ปีที่ 9 ฉบับ 1 (มกราคม – เมษายน 2569)
หน้า 140-156

บทความวิจัย (Research article)

เสียงสะท้อนของภาคีเครือข่ายต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชน

Voices of Network Partners on Challenges in Psychiatric Care and Community Support System Development

สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี[1], อรทัย พงษ์แก้ว[1]*, วาสนา สุระภักดิ์[2], สุชีลา ตาลอำไพ[3], ฐิติรัตน์ เวทย์ศิริยานันท์[4], อรุณรัตน์ ปัญจะ กลิ่นเกษร[3]

Sujitta Ritmontree[1], Orathai Pongkaew[1]*, Wasana Suraphak[2], Sucheela Talumphai[3], Titiratana Wetsiriyanan[4], Arunrat Puncha Glingasorn[3]

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Orathyai@gmail.com)

(Received: December 20, 2025; Revised: March 29, 2026; Accepted: April 1, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเสียงสะท้อนของภาคีเครือข่ายต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และเสนอแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 24 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง .67–1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาร

ผลการวิจัยพบ 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ข้อจำกัดเชิงระบบ เช่น การตีตราทางสังคม ความไม่ชัดเจนของบทบาทเครือข่าย การขาดกลไกส่งต่อและติดตามหลังจำหน่าย และการขาดศักยภาพของผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร และ 2) แนวทางพัฒนาระบบสนับสนุน ได้แก่ การจัดให้มีทีมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง การกำหนดระบบดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายที่มีผู้รับผิดชอบชัดเจน การสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการใช้ทุนทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนา เป็นกลไกสร้างการยอมรับในชุมชน

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
Assistant Professor, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
Instructor, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
Assistant Professor, Faculty of Arts and Sciences, Roi Et Rajabhat University

[4] อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
Instructor, Faculty of Arts and Sciences, Roi Et Rajabhat University

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชระดับตำบล โดยกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานให้ชัดเจน และจัดทำแนวปฏิบัติร่วมกันในการติดตามอาการ เยี่ยมบ้าน และสื่อสารข้อมูลระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและลดการกลับเป็นซ้ำ

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน, ภาคีเครือข่าย, การดูแลต่อเนื่อง, การวิจัยเชิงคุณภาพ

Abstract

This descriptive qualitative study aimed to explore community network partners' reflections on challenges in caring for individuals with psychiatric disorders and to propose strategies for strengthening community-based support systems. Key informants were 24 community network partners involved in psychiatric care in Koh Kaew Subdistrict, Selaphum District, Roi Et Province, Thailand, purposively selected. Data were collected through focus group discussions using semi-structured in-depth interview guidelines. The interview guide was validated for content validity by three experts, with an Index of Item–Objective Congruence (IOC) ranging from .67 to 1.00. Data were analyzed using thematic analysis.

The findings identified two major themes. First, systemic limitations encompassed social stigma toward individuals with psychiatric disorders, ambiguous roles and coordination among network partners, the absence of referral and post-discharge follow-up mechanisms, and insufficient knowledge and confidence among community leaders and village health volunteers. Second, strategies for developing a support system included establishing local mental health expert teams, continuously strengthening the capacity of network partners, developing a clear continuity-of-care system with defined responsibilities following discharge, securing financial support from local administrative organizations, and leveraging social, cultural, and religious capital to enhance community acceptance of individuals with psychiatric disorders.

The findings suggest that subdistrict health-promoting hospitals should collaborate with village health volunteers and local administrative organizations to develop a subdistrict-level continuity-of-care system for psychiatric patients. The roles and responsibilities of each agency should be clearly defined, and standardized guidelines should be established for symptom monitoring, home visits, and interagency communication to ensure continuity of care and reduce relapse.

Keywords: Community mental health care, Network collaboration, Continuity of care, Qualitative research

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นความท้าทายสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีประชากรประมาณ 1 ใน 8 ของโลกที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผลผลิตทางเศรษฐกิจ และภาระของระบบบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ความผิดปกติทางจิตยังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะจากความพิการ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (World Health Organization, 2022) แม้หลายประเทศจะพยายามพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต แต่ยังพบว่าประมาณร้อยละ 70–85 ของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในประเทศรายได้น้อยและปานกลางไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งสะท้อนช่องว่างการเข้าถึงบริการที่ยังคงอยู่ในระดับสูง (Patel et al., 2018; World Health Organization, 2021a) นอกจากนี้ การขาดความต่อเนื่องของการดูแลยังสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและการเข้ารับการรักษาซ้ำ ส่งผลต่อภาระของระบบสุขภาพโดยรวม (World Health Organization, 2022)

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังเผชิญข้อจำกัดหลายประการ เช่น การตีตราทางสังคม การขาดแคลนบุคลากร และการกระจายทรัพยากรบริการที่ไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท (Van et al., 2021; Andary et al., 2023) และเครือข่ายชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง การลดอคติ และการเชื่อมโยงผู้ป่วยกับระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทที่ทรัพยากรด้านสุขภาพจิตมีจำกัด (Andary et al., 2023) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ในปี พ.ศ. 2565–2568 แสดงให้เห็นแนวโน้มจำนวนผู้เข้ารับบริการด้านจิตเวชที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 3.53 ล้านคน เป็น 4.48 ล้านคน โดยกลุ่มโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคจิตจากการใช้สารเสพติด โรคจิตเภท และโรคซึมเศร้า (Health Data Center, 2025) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนภาระที่เพิ่มขึ้นของระบบบริการสุขภาพจิต และการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ยังมีข้อจำกัด ทั้งในด้านความชัดเจนของบทบาท การประสานงาน และความต่อเนื่องของการดูแล ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบสุขภาพโดยรวมในระดับเขตสุขภาพและอำเภอ (Department of Mental Health, 2023)

จังหวัดร้อยเอ็ดมีแนวโน้มจำนวนผู้เข้ารับบริการด้านจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับภาพรวมของประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2565–2568 มีจำนวนผู้ป่วยในด้านจิตเวชเพิ่มจาก 170,963 คน เป็น 245,619 คน ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรค พบว่า 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคจิตจากการใช้สารเสพติด โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคสมองเสื่อม และโรคออทิสติก (Health Data Center, 2025) แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งในระดับพื้นที่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ (Wannasewok et al., 2022) เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการ โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถช่วยเพิ่มความรู้ของผู้ดูแล ลดพฤติกรรมเสี่ยง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ (Walaisri, 2023) อย่างไรก็ตาม ยังขาดข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับบทบาท ปัญหา และข้อเสนอของภาคีเครือข่ายในระดับตำบล ซึ่งเป็นระดับปฏิบัติการสำคัญของระบบสุขภาพจิต ทั้งนี้ บริบทของตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีลักษณะเฉพาะด้านโครงสร้าง

ชุมชน ทุนทางสังคม และการมีสถาบันการศึกษาที่สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นทั้งโอกาสและความท้าทายในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยงานวิจัยด้านโครงสร้างพื้นฐานสุขภาพจิตในประเทศไทยชี้ให้เห็นว่า การแปลงนโยบายระดับชาติสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายชุมชนและทรัพยากรท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ (Wannasewok et al., 2022) ขณะเดียวกันงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยและต่างประเทศมักมุ่งศึกษามุมมองของผู้ป่วยหรือบุคลากรสุขภาพเป็นหลัก ขณะที่ข้อมูลเชิงลึกจากภาคีเครือข่ายระดับชุมชนยังมีจำกัด ทั้งที่กลุ่มดังกล่าวมีบทบาทสำคัญต่อความต่อเนื่องของการดูแลและคุณภาพของระบบสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ ปรากฏการณ์ดังกล่าวจึงควรถูกมองในมิติของระบบบริการสุขภาพที่ต้องอาศัยความร่วมมือแบบพหุภาคีระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ภาคีเครือข่าย และชุมชนเพื่อพัฒนากลไกการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่อย่างยั่งยืน

การศึกษานี้ มุ่งสำรวจเสียงสะท้อนของภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมุ่งพัฒนาแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และเสริมสร้างความต่อเนื่องของการดูแลในระดับตำบลอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเสียงสะท้อนของภาคีเครือข่ายต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเสียงสะท้อนของภาคีเครือข่ายต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชนนี้ อยู่ภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพจิตโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (community-based mental health care) (World Health Organization, 2021a) ร่วมกับแนวคิดระบบสนับสนุนเชิงบูรณาการ (integrated support system) เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยมองว่า ผลลัพธ์ของการดูแลไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบริบทชุมชน ศักยภาพของภาคีเครือข่าย และกลไกการจัดระบบการดูแลต่อเนื่องใน 3 มิติ ได้แก่ บริบทชุมชนและทุนทางสังคม ศักยภาพและบทบาทของภาคีเครือข่าย และกลไกของระบบสนับสนุน (Wannasewok et al., 2022)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) ดำเนินการในเดือนมีนาคม 2568 รายละเอียด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ

โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานเทศบาล ตำรวจ และเจ้าหน้าที่ปกครอง ในพื้นที่ตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 24 คน คัดเลือกด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการดูแล ให้ความช่วยเหลือ หรือทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อย่างน้อย 1 ปี 3) อาศัยหรือปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ตำบลเกาะแก้วในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา 4) สามารถในการสื่อสารภาษาไทย และเข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้ตลอดกระบวนการ และ 5) ยินยอมให้ข้อมูลโดยการลงนามแบบเป็นลายลักษณ์อักษร และมีเกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้ 1) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด 2) ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดที่อาจส่งผลต่อการสื่อสารหรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และ 3) ถอนตัวระหว่างกระบวนสนทนากลุ่ม

จำแนกผู้ให้ข้อมูลหลักออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 8 คน แต่ละกลุ่มประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานเทศบาล ตำรวจ และเจ้าหน้าที่ปกครอง ในพื้นที่ตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งมีโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นคลอบคลุมประเด็น ดังนี้ 1) บริบทชุมชนและทุนทางสังคม ตัวอย่างข้อคำถาม “จากประสบการณ์ของท่าน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลเกาะแก้วในปัจจุบันมีขั้นตอนหรือรูปแบบการดูแลเป็นอย่างไร” 2) ศักยภาพและบทบาทของภาคีเครือข่าย ตัวอย่างคำถาม “ในชุมชนของท่าน ภาคีเครือข่ายแต่ละกลุ่ม เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างไรบ้าง” 3) กลไกของระบบสนับสนุน ตัวอย่างคำถาม “ในชุมชนของท่าน มีระบบหรือขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างไร ตั้งแต่ก่อนและหลังกลับจากโรงพยาบาล”

2. แบบบันทึกภาคสนาม (field note) เพื่อบันทึกบริบท บรรยากาศ ปฏิสัมพันธ์ และประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการสัมภาษณ์ รวมทั้งใช้ เครื่องบันทึกเสียง เพื่อเก็บข้อมูลอย่างครบถ้วนและถูกต้อง โดยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อนการบันทึกทุกครั้ง

3. ผู้วิจัย ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูล (researcher as instrument) โดยมีประสบการณ์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและการวิจัยในชุมชน รวมทั้ง ผ่านการอบรมและมีทักษะในการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งช่วยให้สามารถสร้างความไว้วางใจ กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลถ่ายทอดประสบการณ์ได้อย่างเป็นธรรมชาติ และลดอคติในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) รายข้ออยู่ในช่วง 0.67–1.00 แล้วนำคำถามการสัมภาษณ์ไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 8 คน ในพื้นที่ตำบลอื่น ซึ่งอยู่ในอำเภอ

เสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา และลำดับคำถาม ก่อนนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมืออีกครั้ง เพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทการวิจัยมากยิ่งขึ้น ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้ง ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและการบันทึกเสียงการสนทนา

2. การเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 8 คน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มุมมอง และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้ระยะเวลากลุ่มละ 90–120 นาที พร้อมทั้งบันทึกเสียงร่วมกับการบันทึกภาคสนาม เพื่อเก็บข้อมูลทั้งเนื้อหา บรรยากาศ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วม การดำเนินการจนถึงความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) การเก็บข้อมูลดำเนินไปจนถึงจุดอิ่มตัว โดยพิจารณาจากการที่ข้อมูลมีความซ้ำซ้อนและไม่พบประเด็นใหม่ที่มีนัยสำคัญต่อการวิเคราะห์ จึงยุติการเก็บข้อมูล

3. การจัดการอคติจากพลวัตของกลุ่ม เนื่องจากการสนทนากลุ่มประกอบด้วยผู้เข้าร่วมจากหลากหลายบทบาท ซึ่งอาจส่งผลต่อความกล้าในการแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมบางราย ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคการดำเนินการสนทนาแบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมทุกคนแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียม และสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนอย่างอิสระ เนื่องจากประเด็นการสนทนาเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่สบายใจทางอารมณ์ ผู้วิจัยจึงกำหนดแนวทางรองรับ โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสามารถหยุดพัก ชะลอ หรือยุติการสนทนาได้ทุกเมื่อ รวมทั้งสามารถเลือกไม่ตอบคำถามในประเด็นที่ก่อให้เกิดความกังวลได้ หากพบว่าผู้เข้าร่วมมีความเครียดหรือความไม่สบายใจอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจะแนะนำช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน หรือสายด่วนสุขภาพจิต นอกจากนี้ ได้จัดสถานที่สนทนาให้มีความเป็นส่วนตัวและปลอดภัย พร้อมทั้งติดตามประเมินสภาพอารมณ์ของผู้เข้าร่วมภายหลังการสนทนา เพื่อให้มั่นใจว่าผู้เข้าร่วมมีความพร้อมก่อนสิ้นสุดการเก็บข้อมูล

4. การถอดเทปและทบทวนข้อมูล ภายหลังการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยถอดเทปการสนทนาแบบคำต่อคำ และทบทวนข้อมูลร่วมกับบันทึกภาคสนามอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์และวางแผนการเก็บข้อมูลในครั้งถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกันอย่างต่อเนื่อง (Creswell & Poth, 2018) โดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาร (thematic analysis) (Braun & Clarke, 2006) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ภายหลังการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียงการสนทนาอย่างละเอียด และตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลกับบันทึกภาคสนาม จากนั้นอ่านทบทวนเนื้อหาจากบทสนทนาทั้งหมดซ้ำหลายรอบ เพื่อทำความเข้าใจบริบทและความหมายของข้อมูลอย่างรอบด้าน ในกระบวนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยทำการสรุปใจความ

สำคัญ จัดระเบียบข้อมูล และกำหนดรหัส (coding) จากถ้อยคำและประเด็นที่สะท้อนมุมมอง ประสบการณ์และความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ก่อนนำรหัสที่มีความหมายใกล้เคียงกันมาจัดกลุ่มและสังเคราะห์เป็นประเด็นแก่นสารหรือข้อค้นพบหลัก (themes) และประเด็นย่อย (subthemes) โดยให้ความสำคัญกับการคงไว้ซึ่งความหมายตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด

ตรวจสอบความน่าเชื่อถือผลการวิจัย (Nowell et al., 2017) ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) โดยการอ่านทบทวนข้อมูลซ้ำหลายครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ และใช้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลักฐานสนับสนุนประเด็นข้อค้นพบ 2) ความสอดคล้องของการวิเคราะห์ (dependability) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนเดียวกันอย่างต่อเนื่อง และบันทึกกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นลำดับ 3) ความสามารถในการตรวจสอบย้อนกลับ (confirmability) โดยเชื่อมโยงข้อค้นพบกับข้อมูลดิบอย่างชัดเจน และหลีกเลี่ยงการตีความบนสมมติฐานส่วนตัวของผู้วิจัย 4) ความสามารถในการถ่ายทอดผลการวิจัย (transferability) โดยนำเสนอรายละเอียดของบริบทการวิจัย ลักษณะผู้ให้ข้อมูล และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ เรื่อง การพัฒนาชุดกิจกรรมและนวัตกรรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด (เลขที่ 002/2568 ลงวันที่ 13 มกราคม 2568) ภายหลังได้รับการรับรอง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ และขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล นำเสนอในภาพรวม และทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 40 ปีขึ้นไป 16 คน (ร้อยละ 66.67) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 7 คน (ร้อยละ 29.17) รองลงมาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา จำนวน 5 คน (ร้อยละ 20.83) เท่ากัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 6 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน (ร้อยละ 83.33) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก (n = 24 คน)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	20.83
หญิง	19	79.17
อายุ (ปี)		
18-39 ปี	8	33.33
40 ปีขึ้นไป	16	66.67
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	5	20.83
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	20.83
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4	16.67
อนุปริญญา/ ปวส.	3	12.50
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	29.17
บทบาทของภาคีเครือข่าย		
ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวช	6	25.00
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	6	25.00
ผู้นำชุมชน	3	12.50
พยาบาลวิชาชีพ	3	12.50
เจ้าหน้าสำนักงานเทศบาล	3	12.50
ตำรวจ	3	12.50
ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ปี)		
1-2 ปี	1	4.17
3-5 ปี	3	12.50
6 ปีขึ้นไป	20	83.33

2. เสียงสะท้อนของภาคีเครือข่ายต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชน ผลการวิเคราะห์แก่นสารปรากฏ 2 ประเด็นหลัก (themes) และ 10 ประเด็นย่อย (subthemes) ได้แก่ ข้อจำกัดเชิงระบบของการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย และข้อเสนอเชิงกลไกในการพัฒนาระบบสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ดังตาราง 2

ตาราง 2 เสียงสะท้อนของภาคีเครือข่ายต่อปัญหาและแนวทางพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ประเด็นหลัก (Theme)	ประเด็นย่อย (Subtheme)	ความหมายเชิงการตีความ
ข้อจำกัดเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	การขาดการยอมรับและการสนับสนุนจากครอบครัว	ครอบครัวยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชและมีภาระในการดูแล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องและเป็นจุดเริ่มต้นของการกำเริบของอาการในชุมชน
	การตีตราและความหวาดกลัวของชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวช	อคติทางสังคมที่ยังคงฝังลึกในชุมชน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยถูกกีดกันจากการมีส่วนร่วมในสังคม และลดโอกาสในการเข้าถึงการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
	ขาดความรู้และความมั่นใจของผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร	ช่องว่างด้านศักยภาพของภาคีเครือข่าย ซึ่งทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ
	ความไม่ชัดเจนของบทบาทและช่องทางการประสานงานระหว่างหน่วยงาน	การขาดกลไกเชิงระบบในการกำหนดบทบาทหน้าที่และการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเกิดความล่าช้า ไม่ต่อเนื่อง และขาดความรับผิดชอบที่ชัดเจน
	ขาดระบบดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน	ช่องว่างของระบบบริการสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของอาการ
แนวทางพัฒนาระบบสนับสนุน	การมีผู้เชี่ยวชาญและการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย	ความจำเป็นในการเสริมสร้างศักยภาพของภาคีเครือข่ายผ่านการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ และมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
	การมีระบบดูแลต่อเนื่องและทรัพยากรสนับสนุนอย่างเป็นทางการ	ความจำเป็นในการพัฒนากลไกเชิงโครงสร้าง เช่น ระบบติดตามผู้ป่วย แนวปฏิบัติร่วม และงบประมาณสนับสนุน เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องและไม่ตกเป็นภาระของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง
	การออกแบบระบบที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและทุนทางสังคมของชุมชน	ระบบดูแลควรพัฒนาบนฐานของบริบทชุมชน โดยใช้ความสัมพันธ์ทางสังคมและวิถีชีวิตของชุมชนเป็นทุนในการสร้างความเข้มแข็งของระบบ
	การประยุกต์ศาสนาและประเพณีชุมชน เป็นกลไกลดการตีตราและสร้างการมีส่วนร่วม	บทบาทของทุนทางวัฒนธรรมในการลดอคติทางสังคม และเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความเข้าใจ ความเมตตา และการยอมรับผู้ป่วยในชุมชน

ตาราง 2 (ต่อ)

ประเด็นหลัก (Theme)	ประเด็นย่อย (Subtheme)	ความหมายเชิงการตีความ
	การบูรณาการสถาบันการศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในเชิงระบบและนโยบาย	ความจำเป็นของการสร้างกลไกความร่วมมือเชิงโครงสร้างและเชิงนโยบาย โดยใช้ศักยภาพของสถาบันการศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการขับเคลื่อนระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างยั่งยืน

2.1 ข้อจำกัดเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ภาคีเครือข่ายสะท้อนปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้เกิดจากตัวผู้ป่วยเพียงลำพัง แต่เชื่อมโยงกับพลวัตของครอบครัว การรับรู้ของชุมชน และโครงสร้างการทำงานของภาคีเครือข่าย ได้แก่ การขาดการยอมรับและการสนับสนุนจากครอบครัว การตีตราและความหวาดกลัวของชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวช ขาดความรู้และความมั่นใจของผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร ความไม่ชัดเจนของบทบาทและช่องทางการประสานงานระหว่างหน่วยงาน และขาดระบบดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ดังนี้

2.1.1 การขาดการยอมรับและการสนับสนุนจากครอบครัว ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ครอบครัวไม่เข้าใจผู้ป่วย คิดว่าเป็นภาระ ดุด่าเขา ทำให้เขาไม่อยากกินยาและไม่มาตามนัด ไม่กินยา อาการก็เลยกำเริบ หลอน ก้าวร้าว ตาขวางขู่จะทำร้ายคนอื่น ...เวลาเราไปเยี่ยมบ้าน เขามักจะหลบ ไม่อยากคุย ไม่เปิดใจ” อสม.เพศหญิง

“ญาติบางคนกลัวคำครหาจากชาวบ้านว่าลูกหลานตัวเองป่วยเป็นบ้า ก็เลยไม่กล้าที่จะพาไปหาหมอ เวลาออกเยี่ยม ก็มักจะบอกว่าเขาไม่อยู่ เขาหายดีแล้ว .....ค่อนข้างยากถ้าจะให้เราไปติดตามดูแล ” อสม.เพศหญิง

2.1.2 การตีตราและความหวาดกลัวของชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวช ดังข้อมูลต่อไปนี้

“เอาจริงๆ เราก็กลัว ชาวบ้านก็กลัว ไม่รู้ว่าผู้ป่วยจะหลอนหรือทำร้ายใครตอนไหน เลยมองว่าเป็นภัยสังคม ไม่อยากเข้ามามีส่วนร่วมดูแล เพราะกลัวว่าจะเกิดปัญหา” ผู้นำชุมชน เพศหญิง

“พอรู้ว่าใครเป็นผู้ป่วยจิตเวช คนในชุมชนก็มักจะหลีกเลี่ยง ไม่ค่อยอยากเข้าไปช่วยดูแล เพราะกลัวว่าจะเกิดปัญหา... แค่เราเดินผ่านบางคนก็ไม่พูดไม่ถามรีบหลีกห่าง ตั้งแต่รู้ว่าลูกเราเป็นคนไข้จิตเวช” ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพศชาย

2.1.3 ขาดความรู้และความมั่นใจของผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร ดังข้อมูลต่อไปนี้

“อยากช่วย แต่ไม่รู้จะช่วยยังไง ไม่มีความรู้ ไม่มีอะไรชัดเจน กลัวว่าถ้าเกิดอะไรขึ้นจะมีใครรับผิดชอบไหม” ผู้นำชุมชน เพศชาย

“ครั้งที่แล้วช่วยบ้านนั้น ..ก็โดนต่อว่าคล้ายกลับว่าเราไม่มีความรู้แล้วไปช่วยเขา ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจ..จึงเลือกถอยออกมา” อสม.เพศชาย

“ความรู้เรื่องจิตเวชของชาวบ้านยังน้อย บางคนมองว่าเป็นเรื่องกรรมหรือเลี้ยงดูไม่ดีมากกว่าจะเป็นโรคที่ต้องรักษา....*คนบ้า ควรอยู่แต่ในโรงพยาบาล เอาไปขังไว้นานๆ ไม่ควรที่จะให้มาอยู่ในหมู่บ้าน”* พยาบาลเพศหญิง

2.1.4 ความไม่ชัดเจนของบทบาทและช่องทางการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ดังข้อมูลต่อไปนี้

“เวลาเกิดเหตุจะบอกใครก่อนดี... บอก อสม. เขาก็บอกให้แจ้งผู้ใหญ่บ้าน ผู้ใหญ่บ้านก็บอกให้โทรแจ้งตำตรวจ ตำรวจก็บอกว่าเป็นคนไข้ให้โทรแจ้งหมอ ... โยนกันไปโยนกันมา ล่าสุดจนเขาได้ทำร้ายแม่แก่ ๆ บาดเจ็บเกือบตาย” ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพศหญิง

“บางครั้งได้รับข้อมูลไม่ตรงกัน..ทำให้แต่ละฝ่ายเข้าใจบทบาทไม่เหมือนกัน....ส่วนใหญ่อาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคลช่วย ๆ กันไป แต่ก็ยังคิดว่ามันไม่ใช่.....” อสม.เพศชาย

2.1.5 ขาดระบบดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ผู้ป่วยกลับมาเฉยๆ ไม่มีแผน ไม่มีใครเป็นหลักจะให้แต่ ชาวบ้านกลัว ผู้นำก็เหนื่อยเป็นภาระ เสียทั้งเงินทั้งเวลา” ผู้นำชุมชน เพศชาย

“ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ผู้นำชุมชน อสม. รู้สึกว่าไม่มีหลักยึดในการดูแล ถ้าไม่มีอาการรุนแรง หน่วยงานก็ไม่ค่อยได้เข้าไปติดตาม ต่างก็มีภาระหน้าที่รับผิดชอบล้นมือ จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการกำเริบอีกครั้ง” พยาบาล เพศหญิง

2.2 แนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ภาคีเครือข่ายได้เสนอการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่องนั้น จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเพื่อให้คำปรึกษาและเสริมสร้างศักยภาพของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ควบคู่กับการจัดให้มีระบบการดูแลต่อเนื่องและทรัพยากรสนับสนุนอย่างเป็นทางการ เพื่อให้การดำเนินงานไม่ตกเป็นภาระของบุคคลหรือหน่วยงานใดเพียงลำพัง นอกจากนี้ การออกแบบระบบการดูแลควรสอดคล้องกับวิถีชีวิตและทุนทางสังคมของชุมชน โดยใช้ศาสนาและประเพณีท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการลดการตีตรา เสริมสร้างความเข้าใจ และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างเหมาะสม อีกทั้งภาคีเครือข่ายยังเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการบูรณาการความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในเชิงระบบและเชิงนโยบาย เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ดังนี้

2.2.1 การมีผู้เชี่ยวชาญและการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ดังข้อมูลต่อไปนี้

“เรื่องปัญหาจิตเวชเป็นเรื่องที่เข้าใจยาก จำเป็นจะต้องมีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตให้คำปรึกษาได้ตลอด และมีการอบรมเพิ่มทักษะให้ผู้นำ ให้เครือข่ายและคนในชุมชนเป็นระยะ จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช” อสม.เพศหญิง

“ถ้ามีการถ่ายทอดความรู้และฝึกทักษะให้ภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องให้มีศักยภาพจะช่วยให้ชุมชนพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น... ชุมชนก็จะมีทิศทางและมาตรฐานเดียวกัน” ผู้นำชุมชน เพศชาย

2.2.2 การมีระบบดูแลต่อเนื่องและทรัพยากรสนับสนุนอย่างเป็นทางการ ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ถ้ามีระบบดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจนตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลถึงชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชจะไม่ขาดช่วง ไม่หลุดจากการรักษาเหมือนที่ผ่านมา” อสม. เพศหญิง

“เมื่อมีงบประมาณและกลไกการสนับสนุนที่ชัดเจน หน่วยงานในพื้นที่ก็จะกล้ารับผิดชอบและทำงานร่วมกันมากขึ้น” ผู้นำชุมชน เพศหญิง

“จำเป็นต้องมีแนวทางดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน มีคนรับผิดชอบ และมีงบสนับสนุนจากเทศบาลหรือรัฐบาล จะได้ไม่เป็นภาระของใครคนเดียว หรือหน่วยงานเดียว” พยาบาล เพศหญิง

2.2.3 การออกแบบระบบที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและทุนทางสังคมของชุมชน ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ถ้าจะพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก็ควรให้เข้ากับวิถีชีวิตคนอีสาน เป็นชุมชนเครือญาติ ช่วยเหลือกัน ไม่ใช่นำรูปแบบจากที่อื่นมาครอบ” เจ้าหน้าที่สำนักงานเทศบาล เพศหญิง

“ชุมชนบ้านเราแต่ละหมู่บ้านมีทุนทางสังคมของตัวเอง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องเชื่อมกับชีวิตประจำวันของชาวบ้าน และความสัมพันธ์ที่มีอยู่มาใช้ ระบบการดูแลจะยั่งยืนกว่า” ผู้นำชุมชน เพศหญิง

2.2.4 การประยุกต์ศาสนาและประเพณีชุมชน เป็นกลไกลดการตีตราและสร้างการมีส่วนร่วม ดังข้อมูลต่อไปนี้

“เรามีวัด เราก็ควรใช้วัด พระ ผู้นำชุมชน อสม. เป็นคนกลาง ตามฮีต 12 ครอง 14 จะช่วยลดการตีตรา ครอบครัวก็จะกล้าเปิดเผยและขอความช่วยเหลือ” ผู้นำชุมชน เพศหญิง

“ใช้ศาสนาและประเพณีที่ชุมชนศรัทธาเป็นสื่อกลางเปิดใจกันและกัน ให้ชาวบ้านเข้าใจเรื่องความเมตตาและการให้อภัยช่วยดึงพวกเขา เข้ามาสร้าง มาตุ้มมาโฮมกัน (มารวมกัน) *..เพราะเขาไม่ใช่คนอื่นคนไกลเขาเป็นลูกหลานบ้านเรา”* ผู้นำชุมชน เพศชาย

“หลายครั้งเลยที่เห็นผู้ป่วยจิตเวช เขาเข้ามาช่วยงานในวัด ในงานบุญออกพรรษาที่ผ่านมา เขาทำได้ดีมาก เหมือนไม่ใช่คนป่วย ถ้าเราให้โอกาสเขา เราก็จะได้เห็นศักยภาพของเขามากกว่าความเจ็บป่วย” อสม. เพศหญิง

2.2.5 การบูรณาการสถาบันการศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในเชิงระบบและนโยบาย ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ตำบลเรามีคณะพยาบาล ถือว่าเป็นจุดแข็ง ก็เชิญเขามาเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการให้คำปรึกษา ฝึกทักษะให้ชุมชน” อสม. เพศหญิง

“หน่วยงานท้องถิ่นควรมีบทบาทหลัก จัดระบบดูแลอย่างเป็นทางการ และมีแนวทางต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล” พยาบาล เพศหญิง

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและทรัพยากร ส่วนสถาบันการศึกษามีองค์ความรู้ หากบูรณาการกันอย่างจริงจัง และควรถูกยกระดับเป็นกลไกเชิงนโยบาย ไม่ใช่เพียงโครงการระยะสั้นระบบดูแลในชุมชนจะเข้มแข็งขึ้นมาก” ตำรวจ เพศชาย

การอภิปรายผล

1. ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผลการวิจัย พบว่า เป็นปัญหาเชิงระบบที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกันหลายระดับ ทั้งระดับครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การขาดการยอมรับและการสนับสนุนจากครอบครัวสะท้อนว่าครอบครัวยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชและมีภาระในการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องในการรักษา ทั้งในด้านการรับประทานยา การมาตามนัด และการติดตามอาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thammaratsopon (2025) ที่พบว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการคงอยู่ในระบบการรักษา โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ การดูแลการใช้ยา และการพาผู้ป่วยเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องการตีตราและความหวาดกลัวของชุมชน และการตีตราและความหวาดกลัวของชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ชุมชนยังมีความหวาดกลัวและหลีกเลี่ยงผู้ป่วยจิตเวช จึงสะท้อนว่าอคติทางสังคมยังคงฝังลึก

อยู่ในบริบทชุมชน และเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Andary et al. (2023) และ Van et al. (2021) ที่พบว่าการตีตราไม่เพียงกระทบต่อทัศนคติของชุมชน แต่ยังส่งผลโดยตรงต่อโอกาสในการฟื้นฟู และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช

ประเด็นการขาดความรู้และความมั่นใจของภาคีเครือข่าย สะท้อนช่องว่างด้านศักยภาพของผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริงได้อย่างเหมาะสม และมักนำไปสู่การหลีกเลี่ยงหรือส่งต่อภาระให้หน่วยบริการเพียงฝ่ายเดียว สอดคล้องกับ Phiwruangnon and Tonggiun (2024) ที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายผ่านการอบรม การซักซ้อมสถานการณ์ และการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน เป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มความพร้อมในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รวมทั้ง ความไม่ชัดเจนของบทบาทและการประสานงาน อธิบายได้ว่าการขาดกลไกเชิงระบบในการกำหนดหน้าที่และการสื่อสารระหว่างหน่วยงานในระดับตำบล โดยเฉพาะระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับ Department of Mental Health (2023) ที่ระบุว่า การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องมีการกำหนดบทบาทของแต่ละภาคส่วนอย่างชัดเจน จัดทำแนวปฏิบัติร่วม และสร้างช่องทางสื่อสารข้อมูลระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามและดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการขาดระบบดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย สะท้อนถึงช่องว่างสำคัญระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลกับการดูแลในชุมชน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความเปราะบางสูง ทั้งในด้านการปรับตัว การรับประทานยา และการเผชิญกับปัจจัยกระตุ้นในชีวิตประจำวัน หากไม่มีการติดตาม เยี่ยมบ้าน หรือประสานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการในชุมชน ผู้ป่วยอาจหยุดยา ขาดนัด หรือกลับไปเผชิญปัจจัยเสี่ยงเดิม จนนำไปสู่การกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิด ความต่อเนื่องของการดูแล (continuity of care) เป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพจิต (World Health Organization, 2021) โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังหรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการติดตามในชุมชน ผ่านระบบส่งต่อ การเยี่ยมบ้าน การติดตามการใช้ยา และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

2. แนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ภาคีเครือข่ายเสนอว่า การพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจำเป็นต้องดำเนินการในลักษณะ “ระบบสนับสนุนเชิงเครือข่าย” ที่บูรณาการการทำงานของครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม สามารถอภิปรายในแต่ละประเด็นได้ ได้แก่ การมีผู้เชี่ยวชาญและการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย อธิบายได้ว่า ภาคีเครือข่ายในชุมชนยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากโรคจิตเวชมีความซับซ้อนและอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงต้องการทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตให้คำปรึกษา และการอบรมเพิ่มทักษะอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการสังเกตอาการเตือน การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว และการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และข้อค้นพบนี้สะท้อนว่า การพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายไม่ควรเป็นเพียงการให้ความรู้ครั้งเดียว แต่ต้องมีการฝึกทักษะ ซักซ้อมสถานการณ์ และมีผู้เชี่ยวชาญเป็นพี่เลี้ยงในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Phiwruangnon and

Tonggiun (2024) ที่พบว่า ผู้นำชุมชนและ อสม. ยังขาดความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และความชัดเจนของบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือพฤติกรรมก้าวร้าว และการมีระบบดูแลต่อเนื่องและทรัพยากรสนับสนุนอย่างเป็นทางการ ซึ่งสะท้อนว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนยังขาดกลไกเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนขาดนัดหยุดยา หรือหลุดจากระบบหลังจำหน่าย เนื่องจากไม่มีผู้รับผิดชอบติดตามหรือแนวทางการประสานงานร่วมกันระหว่างสถานบริการ อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith et al. (2020) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการนัดหมายและระบบติดตามหลังจำหน่ายมีโอกาสเข้าสู่บริการต่อเนื่องภายใน 7 และ 30 วันสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีระบบดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยที่ขาดการติดตามหลังจำหน่ายมักมีความเสี่ยงต่อการหลุดจากการรักษาและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำมากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Seangpro (2025) ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชชุมชนจังหวัดสุรินทร์ พบว่า โปรแกรมติดตามต่อเนื่องที่ประกอบด้วยการเยี่ยมบ้าน การติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดผ่านระบบสื่อสาร และการมีญาติหรืออาสาสมัครร่วมติดตามการใช้ยา สามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้อย่างชัดเจน สะท้อนว่า การมีระบบติดตามต่อเนื่อง ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และแนวปฏิบัติร่วมระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่หลุดจากระบบการรักษา

ผลการวิจัยพบว่า ควรมีการออกแบบระบบที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและทุนทางสังคมของชุมชน ซึ่งอธิบายได้ว่าการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่ควรใช้รูปแบบสำเร็จรูปจากภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่ควรอยู่บนวิถีชีวิต ความสัมพันธ์แบบเครือญาติ และทุนทางสังคมในชุมชน เพราะบริบทดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนในชุมชนเกิดความร่วมมือและยอมรับการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะในชุมชนอีสานที่มีความใกล้ชิดและช่วยเหลือกันในระดับครอบครัว เครือญาติ และเพื่อนบ้าน สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มองว่า ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นอยู่กับบริการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการนำทรัพยากรและความสัมพันธ์ในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด (World Health Organization (2021a) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Wannasewok et al. (2022) ที่พบว่า การพัฒนาระบบสุขภาพจิตในระดับพื้นที่จะเกิดความยั่งยืนได้เมื่อเชื่อมโยงกับทุนทางสังคมและบริบทท้องถิ่น เช่น บทบาทของครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม. และเครือข่ายชุมชนที่มีอยู่เดิม เพราะจะช่วยให้ระบบดูแลสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของประชาชนและสามารถดำเนินต่อได้จริงในระยะยาว

การประยุกต์ศาสนาและประเพณีชุมชน เป็นกลไกลดการตีตราและสร้างการมีส่วนร่วมอธิบายได้ว่า ศาสนา วัด และประเพณีท้องถิ่นเป็นทุนทางวัฒนธรรมที่สำคัญของชุมชนอีสาน ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นพื้นที่กลางในการสร้างความเข้าใจ ลดความกลัว และเปิดโอกาสให้ครอบครัวและชุมชนยอมรับผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น โดยเฉพาะการอาศัยบทบาทของพระ ผู้นำชุมชน และ อสม. ในการสื่อสารผ่านคุณค่าทางศาสนา เช่น ความเมตตา การให้อภัย และการอยู่ร่วมกันตามวิถี “ฮีต 12 คอง 14” จะช่วยลดการตีตราและทำให้ครอบครัวกล้าเปิดเผยปัญหาและขอความช่วยเหลือมากขึ้น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและประเพณี เช่น งานบุญ งานวัด หรือกิจกรรมของชุมชน ยังช่วยให้ชุมชนมองเห็นศักยภาพของผู้ป่วยมากกว่าความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและมีคุณค่า สอดคล้องกับ

แนวคิดการดูแลสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งให้ความสำคัญกับการใช้ทุนทางวัฒนธรรมและความสัมพันธ์ในชุมชนเป็นกลไกในการฟื้นฟูและสร้างการมีส่วนร่วม (World Health Organization, 2021b) สอดคล้องกับ Andary et al. (2023) ที่พบว่า การใช้ผู้นำทางศาสนาและกิจกรรมชุมชนเป็นสื่อกลางสามารถช่วยลดอคติและเพิ่มการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการบูรณาการสถาบันการศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในเชิงระบบและนโยบาย อธิบายได้ว่า การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยทั้งองค์ความรู้และทรัพยากรในพื้นที่ โดยสถาบันการศึกษาสามารถเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการ ถ่ายทอดความรู้และพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการกำหนดนโยบาย จัดสรรงบประมาณ และวางระบบดูแลอย่างเป็นทางการ โดยเฉพาะการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย สอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพจิตแบบบูรณาการของ World Health Organization (2023) และการเชื่อมโยงองค์ความรู้จากสถาบันการศึกษากับอำนาจและทรัพยากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ช่วยให้การพัฒนาระบบสุขภาพจิตในชุมชนเกิดขึ้นได้จริงและมีความยั่งยืน (Wannasewok et al., 2022)

ข้อจำกัดของการวิจัย

ข้อมูลจากภาคีเครือข่ายอาจได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์และบทบาทเฉพาะของผู้ให้ข้อมูล และการสนทนากลุ่มอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่กล้าแสดงความคิดเห็นอย่างตรงไปตรงมา โดยเฉพาะเมื่อมีผู้เข้าร่วมที่มีบทบาททางสังคมหรือมีอำนาจในชุมชน ซึ่งอาจนำไปสู่การครอบงำการสนทนาได้ รวมทั้ง ผู้วิจัยเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่อาจมีอิทธิพลต่อการตอบคำถามในบางประเด็น แม้ว่าจะพยายามลดอคติโดยการสร้างบรรยากาศที่เป็นกลาง เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ และใช้การสัมภาษณ์รายบุคคลเพิ่มเติม เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดทำระบบดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยกำหนดผู้รับผิดชอบและแนวปฏิบัติร่วมในการติดตามอาการ เยี่ยมบ้าน และประสานข้อมูลกับโรงพยาบาล อสม. และครอบครัว โดยมีสถาบันการศึกษาในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการ ถ่ายทอดความรู้ และร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการเฝ้าระวังอาการเตือน ติดตามการใช้ยา และประสานการช่วยเหลือ โดยได้รับการอบรมและฝึกทักษะจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณและกลไกการดูแลอย่างเป็นทางการ เช่น งบเยี่ยมบ้าน ระบบสื่อสารระหว่างหน่วยงาน และกิจกรรมฟื้นฟูในชุมชนโดยภาคีเครือข่ายโดยใช้วัด พระ งานบุญ และประเพณี “ฮีต 12 คอง 14” เป็นกลไกลดการตีตราและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) หรือการวิจัยและพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยทุนทางสังคม สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม และทรัพยากรในพื้น รวมทั้ง การติดตามผลระยะยาวในด้านคุณภาพชีวิต การกลับเป็นซ้ำ และความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ที่ให้ทุนสนับสนุนทุนวิจัย Fundamental Fund (FF) ปีงบประมาณ 2568 ภายใต้โครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาชุดกิจกรรมและนวัตกรรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมขน เลขที่ 4775520 ขอบคุณผู้เกี่ยวข้องและผู้ให้ข้อหลักที่ทำให้การวิจัยนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

รายการอ้างอิง

Andary, S., Bassani, J., Burrell, G., Cole, E., Evans, R., Redman, E., & Kumar, S. (2023). Barriers and enablers to access and utilization of mental health care services across Southeast Asia: A preliminary scoping review. *Asia-Pacific Psychiatry*, *15*(4), e12549. https://doi.org/10.1111/appy.12549

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Sage.

Department of Mental Health. (2023). *Thailand mental health report 2023*. Ministry of Public Health. (in Thai)

Health Data Center (HDC). (2025). *Number of outpatient psychiatric patients receiving services*. Ministry of Public Health. (in Thai)

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, *16*(1), 1609406917733847. https://doi.org/10.1177/1609406917733847

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Collins, P. Y., Cooper, J., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., Prince, M.,.... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, *392*(10157), 1553-1598. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X

Phiwruangnon, P., & Tongjun, S. (2024). Guidelines for emergency care of psychiatric patients at high risk of committing violence through participation of the multidisciplinary team and community network partners, Kudrang District, Mahasarakham Province. *Academic Journal of Nursing and Health Sciences*, *4*(1), 185–198. (in Thai)

Seangpro, H. (2025). Effectiveness of follow-up care programs for readmission among psychiatric patients in the community, Sangkha District, Surin Province: A quasi-experimental research. *Journal of The Department of Medical Services*, *50*(3), 32-41. (in Thai)

Smith, T. E., Haselden, M., Corbeil, T., Wall, M. M., Tang, F., Essock, S. M., Frimpong, E., Goldman, M. L., Mascayano, F., Radigan, M., Schneider , M., Wang, R., Dixon, L. B., & Olfson, M. (2020). Effect of scheduling a post-discharge outpatient mental health appointment on the likelihood of successful transition from hospital to community-based care. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *81*(5), 20m13344. https://doi.org/10.4088/JCP.20m13344

Thammaratsopon, N. (2025). Developing a model for caring for psychiatric patients in communities at high risk of violence in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life, 5*(2), 1–14. (in Thai)

Van, N. H. N., Huyen, N., T. K., Hue, M. T., Luong, N. T., Thanh, P. Q., Duc, D. M., Mai V. H. T., & Hong, T. T. (2021). Perceived barriers to mental health services among the elderly in the rural of Vietnam: A cross sectional survey in 2019. *Health Services Insights*, *14*, 11786329211026035. https://doi.org/10.1177/117863292110260

Walaisri, K. (2023). Development of a care model for serious mental illness with high risk to violence in the community through the participation process of network partners, Selaphum District, Roi-et Province. *Journal of Environmental and Community Health, 8*(3), 909-917. (in Thai)

Wannasewok, K., Suraaroonsamrit, B., Jeungsiragulwit, D., & Udomratn, P. (2022). Development of community mental health infrastructure in Thailand: From the past to the COVID-19 pandemic. *Consortium Psychiatricum, 3*(3), 98-109. https://doi.org/10.17816/CP194

World Health Organization. (2021a). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029

World Health Organization. (2021b). *Mental health atlas 2020*. World Health Organization. https://dmh-elibrary.org/items/show/1116

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338