได้รับการจัดกลุ่มเป็นชุมชนพหุวัฒนธรรมโดยศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร¹⁸ ในปีงบประมาณ 2567 พื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสาป พบว่า ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 32 คน ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ไม่รับประทานยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และบางรายมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย¹⁹ ทำให้อาการกำเริบ หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ผู้ป่วยเหล่านี้อาจก่อความรุนแรงหรือทำอันตรายต่อทรัพย์สินหรือคนในชุมชน ขณะเดียวกันหากชุมชนไม่ยอมรับและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยผู้ป่วยและครอบครัวก็จะไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในลักษณะแยกปัจจัยเป็นรายประเด็นและกระจายอยู่ในหลายพื้นที่ของประเทศ โดยบางส่วนมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับพื้นที่^{4-5,8} ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพัฒนารูปแบบที่มุ่งผลลัพธ์เชิงคลินิกและการจัดบริการเป็นหลัก เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง⁵ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจิตเวชสารเสพติด^{9,17} ไม่พบการศึกษาที่วิเคราะห์อิทธิพลร่วมกันของปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพจิต เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความผูกพันต่อชุมชนพร้อมกันในบริบทเดียว ทั้งที่ปัจจัยเหล่านี้มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน ดังที่ได้ทบทวนไว้ข้างต้น สำหรับบริบทพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้และพื้นที่พหุวัฒนธรรมนั้น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังมีอยู่อย่างจำกัดและมีลักษณะแตกต่างจากกรอบแนวคิดของการศึกษารั้วนี้ประเด็นแรกได้แก่ด้านวัตถุประสงค์และรูปแบบการศึกษา งานวิจัยที่พบ เช่น การพัฒนารูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีพหุวัฒนธรรม¹⁶ เป็นการศึกษาเชิงพัฒนารูปแบบที่มุ่งเน้น

ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นหลัก ประเด็นที่สองคือด้านกลุ่มประชากรเป้าหมาย งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเครือข่ายผู้ดูแลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น ญาติ ผู้นำชุมชน หรือทีมสหวิชาชีพ¹⁶ ซึ่งใกล้เคียงกับลักษณะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยพื้นที่อื่นที่ศึกษาความพร้อมของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายที่มีบทบาทอยู่แล้วเช่นกัน¹⁷ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ครอบคลุมถึงประชาชนในชุมชนที่ยังไม่มีบทบาทหรือประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน ตามกรอบแนวคิดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

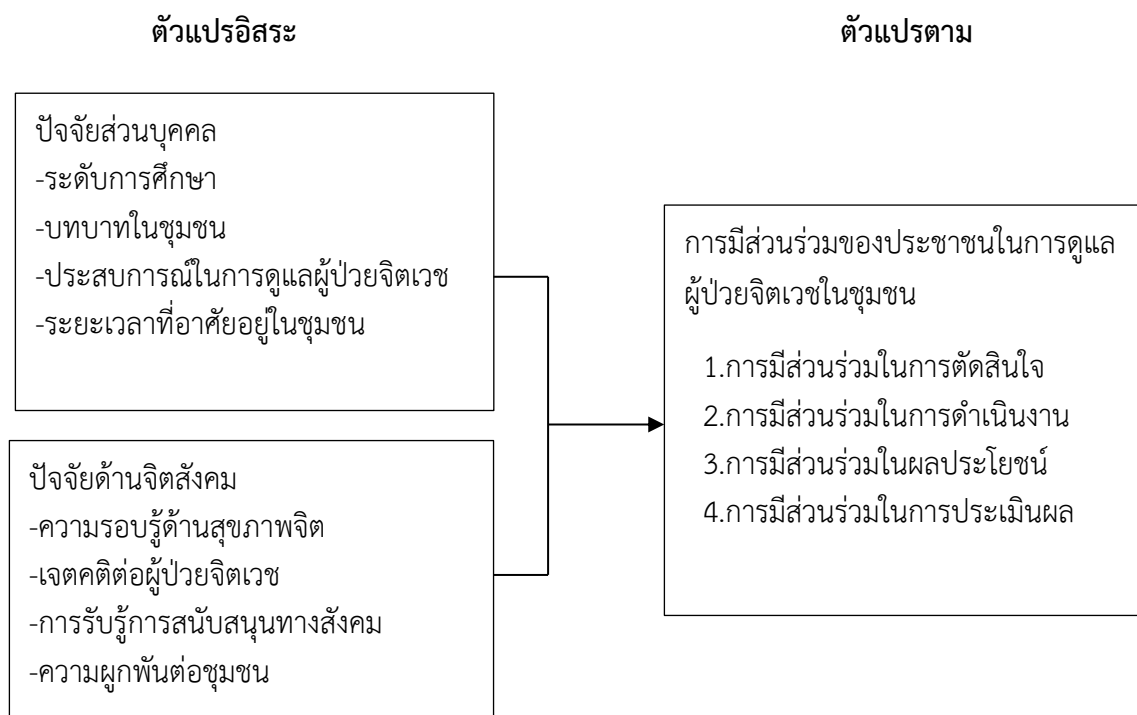
ด้วยช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าว พื้นที่ตำบลท่าสาป จังหวัดยะลา จึงเป็นพื้นที่ที่มีความเหมาะสมในการศึกษาประเด็นนี้ เนื่องจากเป็นชุมชนกึ่งเมืองพหุวัฒนธรรม และมีปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่การศึกษาในบริบทนี้จะช่วยเติมเต็มองค์ความรู้ในบริบทของพื้นที่ที่ยังมีการศึกษาจำกัด และผลการศึกษาที่ได้ อาจเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา บทบาทในชุมชน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เจตคติ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความผูกพันต่อชุมชนที่มีต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีบทบาททางสังคมของ Biddle²⁰ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen²¹ และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของ Jorm⁶ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาค้นคว้า โดยแนวคิดดังกล่าวอธิบายว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดความสามารถในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นเงื่อนไขของการรับบทบาทและการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในเวลาต่อมา ขณะที่ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนสัมพันธ์กับความคุ้นเคยต่อบริบทและเครือข่ายทางสังคมที่แน่นแฟ้น ซึ่งนำไปสู่การได้รับความไว้วางใจจนก้าวขึ้นสู่บทบาทในชุมชนตามทฤษฎีบทบาททางสังคมของ Biddle²⁰ ที่ระบุว่าบุคคลที่ดำรงตำแหน่งในชุมชนมีความคาดหวังทางสังคมผูกติดกับบทบาทและมีความไว้วางใจจากชุมชนเป็นทุนเดิม จึงมีแนวโน้มเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยมากกว่าประชาชนทั่วไป¹⁶⁻¹⁷ ส่วนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชช่วยลดระยะห่างทางทัศนคติระหว่างบุคคลกับผู้ป่วย และมีแนวโน้มส่งเสริมการเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยในชุมชนเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งภายใต้กระบวนการดังกล่าว ปัจจัยด้านจิตสังคมทำหน้าที่เป็นกลไกต่อเนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคล โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Jorm⁶ ซึ่งเป็นกระบวนการรับรู้และความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับเจตคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยจิตเวช⁷⁻⁸ อันเป็นปัจจัยกำหนดความตั้งใจเชิงพฤติกรรมโดยตรงตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen²¹ ขณะที่การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม¹⁰⁻¹¹ และความผูกพันต่อชุมชน¹²⁻¹³ ทำหน้าที่เป็นปัจจัยเสริมแรงที่ช่วยแปลงเจตคติเชิงบวกให้กลายเป็นแรงจูงใจที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ผู้วิจัยจึงกำหนดให้ปัจจัยตามกรอบแนวคิดดังกล่าวทั้งสองกลุ่มเป็นตัวแปรทำนาย และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff¹⁴ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินงาน ผลประโยชน์ และการประเมินผล เป็นตัวแปรตามในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่ออธิบายอำนาจการทำนายของปัจจัยดังกล่าวต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา บทบาทในชุมชน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพจิต เจตคติ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความผูกพันต่อชุมชน สามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนในตำบลท่าสาป จำนวน 1,493 คร้วเรือน

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Linear Multiple Regression: Fix Model, R^2 Deviation From Zero) กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง = 0.15 ตามแนวคิดของ Cohen²² ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานที่นิยมใช้ในงานวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่ากำลังการทดสอบ (Power) = .95 และจำนวนตัวแปรทำนาย 8 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 160 คน เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเก็บข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 20 เป็น 190 คน จากตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยสุ่มทุก 8 หลังคาเรือน เลือก 1 หลัง คาเรือน (N/n=7.86) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังต่อไปนี้ 1) มีอายุ 18 ปี - 60 ปี 2) สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี และ 4) เป็นสมาชิกในครัวเรือน

ที่พักอาศัยอยู่จริง ณ ขณะเก็บข้อมูล และสมัครใจให้ข้อมูลในฐานะตัวแทนครัวเรือน ทั้งนี้หากในครัวเรือนมีสมาชิกที่มีคุณสมบัติตามข้อ 1-3 มากกว่า 1 คน ผู้วิจัยจะเลือกผู้ที่อยู่บ้านและสะดวกให้ข้อมูล ณ ขณะนั้นเป็นตัวแทนครัวเรือน เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) เป็นผู้ป่วยจิตเวช 2) เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและงานสร้างสรรค์ในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา หมายเลข BCNYA 002/2567 เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2567 และเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2567 โดยผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ ขั้นตอน และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา บทบาทที่มีในชุมชน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน รวม 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหมด 44 ข้อประกอบด้วย

- 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ
- 2) เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 8 ข้อ
- 3) การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 8 ข้อ
- 4) ความผูกพันต่อชุมชน จำนวน 8 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับกำหนดน้ำหนักคะแนนของตัวเลือกสำหรับแบบสอบถามดังนี้ 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 เห็นด้วยน้อย 3 เห็นด้วยปานกลาง 4 เห็นด้วยมาก 5 เห็นด้วยมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตามแนวคิดของ Cohen และ Uphoff¹⁴ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ คือ

- 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ
- 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จำนวน 5 ข้อ
- 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ
- 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับกำหนดน้ำหนักคะแนนของตัวเลือกสำหรับแบบสอบถามดังนี้ 1 มีส่วนร่วมน้อยที่สุด 2 มีส่วนร่วมน้อย 3 มีส่วนร่วมปานกลาง 4 มีส่วนร่วมมาก 5 มีส่วนร่วมมากที่สุด

กำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย และการแปลผล ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 โดยคำนวณอัตราภาคชั้นจากสูตร $(5-1)/5 = 0.80$ แปลผลเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21–5.00 หมายถึง มากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41–4.20 หมายถึง มาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61–3.40 หมายถึง ปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81–2.60 หมายถึง น้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00–1.80 หมายถึง น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิต และจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในชุมชน จำนวน 2 ท่าน และได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 -1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับแก้ข้อคำถามให้เหมาะสมมากขึ้น

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช การสนับสนุนทางสังคม ความผูกพันต่อชุมชน และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้นำไปทดลองใช้กับประชาชนในตำบลท่าสาปจำนวน 30 คนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จากนั้นนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's' Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามทั้งหมด ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.89, 0.85, 0.83, 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสาป

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้คัดกรองคุณสมบัติเบื้องต้น ประสานงาน นัดหมายวันเวลา และนำทางไปยังครัวเรือนที่ถูกสุ่มตามบ้านเลขที่ ซึ่งได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ตัวแทนของครัวเรือนตามเกณฑ์การคัดเลือกและสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม

3. นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามที่ได้รับกลับมา และมีความสมบูรณ์ ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช การสนับสนุนทางสังคม ความผูกพันต่อชุมชน และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนาย โดยใช้สถิติถดถอยพหุ (Multiple regression) นำเข้าตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise) ทั้งนี้ก่อนวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัยได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของสถิติที่ใช้ดังนี้

1) การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณา จากกราฟ Normal probability plot พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่ มีการกระจายตัว อยู่รอบๆเส้นตรงค่อนข้างชัดเจน จึงสรุปได้ว่าลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

2) ทดสอบ ความแปรปรวนของค่า ความคลาดเคลื่อน คงที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ และข้อมูล ไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 3

3) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยพิจารณา จากค่า Tolerance ระหว่าง 0.31-0.94 และมีค่า VIF อยู่ ระหว่าง 1.06–3.19

4) ผลการทดสอบ Durbin-Watson มีค่าเท่ากับ 1.858 ซึ่งอยู่ในช่วง $dU < DW < 4-dU$ ($1.82 < 1.858 < 2.18$) แสดงว่าไม่พบปัญหาความสัมพันธ์ในตัวของค่าคลาดเคลื่อน (No Autocorrelation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.1 อายุเฉลี่ย 40.37 ปี ($SD = 9.98$, Min = 18 ปี, Max = 60 ปี) นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 97.4 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 28.9 รองลงมา คือ อนุปริญญา ร้อยละ 24.2 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.9 ไม่มีบทบาทหน้าที่หรือตำแหน่งในชุมชน และร้อยละ 73.7 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 28.05 ปี ($SD = 9.48$, Min = 1 ปี, Max = 60 ปี) โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 71.6 อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 20 ปี

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช การรับรู้สนับสนุนทางสังคม และความผูกพันต่อชุมชน พบว่า ตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความผูกพันต่อชุมชน ($M = 4.32$, $SD = 0.78$) รองลงมาคือ ความรู้ด้านสุขภาพจิต ($M = 4.17$, $SD = 0.82$) และตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช ($M = 3.71$, $SD = 0.88$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความผูกพันต่อชุมชน โดยรวม ($n=190$)

ปัจจัย	<i>M</i>	<i>SD</i>	แปลผล
ความรู้ด้านสุขภาพจิต	4.17	0.82	มาก
เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช	3.71	0.88	มาก
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	4.00	0.80	มาก
ความผูกพันต่อชุมชน	4.32	0.78	มากที่สุด

3. ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ($M = 3.98$, $SD = 0.67$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($M = 3.48$, $SD = 0.79$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยรวม ($n = 190$)

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	<i>M</i>	<i>SD</i>	แปลผล
1.การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.48	0.79	มาก
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	3.98	0.67	มาก
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์	3.92	0.73	มาก
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.51	0.83	มาก
รวม	3.73	0.78	มาก

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า บทบาทในชุมชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความผูกพันต่อชุมชน โดยตัวแปรอิสระทั้งหมด สามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้ร้อยละ 66.7 ($R^2 = .667$) โดยพบว่า เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้มากที่สุด ($\beta = .298, p < .001$) รองลงมา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ($\beta = .208, p < .001$) ความผูกพันต่อชุมชน ($\beta = .189, p < .001$) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .167, p < .005$) และ บทบาทในชุมชน ($\beta = .125, p < .001$) ตามลำดับ

จากสมการถดถอยพหุคูณสามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ ได้จากการวิเคราะห์ในตารางที่ 3 ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของประชาชน = $0.143 + 0.298$ (เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช) + 0.227 (ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต) + 0.225 (บทบาทในชุมชน) + 0.180 (ความผูกพันต่อชุมชน) + 0.175 (การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม)

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของประชาชน	B	SE	Beta	t	p-value	95%CI
ค่าคงที่	0.143	0.213		0.672	0.502	(-0.277, 0.564)
เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช	0.298	.067	0.298	4.466	<.001	(0.061, 0.389)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	0.227	.081	0.208	2.794	0.006	(0.067, 0.387)
ความผูกพันต่อชุมชน	0.180	.065	0.189	2.743	0.007	(0.024, 0.326)
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	0.175	.077	0.167	2.287	0.023	(0.050, 0.309)
บทบาทในชุมชน	0.225	.083	0.125	2.710	0.007	(0.166, 0.429)
R = 0.817, $R^2 = 0.667$, Adjusted $R^2 = 0.66$, F = 73.743, p < 0.001						

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เจตคติ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความผูกพันต่อชุมชน สามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ โดยตัวแปรทั้งหมดในสมการร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการมีส่วนร่วมได้ถึงร้อยละ 66.7 ($R^2 = .667$) เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen²¹ ที่อธิบายว่าเจตคติเป็นตัวกำหนดความตั้งใจเชิงพฤติกรรมโดยตรง กล่าวคือ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระดับชุมชน สิ่งสำคัญคือต้องส่งเสริมให้คนในชุมชนเกิดทัศนคติที่ดีและลดการตีตราผู้ป่วยจิตเวช เพราะทัศนคติที่ดีจะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมและสังคมที่เอื้ออาทร ทำให้กระบวนการฟื้นฟูสุขภาพจิตใจของผู้ป่วยดำเนินไปด้วยดี ในทางตรงข้าม ทัศนคติที่ไม่ดีและการตีตราจะทำให้เกิดความยากในการจัดการดูแลและได้รับความร่วมมือจากชุมชนน้อย^{4,8} สอดคล้องกับกลยุทธ์ 3C (Client-Caregiver-Community)²³ ในองค์ประกอบด้าน Community

ตามสโลแกน “ยอมรับ ช่วยกัน ปันโอกาส” ที่ให้ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติของชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ให้เกิดการยอมรับว่าการเจ็บป่วยทางจิตไม่ใช่เรื่องส่วนบุคคล แต่เป็นปัญหาที่ชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมร่วมกับชุมชนและสามารถพึ่งตนเองได้²⁴ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของพิชามญช์ ปุณโณท²⁵ ที่พบว่าความพร้อมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสัมพันธ์กับทัศนคติที่มีต่อความสามารถในการฟื้นตัวของผู้ป่วยโดยตรง

เมื่อพิจารณาบริบทเฉพาะของพื้นที่ศึกษาซึ่งเป็นชุมชนพหุวัฒนธรรม ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่าเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชเป็นปรากฏการณ์ทางจิตสังคมที่มีความซับซ้อนและเกิดจากปัจจัยหลายด้านประกอบกันมิใช่ผลจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงลำพัง ดังที่ Corrigan and Penn²⁶ อธิบายว่าเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชได้รับอิทธิพลร่วมจากทั้งระดับความรู้ ประสบการณ์ตรง บรรทัดฐานทางสังคม และบริบททางวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ ดังนั้นปัจจัยด้านความเชื่อและหลักคำสอนทางศาสนาจึงควรได้รับการพิจารณาในฐานะหนึ่งในหลายปัจจัยเชิงบริบทที่อาจมีส่วนเกื้อหนุนเจตคติเชิงบวก ควบคู่ไปกับปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพจิตและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่พบมีอิทธิพลในการศึกษาครั้งนี้ ความเชื่อความศรัทธาและการตีตรามีลักษณะเป็นปฏิสัมพันธ์ร่วม (interaction effect) กล่าวคือ ความเชื่อความศรัทธาจะส่งผลเชิงบวกต่อทัศนคติการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตได้ชัดเจน ก็ต่อเมื่อระดับการตีตราในสังคมนั้นอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง แต่หากสังคมนั้นยังมีระดับการตีตราสูง อิทธิพลเชิงบวกดังกล่าวจะอ่อนลงอย่างมีนัยสำคัญ²⁷ ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า การตีตราเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้และเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดว่าทุนทางสังคมและวัฒนธรรมในพื้นที่หนึ่ง ๆ จะถูกแปลงเป็นเจตคติเชิงบวกและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมได้มากน้อยเพียงใด สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลควบคู่ไปกับเจตคติ จึงอาจกล่าวได้ว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในชุมชนไม่เพียงลดการตีตราโดยตรงเท่านั้น แต่ยังเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีอยู่เดิมในพื้นที่สามารถส่งผลเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างเต็มศักยภาพมากยิ่งขึ้น

ความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลรองลงมา ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Jorm⁶ ที่อธิบายว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นสมรรถนะพื้นฐานที่ทำให้บุคคลตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดี และสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง คนรอบข้าง ตลอดจนคนในชุมชนได้ ความรู้ที่ครอบคลุมทั้งความรู้ ความเข้าใจ และแนวทางการขอความช่วยเหลือ จะช่วยลดความกลัวและกระตุ้นให้คนในชุมชนเกิดความเชื่อมั่นในการเข้ามามีส่วนร่วมในฐานะเครือข่ายเฝ้าระวังทางสุขภาพจิต แทนการปล่อยให้เป็นการละเลยของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเดียว^{5,18} สอดคล้องกับที่เปรมฤดี ดำรักษ์ และปรียา ทองประไพ²⁸ พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและความจำเป็นในการรับประทานยาแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชนเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดยะลา ส่งผลให้พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่าความรู้ที่ถูกต้องไม่เพียงเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลเท่านั้น แต่ยังเป็นฐานสำคัญที่ทำให้บุคคลรอบข้างในชุมชนกล้าเข้ามามีส่วนร่วมดูแลมากขึ้นด้วย⁹

ความผูกพันต่อชุมชนมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในลำดับถัดมา สามารถอธิบายได้ว่าการที่บุคคลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนเป็นทุนทางสังคมที่นำไปสู่ความรับผิดชอบร่วมกันในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน⁵ ในบริบทพื้นที่พหุวัฒนธรรมที่ศึกษา ความผูกพันต่อชุมชนอาจได้รับการเสริมหนุนผ่านสถาบันทางศาสนา ซึ่งเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวนีย์ เข้มพุดชา¹¹ ที่พบว่าต้นทุนทางวัฒนธรรมของชุมชนผ่านผู้นำศาสนาสามารถสร้างพลังความร่วมมือในการดูแลและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชได้ นอกจากนี้ ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้ พื้นที่ตำบลท่าสาปประสบเหตุการณ์อุทกภัย ซึ่งก่อให้เกิดการรวมตัวช่วยเหลือกันของคนในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม เหตุการณ์ดังกล่าว

น่าจะเป็นอีกปัจจัยเชิงบริบทหนึ่งที่มีส่วนกระตุ้นให้ความรู้สึกผูกพันต่อชุมชนของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าภาวะวิกฤตหรือภัยพิบัติร่วมกันมักเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของคนในชุมชนอย่างเข้มข้นกว่าสถานการณ์ปกติ

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเช่นกัน ตามแนวคิดของ Thoits¹⁰ เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีผู้สนับสนุนหรือช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย กำลังใจ หรือ ทรัพย์สิน จะช่วยให้บุคคลนั้นมีความตั้งใจและทำสิ่งนั้นอย่างต่อเนื่อง แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรด้านสุขภาพ²⁹ เช่นเดียวกับที่เปรมฤดี ดำรักษ์ และปรียา ทองประไพ²⁸ พบว่า “จิตอาสา” ซึ่งเป็นเพื่อนบ้านหรือ อสม. ในพื้นที่ มักเสนอตัวเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยจิตเวช ให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์ภายหลังจากที่ทีมพยาบาลและบุคคลภายนอกเข้าไปทำงานในชุมชน สะท้อนว่าเพื่อนบ้านในพื้นที่ส่วนใหญ่ไม่ได้รังเกียจผู้ป่วยตั้งแต่แรก เพียงแต่ยังไม่มีช่องทางหรือความมั่นใจที่จะเข้าไปมีส่วนร่วม เมื่อมีกลไกสนับสนุนที่ชัดเจนจากหน่วยงานภายนอกเข้ามาเป็นตัวเชื่อมความรู้สึกได้รับการสนับสนุนของทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และคนในชุมชนก็จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมที่ประชาชนได้รับนั้น ครอบคลุมถึงการได้รับคำแนะนำและกำลังใจจากผู้นำชุมชนและพระสงฆ์ ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแล ตามรูปแบบการจัดระเบียบชุมชนที่เน้นการเกื้อกูลกันในมิติทางจิตวิญญาณ¹¹ สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของพื้นที่ชุมชนมุสลิม ที่เชื่อมโยงกับหลักการทางศาสนาได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เสมือนการปฏิบัติตามหลักเมตตาธรรมในอิสลาม เป็นการให้ซอดาเกาะห์ (Sadaqah) คือ การบริจาคทาน หรือ “การให้ด้วยความสมัครใจ” เพื่อเสริมสร้างความเมตตาและความเป็นหนึ่งเดียวในสังคม การกระทำนี้ไม่จำกัดเฉพาะการบริจาคเงินหรือทรัพย์สินเท่านั้น แต่หมายรวมถึงความช่วยเหลือด้านกำลังใจ กำลังใจ ตลอดจนความกรุณาปรานี เพื่อความดีงาม เกิดประโยชน์แก่ผู้อื่นและส่วนรวม³⁰ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัว หรือบุคลากรสาธารณสุข ถือเป็นจุดแข็งของการสร้างความมีส่วนร่วมในชุมชน การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพื้นที่ที่ศึกษานี้คือการที่พื้นที่ตำบลท่าสาปเป็นพื้นที่ดำเนินงานหลักของโครงการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในมิติของการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่คนในชุมชนได้รับรู้ผ่านกิจกรรมบริการวิชาการของวิทยาลัย

สำหรับบทบาทในชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลเพียงด้านเดียวที่ปรากฏในสมการถดถอย สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีบทบาททางสังคมของ Biddle²⁰ ที่ว่าบุคคลที่ดำรงตำแหน่งหรือมีบทบาทหน้าที่ในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความคาดหวังทางสังคมผูกติดกับบทบาทและมีความไว้วางใจจากชุมชนเป็นทุนเดิม จึงมีแนวโน้มเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยมากกว่าประชาชนทั่วไป จากการศึกษาพบว่าคนที่บุคคลมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนที่ร่วมมือกันในการช่วยเหลือและควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยเพื่อนำตัวไปบำบัดรักษา¹⁷ และมีการศึกษาที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเป็นกลุ่มที่ทราบข้อมูลผู้ป่วย มีความรู้สึกสงสาร ไม่รังเกียจผู้ป่วย และเป็นกลุ่มแรกที่เสนอตัวเข้าช่วยเหลือเมื่อมีโอกาส²⁸ แสดงให้เห็นว่าบทบาทที่มีอยู่เดิมในชุมชนของ อสม. เป็นทุนทางสังคมสำคัญที่ทำให้การเข้าถึงและมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าประชาชนทั่วไปที่ไม่มีบทบาทดังกล่าว อาจสรุปได้ว่าการที่บุคคลมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้น ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนแทนที่จะมุ่งเน้นการให้ความรู้หรือปรับเจตคติแก่ประชาชนทั่วไปในวงกว้างเพียงอย่างเดียว การดึงกลุ่มผู้มีบทบาทในชุมชนเข้ามาเป็นแกนนำหรือต้นแบบของโครงการตั้งแต่

ระยะเริ่มต้น น่าจะเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพมากกว่ากลยุทธ์หนึ่งเพราะในบริบทของพื้นที่ของจังหวัดชายแดนใต้ นั้น ผู้นำศาสนา และผู้นำชุมชนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ เป็นบุคคลที่ชาวบ้านให้ความเชื่อถือ หากบุคคลเหล่านี้ เป็นแกนนำหรือเข้าร่วมดำเนินการแล้วจะช่วยสร้างความร่วมมือในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ เป็นอย่างดี

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรนำมาพิจารณาในการตีความและนำไปใช้ ประการแรก การวิจัย ดำเนินการเฉพาะในพื้นที่ตำบลท่าสาป จังหวัดยะลา ซึ่งมีบริบทเฉพาะด้านสังคม ศาสนา และวัฒนธรรมของ พื้นที่ชายแดนใต้ ผลการวิจัยจึงอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกันได้โดยตรง ประกอบกับ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางที่เก็บข้อมูลเพียงช่วงเวลาเดียวและยังไม่ครอบคลุมปัจจัยด้านอื่น ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น สิ่งแวดล้อม การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต หรือการรับรู้ความสามารถของตนเอง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของตัวแปรได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้มาจากการ ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคคลที่กลุ่มตัวอย่าง รู้จักคุ้นเคย อาจส่งผลให้อัตราการตอบกลับสูงถึงร้อยละ 100 และคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรหลักอยู่ในระดับสูง เกือบทุกตัว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจตอบตามความคาดหวังของสังคมหรือความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้เก็บ ข้อมูลมากกว่าสะท้อนความเป็นจริงอย่างอิสระ และการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ระยะเวลานานยังเกิดขึ้นในช่วง ที่พื้นที่ศึกษาประสบเหตุการณ์อุทกภัยซึ่งกระตุ้นให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันของคนในชุมชนอย่างเข้มข้น จึงอาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนเชิงสถานการณ์ที่ทำให้คะแนนความผูกพันต่อชุมชนและการรับรู้การสนับสนุน ทางสังคมสูงกว่าสภาวะปกติทั่วไป อย่างไรก็ตาม แม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าว ผลการวิจัยนี้ยังสามารถนำไปใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพจิตของประชาชนในบริบทพื้นที่ พหุวัฒนธรรมระดับชุมชนต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต เสริมสร้างเจตคติเชิงบวก ต่อผู้ป่วยจิตเวชให้กับประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ ผู้ป่วยจิตเวช และลดการตีตราทางสังคม (stigma) และนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่เพิ่มขึ้นผ่านการจัดกิจกรรมที่ให้ประชาชนในชุมชนได้มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยจิตเวชที่อาการสงบแล้ว ภายใต้การดูแลของทีมสุขภาพ แทนการให้ความรู้ผ่านสื่อเพียงอย่างเดียว ควบคู่กับการเสริมความรู้ ด้านสุขภาพจิตให้แก่กลุ่ม อสม. ในพื้นที่เป็นกลุ่มแรก เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีบทบาทในชุมชนอยู่แล้วและมีศักยภาพในการถ่ายทอดความรู้ต่อไปยังประชาชนกลุ่มอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านนโยบาย ควรสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในการเป็นเครือข่ายการสนับสนุนทาง สังคมในระดับชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา และหน่วยงาน ท้องถิ่น เพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้มแข็งและต่อเนื่อง ตลอดจนเสริมสร้างความรู้สึกผูกพันต่อ ชุมชนจะช่วยทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักและมีแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ หรือการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุม เกี่ยวกับมุมมองและบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของประชาชน ที่อาจไม่สามารถอธิบายได้ด้วยข้อมูล เชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว

2. ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต แรงจูงใจ อุปสรรค และปัจจัยทางวัฒนธรรม เพื่อให้โมเดลการอธิบายมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และสามารถสะท้อนบริบทของชุมชนได้

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาและทดสอบรูปแบบหรือโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน โดยจัดกระทำเกี่ยวกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การปรับเปลี่ยนเจตคติ และการพัฒนาเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทจริงได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสาป และกลุ่มตัวอย่างประชาชนทุกท่านที่ได้เอื้ออำนวยและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 14].
Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2568: เกิดน้อยกู้ไม่กลับ ต้องปรับและรับมืออย่างไร. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2568.
3. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชจังหวัดยะลา [อินเทอร์เน็ต]. 2569 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก:
<https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/host.asp?id=95&nyear=2564>
4. ปรียาภัสสร เหล็กเพชร, กฤษฎา เหล็กเพชร, จันทิมา นวมะวัฒน์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเก่าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2567;6:164-77.
5. นิภากร อึ้งเจริญชนกิจ, โชคนิธิพัฒน์ วิสุญ. การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพฤติกรรมรุนแรง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2568;6:408-19.
6. Jorm AF. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. Br J Psychiatry 2000;177:396–401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396.
7. Sampaio F, Gonçalves P, Sequeira C. Mental health literacy: It is now time to put knowledge into practice. Int J Environ Res Public Health 2022; 19:7030. doi: 10.3390/ijerph19127030
8. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, กรมสุขภาพจิต. แนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชน. นนทบุรี: ปิยอนด์พับลิชชิง; 2565.

9. อัญชลิกา ภูมิรัชฎากุล, เปรมยุดา ธรรมขันธา, ทวีชัย คำเพ็ญ, มาลี อาหิ, จิรนนท์ เฉิน, พรสินี สีนา. การพัฒนารูปแบบการเชื่อมประสานการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอแม่จัน. เชียงราย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย; 2567.
10. Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Soc Behav* 1982;23:145-159.
11. เสาวนีย์ เข้มพุดชา. รูปแบบการจัดระเบียบชุมชนเพื่อการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยองค์กรสงฆ์. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2561;26:220-32.
12. McMillan DW, Chavis DM. Sense of community: A definition and theory. *J Community Psychol* 1986;14:6-23.
13. บุษมาศ มาตงามเมือง, พบสุข ชำของ. ความผูกพันต่อชุมชนในบริบทแบบชุมชนกึ่งเมือง: กรณีศึกษาชุมชนบ้านท่าตูม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการธรรมทศน์* 2562;19:13-22.
14. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's Place in Rural Development: Seeking Clarity through Specificity. *World Development*. Ithaca, NY: Cornell University; 1980.
15. วนิดา รุ่งโยธิน. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนของเทศบาลตำบลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
16. ณัฐติกา ชูรัตน์, มุสลิมห์ โตะแปเราะ, ประเสริฐ ไพบุลยรุ่งโรจน์, สุกัญญา เทพโซ๊ะ, นิรุสณีย์ อากาจิ. รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีพุทธวัฒนธรรม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์* 2563;12: 213-28.
17. กิรติยา อุ่นเจริญ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด. *วารสารสังคมภิวัตน์* 2561;9:41-60.
18. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน). ทำสาป [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://wikicomunity.sac.or.th/community/752>.
19. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสาป. เวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต ตำบลท่าสาป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ปีงบประมาณ 2567 [ข้อมูลปฐมภูมิ]. ยะลา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสาป; 2567.
20. Biddle BJ. Role theory: expectations, identities, and behaviors. New York: Academic Press; 1979.
21. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991;50:179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T.
22. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
23. พิษญา วัฒนการุณ, กังสดาล จิรอุไรพงศ์, สวัสดิ์ เทียงธรรม, ณภัทร วรกรอมรเดช, ปราณีต ชุมพุกธา, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน: สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. นนทบุรี: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2559.

24. กัญชลิดา แฉ่งตาโทน, ธวัชชัย เต็มใจ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลตูม อำเภอปรังค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข 2569;6:1-19.
25. พิชามญช์ ปุณโณทก. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562.
26. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol* 1999;54:765-76. doi: 10.1037/0003-066X.54.9.765
27. Fekih-Romdhane F, Daher-Nashif S, Stambouli M, Alhuwailah A, Helmy M, Shuwiekh HAM, et al. Mental illness stigma as a moderator in the relationship between religiosity and help-seeking attitudes among Muslims from 16 Arab countries. *BMC Public Health*. 2023;23:1671. doi: 10.1186/s12889-023-16622-7
28. เปรมฤดี ดำรักษ์, ปรียา ทองประไพ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับ ประทานยาตามเกณฑ์การรักษาในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดยะลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัย พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2562;6(ฉบับพิเศษ):29-42.
29. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ณัฐชา พลาชีวะ, วินัย ไตรนาทวัลย์, ปรีศนา บุญประดิษฐ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. เชียงใหม่เวชสาร 2565;61:163-72.
30. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). ขอดาเกาะห์ การบริจาทานที่เป็นมากกว่าการแสดงความเมตตา [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 24 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unhcr.org/th/sadaqah>.