การพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Development of a Community Nursing Guideline for Integrated Community-Based Care and Rehabilitation of Psychiatric Patients in the Primary Health Care System.

(Received: June 20,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 26,2026)

ชัญญ์รัชต์ หยกกชพันธ์งาม[1] รานี แสงจันทร์นวล[2]
Chanyarat Yokgochaphanngam[1] Ranee Sangchannual[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสิ้น 42 คน แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแนวทาง และระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินผลแนวทางที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินการมีส่วนร่วม และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม การวางแผนการดูแลรายบุคคล การเยี่ยมบ้าน การติดตามต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน หลังการดำเนินการ ผู้ป่วยมีคะแนนการดูแลตนเอง การรับประทานยาต่อเนื่อง และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับสูง และความพึงพอใจต่อแนวทางอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การพยาบาลชุมชน, ผู้ป่วยจิตเวช, การดูแลแบบบูรณาการ, ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a nursing care guideline for the rehabilitation of patients with mental illness through an integrated community-based approach within the primary healthcare system. The study participants included key stakeholders in the community: professional nurses, public health officers, village health volunteers, community leaders, patients with mental illness, and caregivers, with a total of 42 participants. The study was conducted in two phases: Phase 1 involved situational analysis and guideline development, and Phase 2 involved implementation and evaluation of the developed guideline. Research instruments included semi-structured interviews, participation assessment forms, and satisfaction questionnaires. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results indicated that the developed guideline consisted of comprehensive patient assessment, individualized care planning, home visits, continuous follow-up, and family and community participation. After

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Corresponding author: Ranee Sangchannual
Email: ranee.san@neu.ac.th

implementation, patients showed significantly improved scores in self-care, medication adherence, and relapse prevention ($p < 0.001$). Community participation was at a high level, and overall satisfaction with the guideline was rated as high.

Keywords: Community nursing, Psychiatric patients, Integrated care, Primary health care system

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย เนื่องจากส่งผลกระทบต่อสุขภาวะ คุณภาพชีวิต ความสามารถในการดำรงชีวิต และภาระทางเศรษฐกิจของบุคคล ครอบครัว และสังคม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่าโรคทางจิตเวชเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพและการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะโรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน และความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ซึ่งต้องการการดูแลระยะยาวและการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในชุมชน[1] สถานการณ์สุขภาพจิตของประเทศไทยมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง กรมสุขภาพจิตรายงานว่าในปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับบริการมากกว่า 2.7 ล้านคน โดยร้อยละ 19.14 เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด และพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังเข้าไม่ถึงบริการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และปัญหาความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตเวชและยาเสพติด[2] นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตยังรายงานว่า ประเทศไทยมีทรัพยากรด้านจิตเวชจำกัดเมื่อเทียบกับภาระโรค โดยมีจำนวนเตียงจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตประมาณ 4,500 เตียงทั่วประเทศ สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อลดการพึ่งพาบริการระดับตติยภูมิ[3]

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่มีประชากรมากที่สุดของประเทศ มีลักษณะเฉพาะด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ยึดโยงกับครอบครัว เครือญาติ และชุมชน อย่างไรก็ตาม ภูมิภาคดังกล่าวยังเผชิญปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ การย้ายถิ่นแรงงาน ความยากจน และปัญหาการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่จึงจำเป็นต้องอาศัยกลไกชุมชนและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นฐานสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่อง[4] จังหวัดขอนแก่นเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง จากข้อมูลระบบบริการสุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มโรคจิตเภท ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด และผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ขณะที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อป้องกันการขาดยาและการกลับเป็นซ้ำของอาการ[5] แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและการบูรณาการบริการสุขภาพจิตสู่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังพบข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ไม่ต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังไม่เป็นระบบ และข้อจำกัดด้านศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนขาดการติดตามรักษา ขาดยา และกลับมามีอาการกำเริบซ้ำ[6,7]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Mental health care) เป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน ลดการพึ่งพาบริการระดับโรงพยาบาล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งมีผลทำให้สามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เพิ่มความร่วมมือในการรักษา และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของพรทิพย์ มาลาธรรม และศิริลักษณ์ จุลพงษ์ (2564)[8] พบว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการรับประทานยาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิผล และการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธ์ และคณะ (2566)[9] ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของอาการและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)[10] ยังได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (person-centred approach) และคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน โดยสนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ พัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อลดการตีตราและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างเท่าเทียม[10]

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศไทยจะมีการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน แต่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น การขาดแนวทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน การประสานงานระหว่างหน่วยบริการที่ยังไม่เป็นระบบ และการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายยังขาดการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องและเกิดการกลับเป็นซ้ำของอาการ ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเสริมสร้างระบบการดูแลที่มีความต่อเนื่อง มีส่วนร่วมของชุมชน และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนอย่างยั่งยืน[6]

พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ ทั้งในด้านการประเมินปัญหา การจัดการรายกรณี การเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวังอาการกำเริบ การเสริมพลังครอบครัว และการประสานเครือข่ายการดูแลในชุมชน อย่างไรก็ตาม ยังขาดแนวทางการพยาบาลที่มีความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมเฉพาะ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถนำไปใช้จริงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ลดการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนภายใต้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

3. เพื่อประเมินผลการใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[11] ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงานแบบวงจรหมุนวน (Spiral Process) 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง[11] การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐาน และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลแนวทางที่พัฒนาขึ้น

ประชากร (Population) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2569 ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตและจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์และอาศัยอยู่ในชุมชน

ตัวอย่าง (Sample) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)[12] โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีบทบาทและประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และการพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 19 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยในระยะนี้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และร่วมออกแบบแนวทางการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินผลแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์และอาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษา จำนวน 5 คน ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย จำนวน 5 คน และพยาบาลวิชาชีพรวมถึงบุคลากรสุขภาพที่เข้าร่วมดำเนินการตามแนวทาง จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน โดยดำเนินการทดลองใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้นในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตลอดจนความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อแนวทางที่พัฒนาขึ้น

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้เข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวชอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยอย่าง

ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน และบุคลากรสุขภาพหรือภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยผู้เข้าร่วมทุกคนสมัครใจและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการกำเริบรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง ย้ายออกจากพื้นที่ศึกษา หรือขอถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการดำเนินการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[11] ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และข้อเสนอแนะในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จำนวน 10 ข้อ ใช้สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 แนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยกระบวนการประเมินปัญหา การวางแผนการดูแล การเยี่ยมบ้าน การติดตามต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการส่งต่อในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff[13] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20–100 คะแนน โดยแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (20.00–46.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (46.67–73.33 คะแนน) และระดับสูง (73.34–100.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด คะแนนเฉลี่ยแปลผลตามเกณฑ์ของ Best[14] ได้แก่ 1.00–1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด 1.51–2.50 หมายถึง ระดับน้อย 2.51–3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.51–4.50 หมายถึง ระดับมาก และ 4.51–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการวิจัย ประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.89

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability Testing) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีและสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[11] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผล (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา (Planning) ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการพัฒนา

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางและนำไปใช้ (Action) ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายร่วมกันพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากนั้นนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลในพื้นที่ศึกษา โดยมีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการดูแลรายบุคคล การเยี่ยมบ้าน การติดตามต่อเนื่อง และการประสานความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ

ระยะที่ 3 การติดตาม ประเมินผล และสะท้อนผล (Observation and reflection) ผู้วิจัยติดตามผลการดำเนินงาน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวทาง รวมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผลร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อค้นพบมาปรับปรุงและพัฒนาแนวทางให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของชุมชน และสามารถนำไปใช้ได้อย่างยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสะท้อนผลการดำเนินงาน วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Krippendorff (1) โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล สร้างประเด็นหลัก และสรุปสาระสำคัญ

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เลขที่รับรอง 94/2568 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล และผลลัพธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในระยะการพัฒนาแนวทาง พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 30 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 19 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 5 คน และผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 63.3) รองลงมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ร้อยละ

16.7) ผู้นำชุมชน (ร้อยละ 10.0) พยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 6.7) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 3.3) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีบทบาทสำคัญในการร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางการพยาบาลแบบบูรณาการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ศึกษา

ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการดำเนินการ ผลการประเมินผลการใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรผลลัพธ์ทุกด้านหลังการดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของแนวทางที่พัฒนาขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินการ (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ Mean ± SD	หลังดำเนินการ Mean ± SD	Mean Difference	t	*p*-value
การรับประทานยาต่อเนื่อง	2.61 ± 0.42	4.32 ± 0.38	1.71	12.45	<0.001
การดูแลตนเอง	2.74 ± 0.51	4.18 ± 0.44	1.44	10.92	<0.001
การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	2.58 ± 0.49	4.25 ± 0.40	1.67	11.76	<0.001
การมีส่วนร่วมของครอบครัว	2.89 ± 0.47	4.40 ± 0.36	1.51	13.08	<0.001

ผลด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการประเมินด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนภายหลังการดำเนินงาน พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.27, SD = 0.40) สะท้อนให้เห็นว่าภาคีเครือข่ายในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการร่วมดำเนินงานดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการเยี่ยมบ้านร่วมทีมมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.36, SD = 0.36) รองลงมา ได้แก่ การติดตามผู้ป่วย (Mean = 4.31, SD = 0.41) การสนับสนุนครอบครัว (Mean = 4.28, SD = 0.39) และการส่งต่อข้อมูลสุขภาพ (Mean = 4.15, SD = 0.44) ซึ่งทุกด้านอยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน ทั้งครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ที่สามารถทำงานร่วมกันในการติดตามเยี่ยมบ้าน สนับสนุนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนประสานและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วนต่างๆ มากยิ่งขึ้น อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางอย่างยั่งยืน

ผลด้านความพึงพอใจต่อแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช ผลการประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐาน พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.32, SD = 0.38) แสดงให้เห็นว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับจากผู้ใช้แนวทาง และมีความเหมาะสมต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยมี

คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.40, SD = 0.35) รองลงมา ได้แก่ ความเหมาะสมของแนวทาง (Mean = 4.35, SD = 0.37) การประสานงานในชุมชน (Mean = 4.30, SD = 0.38) และความง่ายในการนำไปใช้ (Mean = 4.22, SD = 0.41) ซึ่งทุกด้านอยู่ในระดับมาก

ผลการศึกษาสะท้อนว่าแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง มีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน และส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้แนวทางดังกล่าวยังช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช สนับสนุนการประสานส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการและชุมชนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และสะท้อนถึงศักยภาพของแนวทางในการขยายผลสู่การปฏิบัติในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐาน ผลการวิจัยพบว่า แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม การวางแผนการดูแลรายบุคคล การเยี่ยมบ้านเชิงรุก การติดตามต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งสะท้อนการบูรณาการงานพยาบาลชุมชนเข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ[8] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยใช้ทีมสหวิชาชีพช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการรักษาและลดการกลับเป็นซ้ำของอาการอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลชุมชนในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวิเศษ และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ[6] ที่ระบุว่าการมีส่วนร่วมของ อสม. และครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของการพัฒนาแนวทางที่เน้น “เครือข่ายชุมชนเป็นฐาน” (Community-based network)

2. ผลของแนวทางต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยพบว่า หลังการดำเนินการ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานยาต่อเนื่อง การดูแลตนเอง และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนกพร วงศ์ชัย และอภิญญา สุวรรณศรี[7] ที่พบว่าการขาดการติดตามต่อเนื่องในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท และเมื่อมีระบบติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดการขาดยาและลดการกำเริบของอาการได้อย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธ์ และคณะ[9] พบว่าการใช้รูปแบบการดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาล ครอบครัว และชุมชน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีขึ้นและลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผลการวิจัยนี้สะท้อนว่า “การติดตามต่อเนื่องในระดับชุมชน” เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

3. ผลด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะ อสม. และผู้นำชุมชนมีบทบาทเด่นในการติดตามเยี่ยมบ้านและสนับสนุนการรับประทานยา ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ[8] ที่พบว่าการเสริมบทบาท อสม. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลด

ปัญหาการขาดการรักษาต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณี ศรีบุญเรือง และคณะ[15] ที่ระบุว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระยะยาว นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ สุขเกษม[16] ยังพบว่าการพัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อและลดความแออัดในโรงพยาบาลจิตเวชได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยนี้จึงยืนยันว่า “ชุมชนมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ร่วมดูแล (Co-Caregiver)” ไม่ใช่เพียงผู้สนับสนุน

4. ผลด้านความพึงพอใจต่อแนวทาง ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจต่อแนวทางอยู่ในระดับมาก โดยผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นว่าแนวทางมีความชัดเจน ใช้งานง่าย และเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ ทองสลับ และคณะ[17] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในชุมชนช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เนื่องจากลดความซ้ำซ้อนของระบบงานและเพิ่มการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณพร แก้วมณี[18] ที่พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการในชุมชนช่วยเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัว เนื่องจากได้รับการสนับสนุนและคำแนะนำอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในครั้งนี้

1. ควรนำแนวทางการพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐาน ไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัว เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

2. ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น การประเมินอาการ การติดตามการใช้ยา และการเฝ้าระวังการกำเริบของอาการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

3. ควรสนับสนุนให้มีระบบการเยี่ยมบ้านและการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Study) หรือกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบการดูแลแบบเดิมในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช

2. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่น ๆ ในเขตสุขภาพที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสามารถในการนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่หลากหลาย

3. ควรศึกษาตัวแปรผลลัพธ์ระยะยาว เช่น อัตราการกลับเป็นซ้ำ คุณภาพชีวิตผู้ป่วย และภาระของผู้ดูแล เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4. ควรพัฒนาและประเมินผลการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลหรือระบบสารสนเทศสุขภาพในการติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลต่อเนื่องและการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.

3. กรมสุขภาพจิต. แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. 2566-2570. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2566.
4. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาส 4 และภาพรวม ปี 2567. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2568.
5. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2567. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2567.
6. สุพัตรา ศรีวิเศษ และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2564;35(2):45-59.
7. ชนกพร วงศ์ชัย และอภิญญา สุวรรณศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565;32(3):85-99.
8. พรทิพย์ มาลาธรรม และศิริลักษณ์ จุลพงษ์. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและคุณภาพชีวิต. วารสารสภาการพยาบาล. 2564;36(4):78-92.
9. จินตนา ยูนิพันธ์, วิไลลักษณ์ ประเสริฐสุข และนภา พิทักษ์พงษ์. ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2566;41(1):22-36.
10. World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021.
11. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
12. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
13. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's Place in Rural Development: Seeking Clarity Through Specificity. New York: Cornell University; 1980.
14. Best JW. Research in Education. 4th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1981.
15. สุวรรณี ศรีบุญเรือง, พิชญา จันทร์แก้ว และกานต์ นาคศรี. ผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2565;38(1):55-70.
16. สุขเกษม อุไรวรรณ. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2564;29(3):101-115.
17. จุฑารัตน์ ทองสลับ, ณัฐกานต์ ศรีสุวรรณ และกิตติ พิพัฒน์วงศ์. ผลของรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในชุมชนต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ. Belitung Nursing Journal (Thai Study). 2566;9(3):198-208.
18. วรรณพร แก้วมณี. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนมีส่วนร่วมและผลลัพธ์ต่อครอบครัวผู้ป่วย. วารสารการพยาบาลชุมชน. 2564;28(1):61-75.