

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

Surveillance model development Screening for mental health in the community Buriram Province.

(Received: June 4,2024 ; Revised: June 7,2024 ; Accepted: June 8,2024)

ศิลา จิรวิกรานต์กุล¹
Sila Jirawikrantakul¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ แบ่งออกเป็น 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1) การประเมินสภาพปัญหาปัจจุบัน ระยะที่ 2) ยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง ระยะที่ 3) ปรับปรุงพัฒนา ระยะที่ 4) นำรูปแบบไปทดลองใช้ และระยะที่ 5) การประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Model Evaluating) โดยใช้ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 – เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ไม่มีโรคประจำตัว มีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 57.78 มีรายได้ 5000 ถึง 10,000 บาทต่อเดือน ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เป็นพี่น้องกับผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 35.56 มีลักษณะโครงสร้างของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 76.67 ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 15.12 ปี ภาพรวมของสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง แต่ขาดการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีรายได้สร้างอาชีพ ภาพรวมภาระเชิงประนัยและอัตราน้อยอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรตาม พบว่า ระบบบริการในชุมชน แขนงนำผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน การดูแลผู้ป่วยและญาติ และการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นำมาสู่การยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิต โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ “BRM Model” หรือ “บุรีรัมย์ โมเดล” นำรูปแบบไปทดลองใช้ในปี 2565 ผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Model Evaluating) พบว่าในปี 2563 ผู้ป่วยจะเข้ารับบริการเฉลี่ย 3.11 ครั้ง/ คน/ ปี ซึ่งน้อยกว่าช่วงหลังการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเข้ารับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเป็น 4.77 ครั้ง/ คน/ ปี ที่ระดับ (t-test) = -5.468 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อัตราการฆ่าตัวตายลำเสร็จลดลง และร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มสูงขึ้น

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, เฝ้าระวัง, คัดกรอง, บุรีรัมย์

Abstract

This study is a research and development (R&D) to develop a surveillance model. Screening for mental health in the community Buriram Province is divided into 5 phases: Phase 1) assessing the current problem, Phase 2) drafting a surveillance and screening model, Phase 3) improving and developing, Phase 4) putting the model to trial, and Phase 5.) Model Evaluating. The study period is between October 2019 - January 2023. Data analyzed by Frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that patient caregivers Most are female. and is an elderly person aged 60 years and over but has no congenital disease and has a career as a farmer. 57.78 percent have an income of 5000 to 10,000 baht per month. The caregiver has a sibling relationship with the patient. Accounting for 35.56 percent. The family structure is characterized as a single family. Accounting for 76.67 percent. The average length of patient care was 15.12 years. The overall picture of family relationships is at a moderate

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์



level. But there is a lack of support for patients to earn an income and build a career. Overall, the objective and subjective burdens were moderate. The results of the analysis of the relationship between the predictive variables and the dependent variables found that the community service system Leading person caring for mental health patients in the community Caring for patients and relatives and mental health operations in the community There is a positive relationship with statistical significance at the 0.01 level. leading to drafting a surveillance model Mental health screening With the participation of stakeholders, the "BRM Model" or "Buriram Model" will bring the model to trial in 2022. Results of operations according to the developed model (Model Evaluating) found that in 2020 patients will receive services on average 3.11 times/person/year, which is less than in the period after the implementation of the developed system. It was found that patients receiving mental health and psychiatric services in outpatient services increased to 4.77 times/person/year at the level (t-test) = -5.468, with statistical significance at the 0.05 level of murder rate. The dead body decreased. and the percentage of depressed patients accessing services has increased.

Keywords: mental health, surveillance, screening, Buriram

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับวิกฤติความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบที่มีความหลากหลายและความเข้มข้นมากยิ่งขึ้น สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รวบรวมการรับแจ้งและจับกุมกลุ่มคดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญรวมถึงคดีอาญาที่เป็นความผิดต่อชีวิต ร่างกาย และเพศ ซึ่งจากข้อมูลล่าสุดของการเก็บรวบรวมความรุนแรง ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าสังคมไทยมีอัตราผู้กระทำความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นต่อปีถึง 1,342 คน และความรุนแรงมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นจนกลายมาเป็นการระบาดความรุนแรงในสังคมไทย (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, 2564) ตั้งแต่เหตุการณ์กราดยิงที่จังหวัดนครราชสีมาปีพ.ศ. 2563¹ เหตุการณ์กราดยิงที่จังหวัดอุบลและเหตุการณ์กราดยิงที่บริเวณศูนย์เด็กเล็กในจังหวัดหนองบัวลำภูปี พ.ศ. 2565 อันก่อให้เกิดความสูญเสียและสะเทือนใจกับสังคมไทยเป็นอย่างมาก²

ปัจจุบันภาวะทางสังคมต่างๆส่งผลให้เกิดผู้ป่วยทางจิตเวชทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและกำลังจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทำให้เกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตการอยู่ ร่วมกันในสังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ส่งผลให้มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้น จังหวัดบุรีรัมย์พบว่าอัตราการฆ่า ตัวตายสำเร็จ ปี 2558-2564 มีแนวโน้มลดลงและไม่เกินตามเกณฑ์

ตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต ส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยทำงาน 20-59 ปี (คิดเป็น 10.34, 9.93 และ 8.33 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) รองลงมาจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป (คิดเป็น 9.57, 6.60 และ 6.60 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) และกลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา 15-19 ปี (คิดเป็น 0.00, 4.54 และ 2.87 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) สำหรับอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย สำเร็จ ปี 2563-2564 คือ 6.33, 6.97 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา 15-19 ปี (คิดเป็น 23.52, 29.03 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) รองลงมาจะเป็น กลุ่มวัยทำงาน 20-59 ปี (คิดเป็น 6.65, 6.65 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) และกลุ่มนักเรียน 5-14 ปี (คิดเป็น 4.00, 3.90 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) ในปี 2564 อัตราการฆ่าตัวตาย 6.96 ต่อแสนประชากร มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดอยู่ที่อำเภอโนนดิน แดง (จำนวน 3 คน) คิดเป็นอัตรา 10.65 ต่อแสนประชากร และอำเภอห้วยราช (จำนวน 4 คน) คิดเป็นอัตรา 10.65 ต่อแสนประชากรแสนคน รองลงมาคืออำเภอแคนดง จำนวน 3 คน คิดเป็นอัตรา 9.27 ต่อแสนประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยทำงาน 20-59 ปี (คิดเป็น 5.34 ต่อแสนประชากรกลุ่มวัย) รองลงมาจะเป็น กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป (คิดเป็น 3.30 ต่อแสนประชากรกลุ่มวัย) และกลุ่มวัยรุ่น/นักเรียน 15-19 ปี (คิดเป็น 1.91 ต่อแสน

ประชากรตามกลุ่มวัย) จากข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยทำงาน 20-59 ปี พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงคือการใช้สุรา คิดเป็นร้อยละ 12.36 รองลงมาคือโรคจิตเวช 13.48 (โรคจิตเภทร้อยละ 66.67 โรคซึมเศร้าร้อยละ 33.33) ตามลำดับ ปัจจัยกระตุ้นคือ ปัญหาความสัมพันธ์ ร้อยละ 31.46 (ทะเลาะกับคนใกล้ชิดร้อยละ 32.14, น้อยใจ ถูกดูถูกร้อยละ 25 ผิดหวังในความรักร้อยละ 21.43) รองลงมาคือปัญหาทางเศรษฐกิจร้อยละ 22.47 (ยากจน ร้อยละ 20 ตกงาน ร้อยละ 15 หนี้สิน ร้อยละ 15) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจำนวนผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกตั้งแต่ปี 2563 – 2564) ที่สูงสุดอยู่ในกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 - F29) รองลงมา คือกลุ่มความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้ สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10 - F19) กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้าฯ (F30 - F39) ตามลำดับ³

การเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ ภาพรวมส่วนใหญ่เป็นการ ตั้งรับในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ซึ่งผู้ป่วยต้องเดินทางไปเข้ารับบริการด้วยตนเอง หรือญาติผู้ป่วยนำส่งเพื่อเข้ารับการรักษา การค้นหาผู้ป่วยในชุมชนเป็นไปอย่างไม่เป็นรูปธรรม ผู้ป่วยจะได้รับบริการ เมื่อบุคลากรไปเยี่ยมบ้าน/พบเหตุการณ์ จึงจะได้รับคำแนะนำในการเข้ารับบริการ ดังนั้น การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน จึงไม่มีรูปแบบและมาตรฐานในการดำเนินงาน ซึ่งส่งผลโดยตรงให้ในภาพรวม การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของวิกฤติความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิตของจังหวัดบุรีรัมย์ พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ และนำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างระบบสุขภาพจิตอันจะเป็นหนทางหนึ่งในการพัฒนาสังคมไทยไร้ความรุนแรง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิตของจังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ แบ่งออกเป็น 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1) การประเมินสภาพปัญหาปัจจุบัน (Literature/ Survey and research: R1) ระยะที่ 2) ยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ (Innovation Development: D1) ระยะที่ 3) สนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต เพื่อการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน (Research2: R2) ระยะที่ 4) นำรูปแบบที่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาแล้ว (Development 2 : D2) ไปดำเนินการในทุกอำเภอ รวม 23 อำเภอ และระยะที่ 5) การประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Model Evaluating) โดยใช้ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 – เดือนมกราคม พ.ศ. 2566

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2019-016 วันที่รับรอง 2 ตุลาคม 2563

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการประเมินสภาพปัญหาปัจจุบัน ผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิด



เป็นร้อยละ 74.44 อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1: 2.91 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 42.22 อายุเฉลี่ย 56.96 ปี (อายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 85 ปี) โดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมาคือ ไม่ได้เรียนหนังสือคิดเป็นร้อยละ 24.44 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 57.78 รองลงมาคือว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 23.33 เมื่อพิจารณารายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่ มีรายได้ 5000 ถึง 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 81.11 ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์เป็นพี่น้องกับผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 35.56 รองลงมาคือเป็นบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 31.11 โดยส่วนใหญ่มีลักษณะโครงสร้างของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 76.67 ส่วนครอบครัวขยายพบเพียงร้อยละ 23.33 เมื่อพิจารณาระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต พบว่า มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 15.12 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.66 ระยะเวลาสั้นที่สุด คือ หนึ่งปี และยาวที่สุดคือ 40 ปี ผลการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ภาพรวมของสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.60$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า สมาชิกในครอบครัวต่างดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}=4.06$) และพบว่า สมาชิกในครอบครัวใช้อำนาจเหนือกันและกัน เช่น บังคับ ชู ออกคำสั่ง เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}=2.13$) ปัจจัยระดับชุมชน จำแนกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ระบบบริการในชุมชน พบว่า มีการติดตามผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 93.30 รองลงมา คือ คลินิกให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาล (ร้อยละ 91.00) การให้ความรู้ การดูแลสุขภาพ และการกินยาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 90.00) ตามลำดับ 2) แกนนำดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เล่าประสบการณ์ดำเนินงานกับผู้ป่วยและญาติ ร้อยละ 70.80 รองลงมา คือ มีการ

ให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพใจทางหอกระจายข่าว หรือเสียงตามสาย ร้อยละ 63.30 3) การดูแลผู้ป่วยและญาติ พบว่า มีการอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและฟื้นฟูความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 64.40 แต่ไม่พบการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีรายได้สร้างอาชีพ สามารถพึ่งตนเองได้ และ 4) ด้านการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน พบว่า มีการเปิดโอกาสให้ครอบครัวและผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับชุมชน คิดเป็นร้อยละ 90.00 รองลงมา คือ อบรมให้ความรู้แก่เครือข่ายดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 70.00 ส่วนภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยจำแนกเป็นภาระเชิงปรณัย และภาระเชิงอัตนัย ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมภาระเชิงปรณัยและอัตนัยอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งประกอบด้วยสัมพันธภาพในครอบครัว และปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ ระบบบริการในชุมชน แกนนำดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน การดูแลผู้ป่วยและญาติ และการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน โดยใช้ใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยก่อนวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทดสอบข้อตกลงของการใช้สถิติของข้อมูล พบว่าจากการทดสอบทางสถิติโดยใช้การทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของความคลาดเคลื่อนวิธี Durbin Watson ได้เท่ากับ 2.078 ซึ่งอยู่ระหว่างช่วง 1.5 – 2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนดังกล่าวเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) และค่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) จากการ ทดสอบโดยใช้สถิติ ANOVA พบว่า ค่า p-value ที่ได้มีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่า ตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์เชิง เส้นตรงกับตัวแปรตาม ส่วนตัวแปรต้นทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (No multicollinearity) ทดสอบด้วย การพิจารณาค่า Tolerance และค่า VIF ไม่เกิน 10 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า Tolerance ของ การ

ดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนเท่ากับ 0.67 และค่า VIF (Variance Inflation Factor) เท่ากับ 1.48 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลง เบื้องต้นของการใช้สถิติพหุคูณ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรตาม พบว่า ระบบบริการในชุมชน แกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน การดูแลผู้ป่วยและญาติ และการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน มีความสัมพันธ์กันทางบวก อยู่ระหว่าง 0.432 ถึง 0.646 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยแกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน การดูแลผู้ป่วยและญาติ มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด ที่ 0.646 ส่วนการดูแลผู้ป่วยและญาติและการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุดที่ 0.432 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตได้ ประกอบด้วย แกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน และการดูแลผู้ป่วยและญาติมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01 ทั้งสองด้าน สามารถร่วมทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตได้ ร้อยละ 17.70

ส่วนที่ 2 ผลการยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์
ผลการยกร่างรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จากอำเภอละ 3 คน จำนวน 23 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 92 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแผนกผู้ป่วยนอก (23 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (23 คน) ผู้ใหญ่บ้าน (23 คน)และผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 20 คน โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม เพื่ออธิบายความเป็นเหตุเป็นผล หรือเหตุการณ์กับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยมีปัจจัยหรือเงื่อนไข บทเรียนหรือองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดจากการปฏิบัติหรือประสบการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตใน

ชุมชน เพื่อนำไปสู่การปรับวิธีคิด และวิธีการทำงานที่สร้างสรรค์ และคุณภาพยิ่งขึ้น โดยจำแนกแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม คือ ข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม เรื่อง การเรียนรู้หลังการดำเนินการ (After Action Review: AAR) สุขภาพจิตในชุมชนที่ผ่านมา จำนวน 5 ข้อ และนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่เฉพาะเจาะจงและปฏิบัติได้ (Specific Actionable Recommendations: SARs)

ส่วนที่ 3 การปรับปรุง พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน
ประกอบด้วย

1) **วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา / แนวโน้ม/ผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมาย 2 ปี ย้อนหลัง (ปี 2563 - 2564) พบว่า** ปัจจุบันภาวะทางสังคมต่างๆส่งผลให้เกิดผู้ป่วยทางจิตเวชทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวซึ่งมีแนวโน้มเพิ่ม สูงขึ้นและกำลังจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทำให้เกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตการอยู่ร่วมกันในสังคมและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ส่งผลให้มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้น จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า อัตราการฆ่า ตัวตายสำเร็จ ปี 2558-2564 มีแนวโน้มลดลงและไม่เกินตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต ส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยทำงาน 20-59 ปี (คิดเป็น 10.34, 9.93 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) รองลงมาจะเป็นกลุ่ม ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (คิดเป็น 9.57, 6.60 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) และกลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา 15-19 ปี (คิดเป็น 0.00,4.54 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) สำหรับอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย สำเร็จ ปี 2563-2564 คือ 6.33, 6.97 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่ม วัยรุ่น/นักศึกษา 15-19 ปี (คิดเป็น 23.52,29.03 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) รองลงมาจะเป็น กลุ่มวัยทำงาน 20-59 ปี (คิดเป็น 6.65, 6.65 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) และกลุ่มนักเรียน 5-14 ปี (คิดเป็น 4.00,3.90 ต่อแสนประชากรตามลำดับ)



2) ปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า จำนวนผู้ปฏิบัติงานในทางสุขภาพจิตต่อแห่งส่วนใหญ่ มี 1 - 2 คน ซึ่งน้อยมากเมื่อเทียบกับปริมาณงานและภาระงานสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ยังไม่ได้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตเต็มรูปแบบ และยังมีไม่ครบทุกอำเภอ การดำเนินการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในรพช. ยังไม่ครบถ้วน การประสานงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างสถานพยาบาล ตำรวจภาคีเครือข่าย บางกรณีที่มีปัญหา ยาจิตเวชที่จำเป็นในโรงพยาบาลชุมชนยังมีไม่ครบ และนักสังคมสงเคราะห์ที่ดูแลผู้ป่วยมีเพียงคนเดียวทำให้การประสานงานเรื่องการจัดหาที่อยู่ เยี่ยมบ้าน เป็นไปด้วยความล่าช้า ควรมีนักสังคมสงเคราะห์เพิ่มเติม

3) รูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ “BRM Model” หรือ “บุรีรัมย์ โมเดล” ซึ่ง B: Build familiarity and trust หมายถึง สร้างความคุ้นเคย ไว้วางใจ ประกอบด้วย การสร้างความคุ้นเคย ไว้วางใจ การฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) R: Refer หมายถึง การส่งต่อรักษา การประสานงาน M: Management หมายถึง การจัดการกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย เฝ้าระวัง สอดส่องมองหา (Surveillance) และการประเมินสถานการณ์ และคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (Screening)

ส่วนที่ 4 นำรูปแบบที่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาแล้ว (Development2: D2) ไปดำเนินการทดลองใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 21 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 232 แห่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ในปี 2565 และติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Model Evaluating) ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2566

ส่วนที่ 5 การประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Model Evaluating)

พบว่า ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งต่อคนการเข้ารับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้บริการผู้ป่วยนอก จังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2563 และ ปี พ.ศ. 2565 ต่อผู้ป่วยหนึ่งคนในหนึ่งปี โดยใช้สถิติ Independent sample t Test พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นช่วงก่อนการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน และในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นช่วงหลังจากที่มีการนำระบบเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชนไปปรับใช้มีค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้บริการผู้ป่วยนอกที่แตกต่างกัน โดยในปี 2563 ผู้ป่วยจะเข้ารับบริการเฉลี่ย 3.11 ครั้ง/ คน/ ปี ซึ่งน้อยกว่าช่วงหลังการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเข้ารับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเป็น 4.77 ครั้ง/ คน/ ปี ที่ระดับ (t-test) = -5.468 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผลงานตามเป้าหมาย ปี 2563 (ก่อนพัฒนาระบบฯ) และ ปี2565 (หลังพัฒนาระบบฯ) พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายลำเสร็จลดลง จาก 7.27 ต่อประชากรแสนคนในปี 2563 เหลือเพียง 6.52 ต่อประชากรแสนคนในปี 2565 และร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มสูงขึ้นหลังการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ มีข้อค้นพบในประเด็นผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระในการดูแล กับสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.2) มีอายุในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 37.39)⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคี

เครือข่ายในชุมชน ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2556- ตุลาคม 2558 เลือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่อายุ 51-60 ปี⁵ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพี่น้องกับผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 35.56 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาเรื่องการพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดา⁵ ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 15.12 ปี (ยาวสุด 40 ปี – น้อยสุด 1 ปี) ซึ่งมีระยะเวลาการดูแลมากกว่าการศึกษาเรื่องการพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยเพียง 6.75 ปี (SD 2.31) (กัทร ดานา, 2564) ภาพรวมของสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวไทย วัดจากความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกมีต่อกันความร่วมมือ และการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นแบบสมดุลง (50.7%)⁶

ปัจจัยระดับชุมชน จำแนกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ระบบบริการในชุมชน แกนนำดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยและญาติ และการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน พบว่า มีการติดตามผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 93.30 ซึ่งต่างจากการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาค้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นกรวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติกลับมาอนรักษาค้ำใน โรงพยาบาลสังขะ จำนวน 17 คน พบว่ามีติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพียง 1-4 เดือนต่อครั้งเท่านั้น⁷ แต่ไม่พบการสนับสนุนให้

ผู้ป่วยมีรายได้ สร้างอาชีพ สามารถพึ่งตนเองได้ ซึ่งจากการศึกษาเรื่อง การตัดสินใจและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง พบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคม คือ ความต้องการการยอมรับ ความต้องการการดูแลต่อเนื่องมิติกาย มิติจิตใจ ความต้องการการรับยาต่อเนื่อง ความต้องการการเยี่ยมให้กำลังใจ ความต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และความต้องการมีอาชีพมีรายได้⁸ ส่วนภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยจำแนกเป็นภาระเชิงปรณัย และภาระเชิงอัตนัย ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมภาระเชิงปรณัยและอัตนัยอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรตาม พบว่า ระบบบริการในชุมชน แกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน การดูแลผู้ป่วยและญาติ และการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน มีความสัมพันธ์กันในทางบวก อยู่ระหว่าง 0.432 ถึง 0.646 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยแกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน การดูแลผู้ป่วยและญาติ มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด ที่ 0.646 ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตได้ ประกอบด้วย แกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน และการดูแลผู้ป่วยและญาติมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01 ทั้งสองด้าน สามารถร่วมทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตได้ ร้อยละ 17.70 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาภาระการดูแล/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท/ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท/การสนับสนุนทางสังคมผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวมเท่ากับ 42.98 (SD = 16.84) จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลได้ ร้อยละ 63 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายภาระการดูแลสูงสุดคือ ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และรองลงมา



คือ การสนับสนุนทางสังคม⁹ นำไปสู่การปรับปรุงพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน และนำรูปแบบที่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาแล้ว ไปดำเนินการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 21 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 232 แห่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ในปี 2565 ผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Model Evaluating) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาการประเมินสุขภาพจิตชุมชนในสังคมกำลังพัฒนา: การประเมินรูปแบบการประเมินสุขภาพจิต ในประเทศเนปาล เพื่ออธิบายลักษณะความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของเครื่องมือประเมินที่อาจเป็นประโยชน์สำหรับการดำเนินการสำรวจระดับชุมชน (โดยเฉพาะในชุมชนชนบทของประเทศกำลังพัฒนา) เพื่อหาอัตราความชุกของการเจ็บป่วยทางจิต ผลการศึกษา พบว่า จากการทดสอบลักษณะความถูกต้อง รูปแบบของความสัมพันธ์ทางสังคมและประชากรชี้ให้เห็นว่าต้นกำเนิดทางสังคมที่เฉพาะเจาะจงของความผิดปกติในเนปาลจะต้องได้รับการตรวจสอบเพิ่มเติม โดยขั้นตอนแรกในการได้รับข้อมูลคุณภาพสูงเกี่ยวกับการแพร่กระจายของปัญหาสุขภาพทางจิตในประเทศกำลังพัฒนา คือการสร้างตัวบ่งชี้ความผิดปกติที่เชื่อถือได้และถูกต้อง รูปแบบรายการตรวจสอบสำหรับการประเมินความผิดปกติมีความเป็นไปได้ที่การศึกษาความชุกในระดับชุมชนสามารถดำเนินการได้อย่างสมเหตุสมผล¹⁰ ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งต่อคนการเข้ารับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้บริการผู้ป่วยนอกจังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2563 และ ปี พ.ศ. 2565 ต่อผู้ป่วยหนึ่งคนในหนึ่งปี พบว่าในปี 2563 ผู้ป่วยจะเข้ารับบริการเฉลี่ย 3.11 ครั้ง/คน/ปี ซึ่งน้อยกว่าช่วงหลังการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผลงานตามเป้าหมาย ปี 2563 (ก่อนพัฒนาระบบฯ) และ ปี 2565 (หลังพัฒนาระบบฯ) พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายลำเส้นีลดลง และร้อยละของผู้ป่วยโรค

ซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มสูงขึ้นหลังการพัฒนา ระบบเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งสอดคล้องกับการคัดกรองสุขภาพจิตโดยนำเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลเข้ามาช่วยเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความเข้าใจด้านสุขภาพจิตดิจิทัล ผลการศึกษา พบว่า สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตดิจิทัลของผู้ป่วยแม้ว่าแพทย์ GP แต่อัตราการเข้ารับการรักษาที่มีแนวโน้มดีของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจาก GP แนะนำว่า GP สามารถมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการใช้บริการทางดิจิทัลและเพิ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องให้เกิดสูงสุด¹¹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์จัดกิจกรรมเพิ่มการสร้างทัศนคติและรอบรู้ เรื่องสัญญาณเตือนแก่ญาติและผู้ดูแล/ ผู้ใกล้ชิดของกลุ่มเสี่ยง/ ประชาชนทั่วไป ให้สามารถใช้บริการช่วยเหลือเบื้องต้น และ ผู้เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต กลไก พขอ.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยด้านอาชีพ
3. ติดตามการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน ตามรูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ “BRM Model” หรือ “บุรีรัมย์โมเดล” อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง คัดกรองฯ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชนขึ้นกับบริบทของแต่ละชุมชนซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละพื้นที่ ดังนั้น วิธีการพัฒนาควรมีความหลากหลายและเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพและสังคมให้กับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ความรู้ ข้อคิด ข้อเสนอแนะ และปรับปรุง

แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้ สุดท้ายนี้ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้คงเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. คณะโฆษกกรมสอบสวนคดีพิเศษ. (2563). กรมสอบสวนคดีพิเศษแสดงความเสียใจต่อเหตุการณ์กราดยิงผู้บริสุทธิ์ที่จังหวัดนครราชสีมา มอบศูนย์ปฏิบัติการคดีพิเศษเขตพื้นที่ 3 ประสานงานช่วยเหลือ. กรุงเทพมหานคร: กรมสอบสวนคดีพิเศษ Retrieved from <https://www.dsi.go.th/en/Detail/ef47f07fb5838a9407549606baed5f3c>
2. สกฤตศรี ศรีสารคาม. (2565). หตุสะเทือนขวัญ “หนองบัวลำภู” สื่อหลักส่วนน้อยยังหลุดกรอบ ย้ำเติมความรู้สื่อรุ่นใหม่. สภาการสื่อสารมวลชนแห่งชาติ. <https://www.presscouncil.or.th/8228>
3. ธรรมนูญ นิยมทอง (2564). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุขกรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จังหวัดบุรีรัมย์.
4. อุษา แก้วอำภา. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะในการดูแล กับสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(3), 127-143. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/18110/15977>
5. กำพร้า ดานา. (2564). การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(3), 406-414. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/download/10199/8976/15526>
6. ปราณีย์ สุทธิสุคนธ์, เกรียงศักดิ์ ชื่อเลื่อม, ดุชนิ ดามี, & เริงวิษญ์ นิลโคตร. (2552). สัมพันธภาพในครอบครัวไทย. ห. แทนทองซินวัฒน์การพิมพ์.
7. ทศทัยกาญจน์ เสียงเพราะ. (2564). การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(2), 413-426. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/252861/172040>
8. สุพรรณณี สายบุตร, & ชานนท์ โกมลมาลย์. (2561). การตัดสินใจและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเรื่อง. Retrieved from https://socadmin.tu.ac.th/uploads/socadmin/file_research/research_Split/13.pdf
9. เสาวนีย์ คงนิรันดร. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มหาวิทยาลัยบูรพา]. <https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/11620/1/53920628.pdf>
10. Tausig, M., Subedi, S., Broughton, C. L., Subedi, J., & Williams-Blangero, S. (2003). Measuring Community Mental Health in Developing Societies: Evaluation of a Checklist Format in Nepal. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(4), 269-286. <https://doi.org/10.1177/0020764003494005>
11. Whitton, A. E., Hardy, R., Cope, K., Gieng, C., Gow, L., MacKinnon, A., Gale, N., O'Moore, K., Anderson, J., Proudfoot, J., Cockayne, N., O'Dea, B., Christensen, H., & Newby, J. M. (2021). Mental Health Screening in General Practices as a Means for Enhancing Uptake of Digital Mental Health Interventions: Observational Cohort Study. *J Med Internet Res*, 23(9), e28369. <https://doi.org/10.2196/28369>