

การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ประภัศรา เข้มเงิน, พย.ม.*

สุทธิพร มุลศาสตร์, ส.ด.**

รังสิมันต์ สุนทรไชยา, ประ.ด.***

Received: April 14, 2025

Revised: November 28, 2025

Accepted: December 5, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน 2) ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนต่ออาการทางจิต ทักษะการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลฯ โดยการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 16 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชน 17 คน ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบฯ การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว 10 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชน 45 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินอาการทางจิต ทักษะการดำรงชีวิต และแบบสอบถามการมีส่วนร่วม หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า .90-1.00 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า .94-.99 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เนื้อหา และสถิติทดสอบ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน มี 2 ระยะ (1) ระยะฉุกเฉิน (2) ระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ ภาคีเครือข่าย ได้แก่ ครอบครัว ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วย ตำรวจ พระสงฆ์ บุคลากรสาธารณสุข ปลัดอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระยะฉุกเฉินทำหน้าที่ประเมินปัญหาและส่งต่อรักษา ระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ ทำหน้าที่ตามรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น 2) ภายหลังใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลฯ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตลดลงน้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ทักษะการดำรงชีวิตและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=3.32, p=0.009, t=-2.84, p=0.01, t=-27.69, p=0.00$) ดังนั้นรูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นได้

คำสำคัญ: รูปแบบเครือข่ายการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท ชุมชน

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: sutteeporn@yahoo.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Development of a Community-Based Network of Care Model for Schizophrenia Patients

Prapassara Khemngoen, M.N.S.*

Sutteeporn Moolsart, Dr.P.H.**

Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D.***

Abstract

This research and development aims to: 1) develop a community-based network model for schizophrenia care and 2) study the outcomes of this model on schizophrenia symptoms, life skills, and community network partner collaboration. The research was conducted in two phases: Phase 1 involved developing the care network model through focus group discussions and content analysis. The sample was purposively selected and included 16 caregivers of schizophrenia patients and 17 community network partners. Phase 2 examined the outcomes of using the model through a single-group pre- and post-experimental design. The sample included 10 patients and their families and 45 community network partners. Research instruments included semi-structured interviews, mental status assessments, life skills assessments, and participation questionnaires. Content validity was found to be between .90 and 1.00, and Cronbach's alpha coefficient of reliability was between .94 and .99. Data analysis used descriptive statistics, content analysis and paired t-tests.

The research findings indicate that 1) the community-based network model for schizophrenia care has two phases: (1) the emergency phase and (2) the maintenance or stabilization phase. Network partners include family, village head or assistant, police, monks, public health personnel, district officer, local administrative organization, and emergency medical services. The emergency phase assesses problems and refers patients for treatment, while the maintenance or stabilization phase implements the activities developed in the model. 2) After using the network care model, patients with schizophrenia showed fewer psychiatric symptoms, better life skills, and network partners were more involved than before using the model, with statistically significant differences at the .05 level. ($t=3.32$, $p = 0.009$, $t = -2.84$, $p = 0.01$, $t = -27.69$, $p = 0.00$). Therefore, the community-based network model for schizophrenia care can be scaled up to other areas.

Keywords: Model care network, Schizophrenia patients, Community

* Students in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand

**Associate Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand;
Corresponding Author E-mail: sutteeporn@yahoo.com

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, Thailand

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมอย่างรอบด้าน องค์การอนามัยโลกมีรายงานว่าอัตราความชุกทั่วโลกเฉลี่ยร้อยละ 1 ของประชากร และพบมากในช่วงอายุ 15–30 ปี ในเขตพื้นที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงประเทศไทยมีอัตราความชุกอยู่ที่ร้อยละ 0.25–0.5 และภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 พบว่ามีประชากรกว่า 792 ล้านคน ได้รับผลกระทบด้านการเข้าถึงบริการยังไม่ทั่วถึงโดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง (World Health Organization [WHO], 2025) ประเทศไทยมีผู้ที่เคยประสบปัญหาสุขภาพจิตกว่า 13.4 ล้านคน โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงพบมากที่สุดในช่วงอายุ 18–24 ปี จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ระหว่างปี 2564–2566 พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับ 847.7, 863.3 และ 822.6 ต่อแสนประชากร โดยเขตสุขภาพที่มีอัตราสูงสุดได้แก่ เขต 9, 8, 7, 4 และ 10 ซึ่งเขตสุขภาพที่ 10 มีอัตราป่วยเฉลี่ยมากกว่า 1,100 ต่อแสนประชากร (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี, 2565) จังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราการป่วยด้วยโรคจิตเภทสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 10 โดยปี 2564–2566 พบอัตราป่วย 1,350.5, 1,446.0 และ 1,483.5 ต่อแสนประชากร ตามลำดับโดยเฉพาะอำเภอโขงเจียม แม้จะเป็นอำเภอขนาดเล็กแต่มีอัตราป่วยสูงถึง 1,091.7 ต่อแสนประชากร ในปีล่าสุดสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งระดับเขตและประเทศ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2567) ปัจจุบันอำเภอโขงเจียมมีผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 185 ราย ร้อยละ 0.63 พบว่าอาการทางจิตกำเริบซ้ำบ่อยครั้งและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ร้อยละ 5.94 (11 ราย) สาเหตุส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้นทำให้เสี่ยงต่อการทางจิตกำเริบซ้ำ ครอบครัวต้องแบกรับภาระการดูแล ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมตามลำดับ ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเฉลี่ยอยู่ที่ 31,000 บาทต่อคนต่อปี โดยครึ่งหนึ่งเป็นค่ายาและค่ารักษาโดยตรง (โรงพยาบาลโขงเจียม, 2567)

ปัจจุบันอำเภอโขงเจียมได้มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่ภายใต้การบริหารขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับชุมชนทั้งในด้านการบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการดูแลรักษา และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (โรงพยาบาลโขงเจียม, 2567) นอกจากนี้ยังพบว่าในพื้นที่ยังขาดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะฉุกเฉินเมื่อเกิดปัญหาหรืออาการกำเริบที่ต้องได้รับการดูแลทันทีในชุมชน ทำให้การเข้าถึงบริการทางสุขภาพในสถานการณ์เร่งด่วนยังไม่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันการดูแลในระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ซึ่งควรมุ่งเน้นการป้องกันอาการทางจิตกำเริบและส่งเสริมทักษะการดำรงชีวิต ผู้ป่วยยังขาดการดำเนินการอย่างเป็นระบบ และครอบคลุมในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ อีกทั้งยังขาดรูปแบบการดำเนินงานการมอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งการขาดกลไกเหล่านี้ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับพื้นที่ไม่สามารถดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จากปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความต้องการการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยองค์กรหลักในชุมชนประกอบด้วย ภาครัฐ ภาคประชาชน ผู้นำท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานรัฐ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม (ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร, 2561) ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในการดูแลด้านร่างกาย และจิตใจ การลดสิ่งกระตุ้นในสิ่งแวดล้อมและส่งต่อข้อมูลให้กับชุมชนหรือโรงพยาบาล ภาคีเครือข่าย

ร่วมติดตามและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่ยังคงขาดการมอบหมายบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน (กำทร ดานา, 2564) การมอบหมายบทบาทชัดเจนจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามอาการ การส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่อง รวมไปถึงการประเมินอาการได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ช่วยป้องกันการกำเริบของอาการทางจิต แต่ยังคงขาดรูปแบบการดูแลในระยะฉุกเฉินและระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่อย่างครบถ้วน (กนกศรี จาดเงิน และ ศิพัฒน์กร เชื้อภักดี, 2565) การดูแลครอบคลุมทั้งสองระยะจะช่วยจัดการภาวะฉุกเฉินและส่งเสริมทักษะการดำรงชีวิตต่อเนื่อง รูปแบบการดูแลต่อเนื่องเป็นการบูรณาการระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และภาคีเครือข่ายในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมมือในการรักษาและส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่ยังคงขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ (มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ และคณะ, 2566) และปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบดังกล่าวเกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของหทัยกาญจน์ เสียงเพระ (2564) โควตา และไอแซค (2022) ธัญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์ และคณะ (2566) มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ และคณะ (2566) และรัศมี ชุตินิมา (2565) ที่ต่างยืนยันว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถลดอาการทางจิต เพิ่มทักษะการดำรงชีวิต และเสริมพลังการทำงานร่วมกันในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนควรดำเนินการแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภายใต้การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและวางแผนการดูแลร่วมกันทั้งในระยะฉุกเฉินและระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อาการทางจิตดีขึ้น ทักษะการดำรงชีวิตเพิ่มขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น แม้ว่าจะมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน อย่างไรก็ตามในการพัฒนานั้นยังไม่พบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งในระยะฉุกเฉิน และระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ จึงมีความสำคัญและจำเป็นในการวิจัยและพัฒนาารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยนำแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพจิตที่ครอบคลุมเครือข่ายบริการขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เพื่อลดอาการทางจิต ส่งเสริมทักษะการดำรงชีวิตภายใต้ระบบเครือข่ายการดูแลที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนต่ออาการทางจิตและทักษะการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน

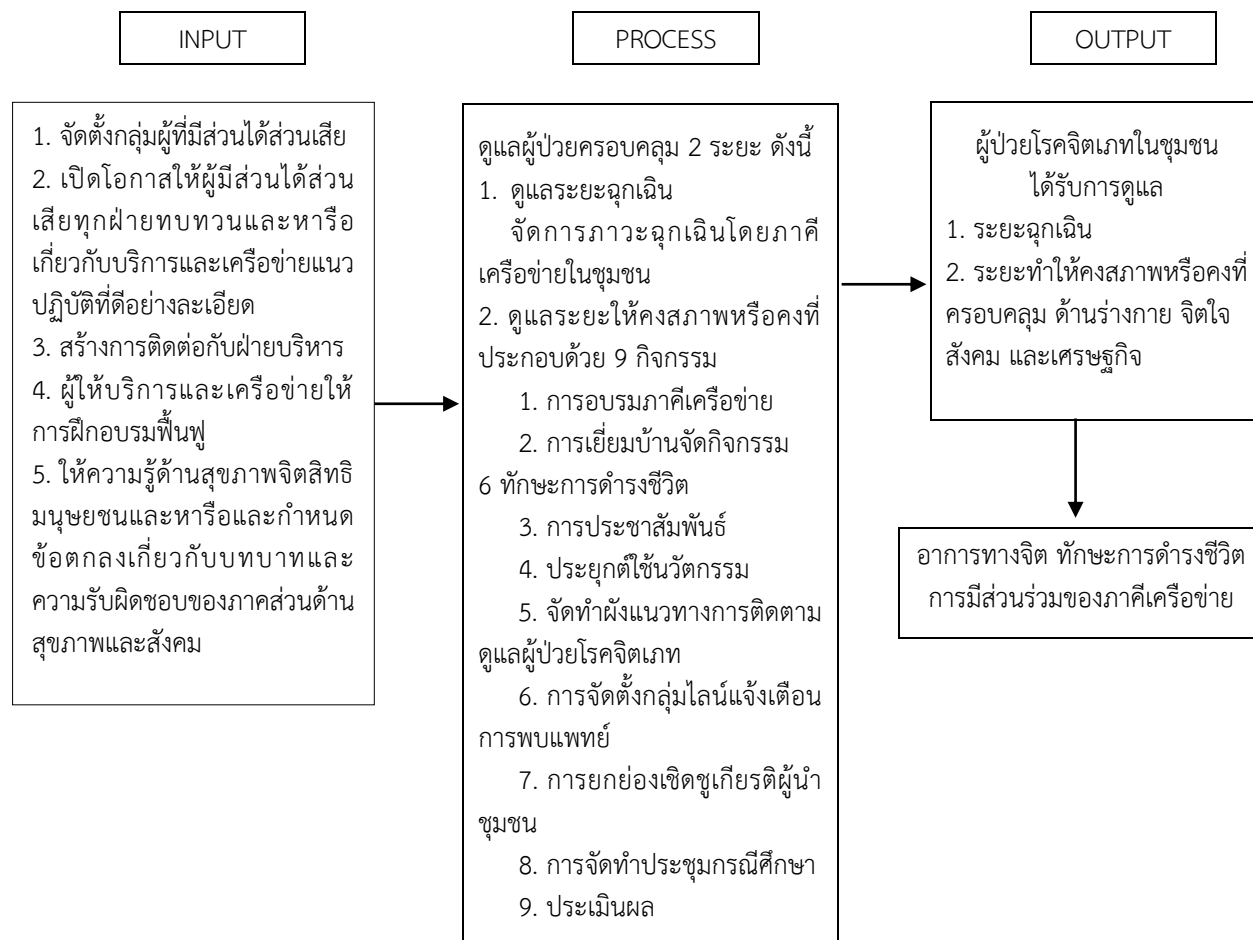
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ใช้แนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพจิตที่ครอบคลุมเครือข่ายบริการขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) โดยมีหลักการสำคัญ ได้แก่ 1) จัดตั้งกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย 2) เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายทบทวนและหารือเกี่ยวกับบริการและเครือข่ายแนวปฏิบัติที่ต่ออย่างละเอียด 3) สร้างการติดต่อกับฝ่ายบริหาร 4) ผู้ให้บริการและเครือข่ายให้การฝึกอบรมฟื้นฟู และ 5) ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต สิทธิมนุษยชน และหารือและกำหนดข้อตกลงเกี่ยวกับบทบาทและความรับผิดชอบของภาคส่วนด้านสุขภาพและสังคม นำสู่การพัฒนาเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบครอบคลุม 2 ระยะ คือ 1) ระยะฉุกเฉิน โดยอาศัยกลไกเครือข่ายชุมชนในการจัดการภาวะวิกฤต 2) ระยะให้คงสภาพหรือคงที่ ซึ่งดำเนินกิจกรรมพัฒนาอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การอบรมภาคีเครือข่าย การเยี่ยมบ้าน

การส่งเสริมทักษะการดำรงชีวิต 6 ด้าน การประชาสัมพันธ์ การใช้นวัตกรรม จัดทำผังแนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การจัดตั้งกลุ่มไลน์แจ้งเตือนการพบแพทย์ การยกย่องเชิดชูเกียรติผู้นำชุมชน การประชุมกรณีศึกษา และการประเมินผล ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลทั้งในระยะฉุกเฉินและระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่อย่างครอบคลุม ส่งผลให้อาการทางจิตลดลง ทักษะการดำรงชีวิตดีขึ้น และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1

แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการวิจัยในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1) ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ขั้นที่ 1 การค้นหาปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ในระยะฉุกเฉิน และระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ (R1: research ครั้งที่ 1)

- การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยการสนทนากลุ่ม (focus group)

- ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 16 คน การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในอำเภอโขงเจียม 2) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป 3) สามารถพูดฟังภาษาไทยได้ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อการระบวนการคิด การจำ การถามตอบ เกณฑ์คัดออกคือ ขอลถอนตัวออกจากการวิจัยหรือเข้าร่วมวิจัยไม่ต่อเนื่อง

- วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) นำข้อค้นพบที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความต้องการการดูแลทั้งระยะฉุกเฉิน และระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ดำเนินการวันที่ 27 ธันวาคม 2567 ข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน 4 ด้าน ได้แก่ ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ ด้านสังคม และเศรษฐกิจ ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะฉุกเฉิน (acute) 2) ระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ (stabilization or maintenance) รวมไปถึงผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีคำถามหลักคือ ท่านมีการดูแลตนเองและจัดการปัญหาอย่างไร และต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมในด้านใดบ้างจากหน่วยงานใด และจะดำเนินการประสานงานอย่างไร

ขั้นที่ 2 พัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน (D1: development ครั้งที่ 1) โดยดำเนินการดังนี้

1) นำเสนอปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

2) ระดมสมองทีมพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนและมอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงาน

- การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยการระดมสมองทีมพัฒนารูปแบบ

- ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 17 คน การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในอำเภอโขงเจียม 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3) สามารถพูดฟังภาษาไทยได้ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อการระบวนการคิด การจำ การถามตอบ เกณฑ์คัดออกคือ ขอลถอนตัวออกจากการวิจัยหรือเข้าร่วมวิจัยไม่ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นที่ 2 พัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ดำเนินการ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ 30 ธันวาคม 2567 ครั้งที่ 2 วันที่ 7 มกราคม 2568

1. นำเสนอข้อมูลปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ครอบคลุมปัญหาทั้ง 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะฉุกเฉิน ปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ เติ้น่งน่าน ไม่หลับไม่นอน บาดแผลตามร่างกายจากการต่อสู้ อาการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัว ใช้สารเสพติด อาการทางจิตกำเริบหวาดระแวงคนในครอบครัว ด้านจิตใจเป็นอาการทางจิต ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ด้านสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการ

รักษาโรค 2) ระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ ปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ ความบกพร่องในการดูแลตนเอง ผลข้างเคียงจากรักษาโรค ปวดกล้ามเนื้อสะโพกข้างที่ฉีดยาซ้ำ ๆ ด้านจิตใจเป็นอาการทางจิต ได้แก่ ประสาทหลอน ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ด้านสังคม ได้แก่ ติดเพื่อนมั่วสุมกับเพื่อน ครอบครัวกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย และด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การสูญเสียงานหรือรายได้

2. ข้อเสนอเพิ่มเติมจากบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชนพบว่า ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทหลายคนต้องช่วยเหลือดูแลกันเองจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีภาคีเครือข่ายช่วยเหลือกลุ่มดังกล่าวและสอบถามสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนพบว่า พื้นที่ยังขาดรูปแบบการดำเนินงานและการประสานงานที่ชัดเจนพร้อมทั้งขาดการมอบหมายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทใน ชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ปัญหาอุปสรรคที่พบ ได้แก่ การขาดอัตราค่าจ้างของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ขาดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

3. รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททั้ง 2 ระยะ ครอบคลุมประเด็น ดังนี้

- 1) การประสานงานและปัญหาอุปสรรคของเครือข่ายในระยะฉุกเฉินและระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่
- 2) แนวทางพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยมุ่งสร้างระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ทุกระยะและครอบคลุมแบบองค์รวม
- 3) หน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในประเด็นการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
- 4) วิธีดำเนินการของหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง จัดให้มีระบบการสื่อสารโดยตรงทางโทรศัพท์และลงพื้นที่ชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาฉุกเฉินได้ตลอดเวลา
- 5) สรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนและสรุปผลการประชุมและแนวทางพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในพื้นที่ศึกษาครั้งนี้ รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนแบบองค์รวมที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งในระยะฉุกเฉินและระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ ทุกภาคส่วนมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกัน กำหนดให้มีการสื่อสารกันทางโทรศัพท์และลงพื้นที่จัดการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ระยะที่ 2 การศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนต่ออาการทางจิตและทักษะการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน

โดยการทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน (R2: research ครั้งที่ 2, D2: development ครั้งที่ 2) ประกอบด้วย

ขั้นที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่พัฒนาขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนกลุ่มขนาดเล็ก (small group testing) ในระยะฉุกเฉิน 5 คน และระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ 5 คน รวมเป็น 10 คน และประเมินผลลัพธ์การดูแลนำไปสู่การปรับปรุงคู่มือหรือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขั้นที่ 3

ประชากร มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคจิตเภท

ประชากร ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-5 อาศัยอยู่ในตำบลห้วยยาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 185 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะฉุกเฉิน 5 คน ระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ 5 คน รวมทั้งหมด 10 คน คัดเลือกโดยวิธีเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

(1) กลุ่มที่อยู่ในระยะฉุกเฉินคือมีคะแนน (OAS) ระดับ 1 คะแนนขึ้นไป

(2) กลุ่มที่อยู่ในระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่มีคะแนน (OAS) น้อยกว่า 1 คะแนน หรือ 0

คะแนน

(3) เป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-5 อาศัยอยู่ในตำบลห้วยยาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย 1 ปี

(4) สามารถพูด ฟังภาษาไทยได้ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

เกณฑ์คัดออก คือ ขอลถอนตัวออกจากการวิจัยหรือเข้าร่วมวิจัยไม่ต่อเนื่อง

2) ภาควิชาช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ประชากร คือ ภาควิชาช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 988 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ภาควิชาช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 45 คน ที่มีบทบาทหน้าที่ตามกิจกรรมที่รับผิดชอบของภาควิชาช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

(1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในอำเภอโขงเจียม

(2) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือมีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

(3) สามารถพูด ฟังภาษาไทยได้ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

(4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ

เกณฑ์คัดออกคือ ขอลถอนตัวออกจากการวิจัยหรือเข้าร่วมวิจัยไม่ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบประเมินอาการทางจิต ใช้แบบประเมิน (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ตามคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ชิดชนก โอภาสวัฒนา, 2563) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ โดยข้อที่ 1-9 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยบอก ข้อที่ 10-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วยและขอให้ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบ ร่วมกับการสังเกตอาการ ในการนำเครื่องมือไปใช้ครั้งนี้ได้ประยุกต์แบบประเมินเป็น 24 ข้อ เนื่องจากแบบ BPRS ฉบับดั้งเดิม 18 ข้อ แม้จะเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเวชแต่ก็ยังมีความซ้ำซ้อนบางประการโดยเฉพาะในด้านการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงด้านความรุนแรง การเพิ่มข้อคำถามเป็น 24 ข้อ จึงมุ่งเน้นให้ครอบคลุมอาการและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับความรุนแรงมากขึ้น โดยข้อที่ 1-15 ข้อให้ผู้ป่วยพิจารณาอาการที่เกิดขึ้นกับตัวของผู้ป่วย ส่วนในข้อ 16-24 ข้อให้ผู้ดูแลหรือผู้ดูแลเป็นผู้ตอบร่วมกับการสังเกตอาการ ระยะเวลาในการประเมิน 2-7 วัน แต่ขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานเกณฑ์การประเมินจึงได้รวบรวมข้อที่มีคำถามเรื่องเดียวกันไว้ด้วยกันจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ ให้เกณฑ์การให้คะแนน 1 หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิต 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับระดับน้อยที่สุด 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับเล็กน้อย 4 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง 5 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับค่อนข้างรุนแรง 6 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับรุนแรง 7 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับรุนแรงมาก นำมาคิดคะแนนรวมในทุกข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย คะแนนมากกว่า 36

คะแนน มีอาการระดับมาก ประเมินโดยผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขาพจิตและจิตเวชหลักสูตร 4 เดือน

2. แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิต ใช้แบบประเมินตามแนวทางคู่มือเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชสำหรับสถาบันหรือโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต (ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์ และธัญลักษณ์ แก้วเมือง, 2564) มีองค์ประกอบด้วยทั้งหมด 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะด้านสุขภาพอนามัยส่วนตัว 2) ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน 3) ทักษะด้านการสื่อสาร 4) ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน 5) ทักษะด้านการผ่อนคลาย และ 6) ทักษะด้านการงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ การหาค่าคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านเท่ากับผลรวมของคะแนนทั้งหมดในแต่ละด้านหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดในแต่ละด้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 0.00-0.50 หมายถึง ขาดความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น ค่าเฉลี่ย 0.51-1.50 หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่เต็มใจ ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง สามารถทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00 หมายถึง สามารถทำได้เอง

3. แบบสอบถามการมีส่วนร่วม พัฒนาโดยรัศมี ชุตินิมา (2565) ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 12 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าสถิติ ความถี่ และร้อยละ การตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยระดับต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน ระดับสูงสุด เท่ากับ 5 คะแนน นำคะแนนเฉลี่ยมาเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อย ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมมาก ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ป้องกัน จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่จบปริญญาโทด้านสุขาพจิต จำนวน 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด จำนวน 1 ท่าน สาธารณสุขอำเภอที่จบปริญญาโทด้านสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และความตรงเชิงโครงสร้างและนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามอาการทางจิตเท่ากับ .99 ทักษะการดำรงชีวิตเท่ากับ 1 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมเท่ากับ .90 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้คือมากกว่า .80 พบว่าแบบประเมินอาการทางจิต เท่ากับ .99 แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิต เท่ากับ .90 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วม เท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชเพื่อออกเอกสารรับรอง โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ (NS No. 34/2567) ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัย สิทธิในการถอนตัว สิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับข่าวสารข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการเลือกหรือไม่เลือกบริการสุขภาพและการปกปิดความลับและนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
2. การเตรียมพื้นที่วิจัยผู้วิจัยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขงเจียมและองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยทดลองใช้เครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอโขงเจียมและให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่อำเภอโขงเจียม โดยการสนทนากลุ่มระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการระดมสมองที่พัฒนารูปแบบในกลุ่มบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
3. การขอหนังสืออนุญาตอย่างเป็นทางการ ผู้วิจัยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัยจากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามระยะการวิจัยดังต่อไปนี้ ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ระยะที่ 2 การศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนต่ออาการทางจิตและทักษะการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน
5. วิเคราะห์ผลการวิจัย สรุป อภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยประกอบด้วย การถอดเทปคำสัมภาษณ์ การอ่านทบทวนข้อมูล การกำหนดรหัส การจัดหมวดหมู่ และการสังเคราะห์เป็นประเด็นสำคัญตามวัตถุประสงค์การวิจัย
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป
 - 2.1 แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคล อาการทางจิต และทักษะการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน
 - 2.2 เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ข้อมูลมีการกระจายปกติใช้สถิติที (paired t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
การศึกษครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 16 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 (12 คน) ส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.50 (6 คน) อายุเฉลี่ย 55.81 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.02 อายุต่ำสุด 34 ปี และอายุสูงสุด 78 ปี) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 75.00 (12 คน) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.00 (12 คน) ส่วนใหญ่ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดามารดา 56.25 (9 คน) และมีโรคประจำตัวคือโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12.50 (2 คน) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 56.30 (9 คน) และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 43.80
2. ปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า
 - 1) ระยะฉุกเฉิน ดังนี้ (1) ด้านร่างกาย ได้แก่ เดินงุนงง ไม่หลับไม่ยอมนอน ใช้สารเสพติดทำให้มีอาการ

ทางจิตกำเริบ หวาดระแวงคนในครอบครัว บาดแผลที่ร่างกายจากการต่อสู้ อาการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัว (2) ด้านจิตใจไม่พบปัญหา พบว่ามีอาการทางจิต ได้แก่ อาการหลงผิดและประสาทหลอน (3) ด้านสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ตึงเครียดกับคนในครอบครัวและความหวาดกลัวของผู้คนรอบข้างเนื่องจากอาการทางจิตกำเริบของผู้ป่วย (4) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคจากอาการกำเริบ 2) ระยะที่ทำให้คงสภาพหรือคงที่ ด้านร่างกาย ได้แก่ บกพร่องในการดูแลตนเอง ผลข้างเคียงจากการรักษาโรค ปวดกล้ามเนื้อสะโพกข้างที่ฉีกขาด ฯลฯ (2) ด้านจิตใจไม่พบปัญหา พบว่ามีอาการทางจิต ได้แก่ อาการประสาทหลอน การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (3) ด้านสังคม ได้แก่ ติดเพื่อนชอบไปมั่วสุมกับเพื่อน ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย (4) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การสูญเสียงานหรือรายได้

3. รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนประกอบด้วย 2 ระยะ (ภาพที่ 2) ดังนี้

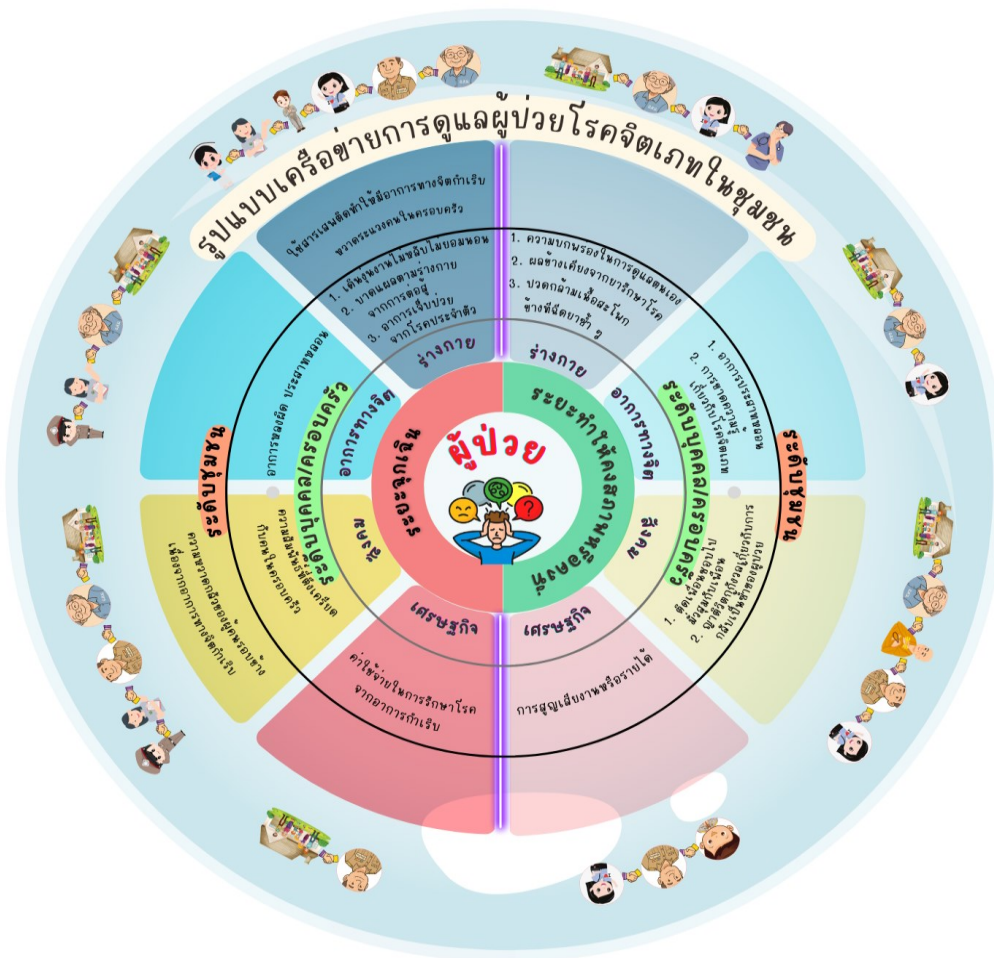
3.1 ระยะฉุกเฉิน ภาศเครือข่ายประกอบด้วย ครอบครัว ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ บุคลากรจากหน่วยงานสาธารณสุข ปลัดอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภาศเครือข่ายมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ (1) ประเมินความเสี่ยง (ก้าวร้าวรุนแรง) 5 และ 7 สัญญาณเตือน (พบ 1 ข้อส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) โดยครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบผู้ป่วย ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านตามลำดับ (2) ประเมินความเสี่ยง (ก้าวร้าวรุนแรง) OAS โดยพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3) จัดการปัญหาฉุกเฉินตามระดับคะแนนแบบประเมิน OAS ได้แก่ 3 คะแนน (ทันที) 2 คะแนน (ภายใน 2 ชั่วโมง) 1 คะแนน (ภายใน 24 ชั่วโมง) (4) หากแก้ไขปัญหาล้มเหลวผู้ป่วยมีอาการสงบ ให้ครอบครัว ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินนำส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาล (5) หากแก้ไขปัญหาล้มเหลวผู้ป่วยอาการไม่สงบ ผู้ใหญ่บ้าน โทรประสานโดยตรงไปยังตำรวจหรือปลัดอำเภอเพื่อนำส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาล (6) วางแผนจำหน่ายและเตรียมชุมชน โดยพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาล ครอบครัว ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและวางแผนเยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์เพื่อติดตามอาการต่อเนื่องไปยังระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่

3.2 ระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ ภาศเครือข่ายประกอบด้วย ครอบครัว ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ พระสงฆ์ บุคลากรจากหน่วยงานสาธารณสุข ปลัดอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภาศเครือข่ายมีบทบาทหน้าที่ดังนี้ 1) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัวตามอาการผู้ป่วยตามแบบประเมิน (3ย1ส) เกณฑ์ (เขียว เหลือง แดง) สีเขียวเตือนละ 1 ครั้ง สีเหลืองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สีแดงทันที โดยผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) การประยุกต์ใช้นวัตกรรมวงล้อปฏิทินเพื่อนที่รู้ใจห่วงใยสุขภาพจิตส่งเสริมการรับประทานยา และการสังเกตเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) การอบรมภาศเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยตำรวจ ปลัดอำเภอ พระสงฆ์ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาล เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 1 วัน 4) จัดทำผังแนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5) การจัดตั้งกลุ่มไลน์แจ้งเตือนการพบแพทย์ตามนัด โดยพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล 6) ประชาสัมพันธ์หอกระจายข่าวคลิปเสียงความยาว 4 นาที เรื่อง "5 สัญญาณ 7 สัญญาณเตือนโดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยใช้ภาษากลางและภาษาอีสานเดือนละ 2 ครั้ง ทุกวันที่ 1 และ 16 ของทุกเดือน โดยผู้ใหญ่บ้าน 7) การจัดทำประชุมกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทปีละ 1 ครั้ง หรือเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน โดยพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาล 8) การยกย่องเชิดชูเกียรติภาคีเครือข่ายที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานในชุมชน 9) การประเมินผลการดำเนินงานโดยเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ภาพที่ 2

แสดงรูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน



4. ผลลัพธ์ของรูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนต่ออาการทางจิตและทักษะการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน

4.1 อาการทางจิต

การเปรียบเทียบอาการทางจิตก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการทางจิตก่อนและหลังทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังทดลองใช้รูปแบบน้อยกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.32, p=0.009$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

การเปรียบเทียบอาการทางจิตก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน (n=10)

อาการทางจิต	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	2.28	1.11	3.32	0.009*
หลังทดลองใช้รูปแบบ	1.90	0.83		

* $p < .05$

4.2 ทักษะการดำรงชีวิต

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทักษะการดำรงชีวิตโดยภาพรวมระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนพบว่า ค่าเฉลี่ยทักษะการดำรงชีวิตโดยรวมก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับสามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง ($M = 2.70, SD = 0.91$) หลังทดลองใช้รูปแบบเพิ่มจากเดิมแต่อยู่ในระดับสามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง ($M = 2.88, SD = 0.74$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทักษะการดำรงชีวิตก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่าค่าเฉลี่ยทักษะการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังทดลองใช้รูปแบบดีกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.84, p = 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยภาพรวมก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน (n=10)

ทักษะการดำรงชีวิต	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	2.70	0.91	-2.84	0.01
หลังทดลองใช้รูปแบบ	2.88	0.74		

* $p < .05$

4.3 ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยภาพรวมก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนพบว่าค่าเฉลี่ยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยรวมก่อนทดลองใช้รูปแบบอยู่ในระดับน้อย ($M = 2.09, SD = 0.54$) หลังทดลองใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับมาก ($M = 4.33, SD = 0.09$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชนก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบ พบว่าค่าเฉลี่ยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายหลังทดลองใช้รูปแบบดีกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -27.69, p = 0.00$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยภาพรวมก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน (n=10)

การมีส่วนร่วม	M	SD	t	p
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	2.09	0.54	-27.69	0.00
หลังทดลองใช้รูปแบบ	4.33	0.09		

* $p < .05$

อภิปรายผล

ผลจากการวิจัยภายหลังจากการพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนแบบองค์รวมที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งในระยะฉุกเฉินและระยะ ทำให้คงสภาพหรือคงที่ ทุกภาคส่วนมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ร่วมกันกำหนดให้มีการสื่อสารกันทางโทรศัพท์และลงพื้นที่จัดการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลจากการนำรูปแบบไปใช้พบว่า อาการทางจิต ทักษะการดำรงชีวิต และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่าผลการศึกษานี้สะท้อนถึง ประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพจิตที่ครอบคลุมเครือข่ายบริการของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ นอกจากนี้การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่จริงทำให้ออกแบบกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในระยะฉุกเฉินมุ่งเน้นเครือข่ายการจัดการปัญหาภาวะฉุกเฉินการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ในระยะ ทำให้คงสภาพหรือคงที่ที่มีการดำเนินงานตามกิจกรรมที่ทีมพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนได้กำหนดร่วมกันประกอบด้วย 9 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมภาคีเครือข่าย การเยี่ยมบ้าน การส่งเสริม ทักษะการดำรงชีวิต 6 ด้าน การประชาสัมพันธ์ การใช้นวัตกรรม จัดทำผังแนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การจัดตั้งกลุ่มไลน์แจ้งเตือนการพบแพทย์ การยกย่องเชิดชูเกียรติผู้นำชุมชน การประชุม กรณีศึกษา และการประเมินผล ทุกกิจกรรมล้วนส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบเครือข่ายในชุมชน และปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานครั้งนี้มาจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยกาญจน์ เสงี่ยมเพระ (2564) ที่พบว่า การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทคือความร่วมมือระหว่างหน่วยงานช่วยให้เกิดการทำงานร่วมกัน อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Gowda & Isaac (2022) ที่ศึกษาแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน พบว่าการประยุกต์ใช้รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนภายใต้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพระดับชุมชน (Community-Based Rehabilitation: CBR) โดยใช้ทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพในชุมชนนั้น ๆ ช่วยให้ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีประสิทธิภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้น

จากผลการวิจัยสอดคล้องกับการวิจัยของธัญญลักษณ์ ไชยสุข และคณะ (2566) ที่พัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายใน ชุมชนโดยพบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบค่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวม

ค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิจัยของ มยุรี ลักนาศิริโรจน์ และคณะ (2566) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคี เครือข่ายในชุมชนตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน โดยพบว่าระดับคะแนนอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และการวิจัยของ รัชมี ชุตพิมาย (2565) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยพบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยมีทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้น รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้จึงมีศักยภาพในการ นำไปประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชนจริง และสามารถขยายผลเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิต เภทในพื้นที่อื่นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนไปยังพื้นที่อื่นที่มี บริบทใกล้เคียงกัน
2. นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในเรื่องการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
3. ส่งเสริมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนแบบครบวงจร 3 ระดับ ดังนี้ 1) ปฐมภูมิจัดอบรม ทักษะชีวิต เสริมพลังใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 2) ทติภูมิคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนและโรงเรียน ส่งต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 3) ตติภูมิฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม เยี่ยมบ้าน ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่น ๆ และทำการศึกษา เปรียบเทียบแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง
2. พัฒนาต่อยอดนวัตกรรมจากพื้นที่ต้นแบบ พร้อมการวัดผลและขยายผลในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

- กนกศรี จาดเงิน, และศิพัฒน์กร เชื้อภักดี. (2563). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการ มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพ ชุมชน*, 5(2), 78-85.
- กำทร ดานา. (2564). การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(3), 406-414.
- ชิดชนก โอภาสวัฒนา (บ.ก.). (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1303>
- ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์, และธัญลักษณ์ แก้วเมือง (บ.ก.). (2564). *เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช สำหรับสถาบัน/ โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข.

- ธัญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์, กานดา ศรีโพธิ์ชัย, และณัฐพร ยี่วาศรี. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 8(2), 521-531.
- มยุรี ลัคนาศิริรัตน์, จารุมน ลัคนาวีวัฒน์, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, และปิยวิทย์ เนกขพัฒน์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต แบบบูรณาการอย่างยั่งยืน. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 8(1), 130-142.
- รัศมี ชุตินิมา. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 851-867.
- โรงพยาบาลโขงเจียม. (2567). *แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี*.
- ศรินรัตน์ จันทพิมพ์, และชนิษฐา นันทบุตร. (2561). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(2), 68-76.
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10. (2565). *รายงานสถานะสุขภาพเขตสุขภาพที่ 10 กรมสุขภาพจิต*.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2567). *รายงานสถานการณ์โรคจิตเภท จังหวัดอุบลราชธานี*.
- หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมาปรึกษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 36(2), 413-426.
- Gowda, G. S., & Isaac, M. K. (2022). Models of care of schizophrenia in the community-an international perspective. *Current Psychiatry Reports*, 24(3), 195-202.
<https://doi.org/10.1007/s11920-022-01329-0>
- World Health Organization. (2021, June 9). *Comprehensive mental health service networks: promoting person-centred and rights-based approaches*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025844>
- World Health Organization. (2025, September 2). *Mental health atlas 2024*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240114487>