

บทความวิจัย (Research Article)

การพัฒนาแบบจำลองการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ในชุมชน อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูนสมสกุล เกียรติอนันต์^{1*}Development of a participatory model involving community leaders and families
in the care of psychiatric patients in Ban Thi District, Lamphun ProvinceSomsakun Kiatanant^{1*}¹ Banthi Hospital, Lamphun Province 51180, Thailand

* Corresponding author, E-mail: dr.somsakun@gmail.com

Health Science, Science and Technology Reviews. 2025;18(3):16-32

Received: 2 June 2025; Revised: 15 September 2025; Accepted: 6 November 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาแบบจำลองการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กันยายน พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 216 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านธิ กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มละ 72 คน โดยแต่ละกลุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n=36) ที่ได้รับการดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดไว้ 8 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม (n=36) ที่ได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired sample t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในหลายด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพมีการคัดกรองโรคซึมเศร้า การประเมินระดับภาวะซึมเศร้า การประเมินการฆ่าตัวตาย คะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีการประเมินการฆ่าตัวตาย คะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีการก่อความรุนแรง การประเมินระดับภาวะซึมเศร้า และการประเมินการฆ่าตัวตาย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพมีการประเมินระดับภาวะซึมเศร้า การประเมินการฆ่าตัวตาย คะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีการคัดกรองโรคซึมเศร้า คะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีการคัดกรองโรคซึมเศร้า และการประเมินระดับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชน เพื่อสร้างกลไกการทำงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะนำไปสู่การลดการตีตราและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน, การดูแลผู้ป่วยจิตเวช, ผู้นำชุมชน, ผู้ป่วยจิตเวช

¹ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน 51180 ประเทศไทย

Abstract

This study aimed to investigate and develop a model for the participation of community leaders and families in the care of community-dwelling psychiatric patients in Ban Thi District, Lamphun Province, between May and September 2024. The sample consisted of 216 individuals divided into three groups: the Ban Thi District Health Service Network, families of psychiatric patients, and psychiatric patients, with 72 participants in each group. Each group was further divided into an experimental group (n=36) that received the intervention according to the developed model for 8 weeks, and a control group (n=36) that received standard care according to the Ministry of Public Health guidelines. Data were analyzed using Paired sample t-tests and Independent t-tests.

The study results showed that the experimental groups demonstrated statistically significant improvements ($p<0.05$) in several aspects when comparing pre- and post-intervention scores. Specifically, the Health Service Network group showed improvements in depression screening, depression level assessment, suicide risk assessment, knowledge scores, attitude scores, and behavior scores. The families of psychiatric patients showed improvements in suicide risk assessment, knowledge scores, attitude scores, and behavior scores. The psychiatric patient group showed improvements in violent behavior, depression level assessment, and suicide risk assessment. When comparing the experimental and control groups after the intervention, the experimental groups in all three categories exhibited significantly better scores ($p<0.05$). The Health Service Network group showed higher scores in depression level assessment, suicide risk assessment, knowledge, attitude, and behavior. The families of psychiatric patients showed higher scores in depression screening, knowledge, attitude, and behavior. The psychiatric patient group showed higher scores in depression screening and depression level assessment. The findings of this study highlight the importance of integrating collaboration among public and private sector networks to establish working mechanisms and promote community participation in the care of psychiatric patients. This collaborative approach is expected to lead to reduced stigma and sustainable improvement in the quality of life for psychiatric patients.

Keywords: Community participation, Psychiatric patient care, Community leaders, Psychiatric patients

บทนำ

ปัญหาการก่อความรุนแรงในสังคมปัจจุบันได้ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างน่ากังวล ครอบคลุมทั้งการกระทำ ความรุนแรงต่อตนเองและต่อผู้อื่น ซึ่งปรากฏในหลากหลายรูปแบบ ตั้งแต่ความรุนแรงทางวาจาที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ไปจนถึงการทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น สถานการณ์ความรุนแรงเหล่านี้ถูกนำเสนอผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งความรุนแรงในครอบครัว ความรุนแรงต่อบุคคลในสังคม และความรุนแรงในพื้นที่สาธารณะ หลายครั้งชนวนเหตุของการกระทำรุนแรงกลับเป็นเรื่องเล็กน้อย หรือไม่มีเหตุผลที่สมควร เช่น การขับรถแข่งปาดหน้า การบีบแตร การแย่งที่จอดรถ หรือแม้แต่การมองหน้ากัน ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้สามารถนำไปสู่การทำร้ายร่างกายที่อาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ ตั้งแต่เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง ไปจนถึงขั้นเสียชีวิต[1] สภาพความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในยุคปัจจุบันยังได้รับผลกระทบจากความเปราะบางของการเลี้ยงดูในวัยเด็กและเยาวชน ซึ่งส่งผลให้เด็กรุ่นใหม่จำนวนไม่น้อยขาดความรู้เท่าทันทางอารมณ์ (Emotional Quotient) ทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัวเข้าสู่สังคมและการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น นอกจากนี้ การใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างแพร่หลายในกลุ่มคนรุ่นใหม่ยังส่งผลให้ขาดทักษะในการปฏิสัมพันธ์โดยตรงระหว่างบุคคล ซึ่งอาจนำไปสู่การกระทำ ความรุนแรงทางออนไลน์ได้ง่าย เช่น การล้อเลียนและการกลั่นแกล้ง (Bullying) ทั้งในโรงเรียนและในสังคมโดยรวม ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมความรุนแรงที่ง่ายขึ้น[2]

ปัญหาความรุนแรงส่งผลกระทบต่อทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงสังคมโดยรวม องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าความรุนแรงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและการบาดเจ็บ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น[3] สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2551 พบอัตราการเสียชีวิตจากการกระทำความรุนแรง 18.3 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งแม้จะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ปัญหาความรุนแรงในประเทศไทยก็มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว[4] ข้อมูลจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นถึงความเกี่ยวเนื่องระหว่างสถานการณ์ปัญหาความรุนแรงและสุขภาพจิต โดยผู้ที่ก่อความรุนแรงมักมีประวัติการทำร้ายตนเอง เช่น การทำร้ายร่างกายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย รวมถึงการกระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น[5,6,7]

สำหรับปัญหาการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของความรุนแรงต่อตนเอง ก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายงานจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั่วโลกประมาณ 1 ล้านคนต่อปี หรือเฉลี่ย 3,000 รายต่อวัน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10–20 เท่าของผู้ที่เสียชีวิต โดยเฉลี่ยแล้วมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คนทุก 20 วินาที และมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 1 คนทุก 1–2 วินาที[8] สำหรับประเทศไทย อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 8.8 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงเป็นอันดับสองรองจากอุบัติเหตุ โดยมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 4,419 รายต่อปี ซึ่งสูงกว่าการเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก[9] ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตในช่วงปี พ.ศ. 2562–2563 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในประชากรไทยเพิ่มขึ้นจาก 6.64 เป็น 7.37 ต่อประชากรแสนคน โดยเขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราสูงที่สุด (18.07 ต่อประชากรแสนคน)[10] ในปีงบประมาณ 2566 จังหวัดลำพูนมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 22.02 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย 29.53 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 1 และเป้าหมายของกรมสุขภาพจิต (น้อยกว่า 6.3 ต่อประชากรแสนคน ในพื้นที่อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปีงบประมาณ 2566 เท่ากับ 12.16 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของกรมสุขภาพจิตและใกล้เคียงกับอัตราในระดับเขตสุขภาพ[11] แสดงให้เห็นถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่อาจยังไม่ทั่วถึง หรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอาจไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม

จากสถานการณ์ดังกล่าว โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น อาจบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลที่ยั่งยืน โดยอาศัยศักยภาพและความร่วมมือของผู้นำชุมชนและครอบครัว อันจะเป็นกลไกสำคัญในการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental two-group pretest-posttest Design) ซึ่งประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และรับการรักษา ณ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน จำนวนทั้งสิ้น 216 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านธิ กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มละ 72 คน แต่ละกลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 36 คน มีการวัดผลการทดลองก่อนและหลัง ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง กันยายน พ.ศ.2567 กลุ่มควบคุมจะได้รับการดำเนินการรูปแบบเดิมตามมาตรฐานการรักษาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และกลุ่มทดลองจะได้รับการดำเนินการวิจัยด้วยกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้

โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน เอกสารเลขที่ REC 2567–62 ลงวันที่ 30 เมษายน 2567 ซึ่งภายหลังจากพัฒนารูปแบบการดำเนินการในครั้งนี้ให้ผลที่ดีต่อผู้เข้าร่วมการศึกษา จะนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ดูแลทั้งกลุ่มควบคุม และใช้เป็นมาตรฐานการดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
2. เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) = 0.80 ประเมินค่าอิทธิพล (effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้บททบทวนงานวิจัยของ วีรพงษ์ ธงหิมะ และคณะ [7] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองเท่ากับ 11.30 คะแนน กลุ่มควบคุมเท่ากับ 14.05 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.97 นำค่าที่ได้มาแทนค่าในสูตร $d = 0.7$ กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ Power analysis = 0.80 จากตาราง Power Tables for Effect Size d ได้ค่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่น้อยกว่ากลุ่มละ 33 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างดำเนินการวิจัยและเพื่อให้ครบทุกหมู่บ้าน ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 9.0 หรือจำนวน 3 คน คิดเป็นจำนวนทั้งสิ้นกลุ่มละ 36 คน และเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์คัดเข้า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช คือ ได้รับการวินิจฉัยและรักษาจิตเวช มาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ได้รับการประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ได้คะแนนระหว่าง 1 – 16 คะแนน อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบ้านธิ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน ควบคุมตนเองได้ ไม่มีอาการเอะอะ โวยวาย สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ กลุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านธิ คือ เป็นแกนนำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น มีภูมิลำเนาอยู่ภายในหมู่บ้านเดียวกันกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช คือ มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือการอบรมให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายและการส่งต่อโดยแพทย์สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (สุขภาพจิตชุมชน) กิจกรรมด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ แผนการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ฝึกทักษะการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สัญญาณเตือนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย วิธีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ระยะเวลาอบรม 8 ชั่วโมง

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านธิ และกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ตอบ มีจำนวน 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา บทบาทหน้าที่

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ เรื่องการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ลักษณะข้อคำถามปลายปิด แบบเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติการเป็นผู้เฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย มีข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) เลือกตอบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ เชิงลบจำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 15 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน

ส่วนที่ 4 การประเมินตนเองด้านพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) เลือกตอบ 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ คะแนนเต็ม 75 คะแนน

เครื่องมือการวิจัยชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.92 หลังจากนั้น นำเครื่องมือชุดที่ 2 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติ Cronbach's alpha ได้เท่ากับ 0.86

ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย สำหรับให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และ/หรือ สารเสพติด และการคัดกรองการก่อความรุนแรง ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Q) 9 คำถาม (9 Q) และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาร่วมกัน นำโดยแพทย์สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (สุขภาพจิตชุมชน) พยาบาลวิชาชีพ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ แคนนำชุมชน เครือข่ายสุขภาพ และประชาชนในพื้นที่ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้ตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ และประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย ในกรณีที่ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย จะไม่มีผลต่อการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในเอกสารและนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรม โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามแนวทางเดิมที่โรงพยาบาลบ้านธิเคยปฏิบัติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวทางใหม่ที่พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านธิ จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกัน การฆ่าตัวตาย และการส่งต่อ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ แผนการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ฝึกทักษะการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สัญญาณเตือนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย วิธีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ระยะเวลาอบรม 8 ชั่วโมง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน ตลอดระยะเวลาที่ทำงานอยู่ในโครงการวิจัย คือ 8 สัปดาห์ มีการกำกับและติดตามกลุ่มตัวอย่างโดยแพทย์สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (สุขภาพจิตชุมชน) และพยาบาลวิชาชีพ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กลุ่มทดลอง มีกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 2 3 4 และ 8 คือ

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรม “รู้ก่อนป้องกันได้” ให้กับกลุ่มทดลอง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายและการส่งต่อผู้ที่มีความคิดฆ่าตัว ตายเข้ารับการรักษา ฝึกทักษะการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมิน ความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) จากกรณีตัวอย่าง ประเมินความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย และแจกโปสเตอร์สัญญาณเตือนความ

เสี่ยงการฆ่าตัวตาย ไปติดไว้ในบ้านและสถานที่สาธารณะ เพื่อแจ้งเตือนต่อชุมชน ให้ร่วมกันเฝ้าระวังและทราบวิธีส่งต่ออย่างทันท่วงที

สัปดาห์ที่ 2 นักวิจัยเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลอง เพื่อประเมินสภาพร่างกาย รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ และวางแผนแก้ไขสาเหตุเป็นรายบุคคล รวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อลดโอกาสฆ่าตัวตาย เช่น การจัดเก็บเชื้อก อุณหภูมิของมีคม การเก็บน้ำยา สารเคมีต่างๆ ในที่ปลอดภัย การปรับเวลาบุคคลในครอบครัวให้สามารถสลับกันอยู่เป็นเพื่อนกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น

สัปดาห์ที่ 3 นักวิจัยเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลอง เปิดโอกาสให้กลุ่มเสี่ยงได้พูดระบายความรู้สึกของตนเอง จัดกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) ได้แก่ การรู้เท่าทันภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย การให้กำลังใจ การส่งเสริมทักษะในการแสวงหาความช่วยเหลือจาก ชุมชนและสังคม สายด่วนกรมสุขภาพจิต การส่งเสริม ความคิดเชิงบวก และการมองโลกในแง่ดี

สัปดาห์ที่ 4 - 7 จัดกิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง โดยส่งเสริมให้ครอบครัวหรือเครือข่ายบริการสุขภาพ ผลัดเปลี่ยนมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจกลุ่มทดลอง การโทรศัพท์พูดคุยกับญาติพี่น้อง รวมทั้งการชักจูงให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ออกไปนอกบ้านพบปะกับผู้อื่นมากขึ้น

สัปดาห์ที่ 8 เยี่ยมบ้านกลุ่มทดลอง เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 2Q 9Q 8Q ประเมิน ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน การฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย หลังการเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และฝึกทักษะการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 8 เยี่ยมบ้านกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 2Q 9Q 8Q ประเมิน ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน การฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย หลังการเข้าร่วมการวิจัย

กรอบแนวคิด



รูปที่ 1 กรอบแนวคิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Statistics ver.27 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้ในการแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการประเมินสุขภาพจิต ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติ Paired sample t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านธิ พบมากที่สุด คือเพศหญิง ร้อยละ 72.2 ช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 52.8 ระดับการศึกษาปริญญาตรี หรือ สูงกว่า ร้อยละ 44.4 และมีบทบาท / หน้าที่ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 72.2 กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช พบมากที่สุด คือ เพศหญิง ร้อยละ 63.9 ช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 36.1 ระดับการศึกษาปริญญาตรี หรือ สูงกว่า ร้อยละ 33.3 และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวช พบมากที่สุด คือ เพศชาย ร้อยละ 61.1 ช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ร้อยละ 44.4 สถานภาพโสด ร้อยละ 75.0 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 41.7 อาชีพพนักงานบริษัท หรือ ลูกจ้าง ร้อยละ 44.4 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 52.8 ฟังพาดิโตนระดับต่ำมาก ร้อยละ 47.2 และไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 75.0 กลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านธิ พบมากที่สุด คือ เพศหญิง ร้อยละ 63.9 ช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 47.2 ระดับการศึกษาปริญญาตรี หรือ สูงกว่า ร้อยละ 41.7 และมีบทบาท / หน้าที่ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 72.2 กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช พบมากที่สุด คือ เพศหญิง ร้อยละ 66.7 ช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 30.6 ระดับการศึกษาอนุปริญญา หรือ ปวส. ร้อยละ 30.6 และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวช พบมากที่สุด คือ เพศชาย ร้อยละ 58.3 ช่วงอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ร้อยละ 38.9 สถานภาพโสด ร้อยละ 44.4 และสมรส ร้อยละ 44.4 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. ร้อยละ 33.3 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 69.4 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 47.2 ฟังพาดิโตนระดับต่ำมาก ร้อยละ 44.4 และไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 69.4 รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มควบคุม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านธิ				
เพศ				
ชาย	10	27.8	13	36.1
หญิง	26	72.2	23	63.9
อายุ				
≤30 ปี	0	0.0	0	0.0
31-40 ปี	2	5.6	4	11.1
41-50 ปี	10	27.8	12	33.3
51-60 ปี	19	52.8	17	47.2
> 60 ปี	5	13.9	3	8.3

กลุ่มทดลอง (Min = 37.0, Max = 69.0, Mean = 53.08, S.D. = 7.76)

กลุ่มควบคุม (Min = 39.0, Max = 65.0, Mean = 51.33, S.D. = 7.12)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มควบคุม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0.0	0	0.0
ประถมศึกษา	0	0.0	0	0.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	11.1	4	11.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	6	16.7	7	19.4
อนุปริญญา หรือ ปวส.	10	27.8	10	27.8
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	16	44.4	15	41.7
บทบาท / หน้าที่				
อาสาสมัครสาธารณสุข	26	72.2	26	72.2
ผู้ใหญ่บ้าน	8	22.2	8	22.2
กำนัน	2	5.6	2	5.6
กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช				
เพศ				
ชาย	13	36.1	12	33.3
หญิง	23	63.9	24	66.7
อายุ				
≤30 ปี	1	2.8	3	8.3
31-40 ปี	13	36.1	8	22.2
41-50 ปี	12	33.3	9	25.0
51-60 ปี	6	16.7	5	13.9
>60 ปี	4	11.1	11	30.6
กลุ่มทดลอง (Min = 30.0, Max = 72.0, Mean = 46.56, S.D. = 11.70)				
กลุ่มควบคุม (Min = 27.0, Max = 69.0, Mean = 49.58, S.D. = 13.34)				
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0.0	0	0.0
ประถมศึกษา	9	25.0	4	11.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	5.6	8	22.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	5	13.9	9	25.0
อนุปริญญา หรือ ปวส.	8	22.2	11	30.6
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	12	33.3	4	11.1
กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช				
เพศ				
ชาย	22	61.1	21	58.3
หญิง	14	38.9	15	41.7

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มควบคุม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
≤30 ปี	16	44.4	14	38.9
31-40 ปี	8	22.2	7	19.4
41-50 ปี	4	11.1	10	27.8
51-60 ปี	3	8.3	3	8.3
>60 ปี	5	13.9	2	5.6
กลุ่มทดลอง (Min = 24.0, Max = 77.0, Mean = 38.31, S.D. = 14.49)				
กลุ่มควบคุม (Min = 20.0, Max = 73.0, Mean = 36.89, S.D. = 13.35)				
สถานภาพ				
โสด	27	75.0	16	44.4
สมรส	5	13.9	16	44.4
แยกกันอยู่	3	8.3	3	8.3
หย่าร้าง	1	2.8	1	2.8
หม้าย	0	0.0	0	0.0
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0.0	0	0.0
ประถมศึกษา	15	41.7	7	19.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	33.3	7	19.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	2	5.6	12	33.3
อนุปริญญา หรือ ปวส.	2	5.6	6	16.7
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	5	13.9	4	11.1
อาชีพ				
รับจ้างทั่วไป	10	27.8	25	69.4
พนักงานบริษัท หรือ ลูกจ้าง	16	44.4	2	5.6
ข้าราชการ	2	5.6	5	13.9
ค้าขาย	6	16.7	2	5.6
เกษตรกรรม	2	5.6	2	5.6
อื่นๆ	0	0.0	0	0.0
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Audit test)				
ไม่ดื่ม (0 คะแนน)	19	52.8	17	47.2
ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (1-7 คะแนน)	1	2.8	5	13.9
ดื่มแบบมีความเสี่ยง (8-15 คะแนน)	9	25.0	10	27.8
ดื่มแบบเสี่ยงสูง (16-19 คะแนน)	1	2.8	2	5.6
ติดสุรา (≥20 คะแนน)	6	16.7	2	5.6

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มควบคุม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมกาสูบบุหรี่ (Fagerström Test for Nicotine Dependence; FTND)				
ไม่สูบ (0 คะแนน)	0	0.0	0	0.0
พึ่งพานิโคตินระดับต่ำมาก (1-2 คะแนน)	17	47.2	16	44.4
พึ่งพานิโคตินระดับต่ำ (3-4 คะแนน)	3	8.3	3	8.3
พึ่งพานิโคตินระดับปานกลาง (5 คะแนน)	2	5.6	3	8.3
พึ่งพานิโคตินระดับสูง (6-7 คะแนน)	7	19.4	3	8.3
พึ่งพานิโคตินระดับสูงมาก (8-10 คะแนน)	7	19.4	11	30.6
การใช้สารเสพติด				
ไม่ใช้	27	75.0	25	69.4
ใช้สารกระตุ้นประสาท	3	8.3	6	16.7
ใช้สารกดประสาท	1	2.8	3	8.3
ใช้สารหลอนประสาท	2	5.6	1	2.8
ใช้สารฤทธิ์ผสมผสาน หรือใช้มากกว่า 2 ชนิด	3	8.3	1	2.8

ความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมการพัฒนาปรับเปลี่ยนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลอง กลุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านธิ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม ($p < 0.001$) การประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ($p < 0.001$) การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม ($p = 0.026$) คะแนนความรู้ ($p < 0.001$) คะแนนทัศนคติ ($p < 0.001$) คะแนนพฤติกรรม ($p = 0.026$) กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม ($p = 0.012$) คะแนนความรู้ ($p < 0.001$) คะแนนทัศนคติ ($p < 0.001$) คะแนนพฤติกรรม ($p < 0.001$) และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การก่อกวนรุนแรง ($p = 0.044$) และการประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ($p = 0.030$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังเข้าร่วมการพัฒนาปรับเปลี่ยนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลอง กลุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านธิ พบความแตกต่าง ภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ($p = 0.007$) การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม ($p = 0.033$) คะแนนความรู้ ($p < 0.001$) คะแนนทัศนคติ ($p < 0.001$) คะแนนพฤติกรรม ($p < 0.001$) กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช พบความแตกต่างภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม ($p = 0.048$) คะแนนความรู้ ($p < 0.001$) คะแนนทัศนคติ ($p < 0.001$) คะแนนพฤติกรรม ($p < 0.001$) และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช พบความแตกต่างภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม ($p = 0.032$) และการประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ($p = 0.003$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่างก่อน-หลัง และผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากเข้าร่วมการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง		ผลการประเมิน และคะแนน KAP				
		n	mean	SD	t	p-value
กลุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านธิ						
การคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)						
เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	1.11	0.747	-5.562	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	0.81	0.668	-1.848	0.073
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	0.42	0.554	-1.022	0.310
	กลุ่มควบคุม	36	0.58	0.806		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	1.11	0.747	1.828	0.072
	กลุ่มควบคุม	36	0.81	0.668		
การประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)						
เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	10.42	8.261	-5.690	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	6.39	2.901	-5.402	< 0.001**
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	3.33	4.517	0.447	0.657
	กลุ่มควบคุม	36	2.89	3.904		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	10.42	8.261	2.760	0.007*
	กลุ่มควบคุม	36	6.39	2.901		
การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)						
เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	0.97	2.513	-2.322	0.026*
	กลุ่มควบคุม	36	0.06	0.232	-1.435	0.160
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	0.00	0.00	-	-
	กลุ่มควบคุม	36	0.00	0.00		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	0.97	2.513	2.180	0.033*
	กลุ่มควบคุม	36	0.06	0.232		
คะแนนความรู้						
เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	14.92	0.280	-5.562	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	7.81	2.054	1.071	0.291
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	8.67	1.942	1.595	0.115
	กลุ่มควบคุม	36	7.92	2.048		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	14.92	0.280	20.583	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	7.81	2.054		
คะแนนทัศนคติ						
เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	52.19	5.170	-5.690	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	38.92	4.831	2.262	0.030*
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	49.94	3.992	9.892	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	39.33	5.048		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	52.19	5.170	11.259	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	38.92	4.831		

ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่างก่อน-หลัง และผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากเข้าร่วมการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง		ผลการประเมิน และคะแนน KAP				
		n	mean	SD	t	p-value
คะแนนพฤติกรรม						
เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	66.50	4.576	-2.322	0.026*
	กลุ่มควบคุม	36	27.86	3.650	-0.415	0.681
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	57.89	6.427	23.217	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	27.69	4.426		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	66.50	4.576	39.605	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	27.86	3.576		
กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช						
การคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)						
เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	1.14	0.723	-1.784	0.083
	กลุ่มควบคุม	36	1.47	0.774	-3.993	< 0.001**
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	0.42	0.554	-3.883	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	1.11	0.919		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	1.11	0.747	-2.013	0.048*
	กลุ่มควบคุม	36	1.47	0.774		
การประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)						
เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	10.42	8.090	-0.349	0.729
	กลุ่มควบคุม	36	10.11	6.079	-4.932	< 0.001**
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	3.33	4.517	-3.444	0.001*
	กลุ่มควบคุม	36	7.58	5.867		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	10.42	8.261	0.179	0.859
	กลุ่มควบคุม	36	10.11	6.079		
การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)						
เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	0.94	2.402	2.646	0.012*
	กลุ่มควบคุม	36	1.19	2.240	-2.140	0.039*
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	0.00	0.00	-2.668	0.009*
	กลุ่มควบคุม	36	0.92	2.062		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	0.97	2.513	-0.396	0.693
	กลุ่มควบคุม	36	1.19	2.240		

ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่างก่อน-หลัง และผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากเข้าร่วมการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง		ผลการประเมิน และคะแนน KAP				
		n	mean	SD	t	p-value
คะแนนความรู้						
เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	14.56	0.773	-14.593	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	8.75	1.556	2.624	0.013*
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	8.67	1.942	-1.267	0.209
	กลุ่มควบคุม	36	9.28	2.146		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	14.92	0.280	23.401	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	8.75	1.556		
คะแนนทัศนคติ						
เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	53.44	6.236	-4.615	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	32.44	5.867	5.946	< 0.001**
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	49.94	3.992	12.898	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	34.64	5.895		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	52.19	5.170	15.153	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	32.44	5.867		
คะแนนพฤติกรรม						
เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	67.31	6.462	-9.189	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	34.89	5.148	3.297	0.002*
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	57.89	6.427	15.120	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	36.56	5.511		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	66.50	4.576	27.536	< 0.001**
	กลุ่มควบคุม	36	34.89	5.148		
กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช						
การก่อความรุนแรง						
เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	0.64	0.931	2.092	0.044*
	กลุ่มควบคุม	36	0.75	1.204	-2.376	0.023*
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	0.75	1.052	1.276	0.206
	กลุ่มควบคุม	36	0.47	0.774		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	0.64	0.931	-0.438	0.663
	กลุ่มควบคุม	36	0.75	1.204		
การคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)						
เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	0.94	0.971	-1.00	0.324
	กลุ่มควบคุม	36	1.42	0.732	-3.162	0.003*
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	0.94	0.955	-1.170	0.246
	กลุ่มควบคุม	36	1.19	0.856		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	0.97	0.971	-2.194	0.032*
	กลุ่มควบคุม	36	1.42	0.732		

ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่างก่อน-หลัง และผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากเข้าร่วมการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง		ผลการประเมิน และคะแนน KAP				
		n	mean	SD	t	p-value
การประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)						
เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	7.11	8.006	-2.256	0.030*
	กลุ่มควบคุม	36	12.61	7.334	-7.123	< 0.001**
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	6.89	7.873	-1.472	0.145
	กลุ่มควบคุม	36	9.56	7.489		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	7.11	8.006	-3.039	0.003*
	กลุ่มควบคุม	36	12.61	7.334		
การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)						
เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	4.50	7.033	-1.540	0.132
	กลุ่มควบคุม	36	4.42	7.667	-2.788	0.009*
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	4.28	6.726	0.280	0.781
	กลุ่มควบคุม	36	3.81	7.574		
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	36	4.50	7.033	0.048	0.962
	กลุ่มควบคุม	36	4.42	7.666		

หมายเหตุ: SD = Standard Deviation

t, p-value เปรียบเทียบภายในกลุ่มหลังทดลอง = Paired sample t-test

t, p-value เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง = Independent t-test

KAP = Knowledge, Attitude, Practice

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

วิจารณ์

จากการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ครอบครัวผู้ป่วย และผู้ป่วยจิตเวชเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งด้านความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงประสิทธิภาพในการคัดกรองและการประเมินสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของ Amstein ที่ชี้ให้เห็นว่าการสร้างการมีส่วนร่วมในระดับต่างๆ จะนำไปสู่พลังในการขับเคลื่อนร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชน[12] เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต สอดคล้องกับ จักรกริช ไชยทองศรี และคณะ[6] พบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพและครอบครัวช่วยเพิ่มความแม่นยำในการคัดกรองโรคซึมเศร้าและลดอัตราการผิดพลาดการประเมินในชุมชนผลการศึกษาคั้งนี้ยังสอดคล้องกับ ธนกร กานตอภา[13] พบว่า การพัฒนาทักษะการประเมินภาวะซึมเศร้าในครอบครัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วขึ้นและลดความรุนแรงของอาการด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลของ ภัทรินทร์ ชิตดี และคณะ[14] ที่ยืนยันว่าการอบรมทักษะการประเมินและการจัดการเบื้องต้นแก่บุคลากรและครอบครัว สามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านพฤติกรรมความรุนแรง พบว่า ผู้เข้าร่วมมีความสามารถในการประเมินและเฝ้าระวังได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ รัศมี ชุตพิมาย

[15] ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายบริการสุขภาพ มีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันปัญหาความรุนแรงและด้านความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม การดูแล สอดคล้องกับ กนกศรี จาดเงิน และศิพนันกร เชื้อภักดี[16] พบว่า การให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ สามารถลดอคติและเพิ่มความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกในหลายด้านของกลุ่มตัวอย่างต่างๆ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นจากกลไกและกระบวนการมีส่วนร่วมที่ถูกออกแบบให้เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับนโยบาย ครอบครัว และชุมชน โดยมีบริการสุขภาพในพื้นที่เป็นแกนกลางในการประสานงาน กระบวนการมีส่วนร่วมเริ่มจากการให้ข้อมูลและสร้างความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งช่วยให้ทั้งเครือข่ายสุขภาพ ครอบครัว และผู้ป่วยเองมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลที่ถูกต้องมากขึ้น เมื่อมีการรับรู้และตระหนักรู้ที่ดีแล้วจึงตามมาด้วยเวทีการปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้ชุมชนและครอบครัวได้สะท้อนปัญหาและความต้องการจริง อันเป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างแรงจูงใจและความรู้สึกว่าเป็นผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล ไม่ใช่เพียงผู้รับบริการจากบุคลากรสุขภาพฝ่ายเดียว ซึ่งการลงมือปฏิบัติร่วมกันจึงเกิดขึ้นผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การคัดกรองเชิงรุก การประเมินภาวะซึมเศร้า การเยี่ยมบ้าน และการบำบัดแบบกลุ่ม กิจกรรมเหล่านี้ไม่เพียงแต่เพิ่มทักษะและประสบการณ์แก่ครอบครัวและผู้นำชุมชน แต่ยังสร้างความรู้สึกร่วมกันกับบุคลากรสุขภาพ การร่วมมือเช่นนี้สะท้อนถึงระดับของการมีส่วนร่วมที่ลึกซึ้งมากขึ้น และเมื่อชุมชนสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้กับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การใช้พื้นที่วัดหรือศาลาชุมชนเป็นศูนย์กลางกิจกรรม ตลอดจนการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาเสริมสร้างสุขภาพ ก็ถือเป็นการขยายสู่ระดับการมีอำนาจและความเป็นเจ้าของร่วม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของความยั่งยืนจากการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอำเภอบ้านธิครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าความสำเร็จไม่ได้อยู่ที่การเพิ่มศักยภาพของบุคลากรสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว และไม่ได้เกิดจากการพึ่งพิงตามธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเวช แต่เกิดจากการสร้างระบบความร่วมมือที่ทุกภาคส่วนมีบทบาทและมีส่วนร่วมด้วยกัน ทั้งครอบครัว ผู้นำชุมชน และเครือข่ายบริการสุขภาพ เมื่อทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การรับรู้ข้อมูล การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การลงมือปฏิบัติ ไปจนถึงการตัดสินใจร่วมกัน จึงนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม ตั้งแต่ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย และชุมชน

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งด้านความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม รวมถึงการลดระดับภาวะซึมเศร้า การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการลดความรุนแรง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับรูปแบบดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมดังกล่าวช่วยเสริมสร้างศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพ ครอบครัว และชุมชนได้อย่างแท้จริง จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้คือการผสมผสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและการปรับใช้วิธีการที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและสร้างการมีส่วนร่วมด้วยกัน แต่การศึกษามีข้อจำกัดด้านระยะเวลาและพื้นที่ที่เฉพาะเจาะจง จึงควรมีการติดตามผลในระยะยาวและการขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นเพื่อยืนยันความยั่งยืนของผลลัพธ์ โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ต่อยอดได้ทั้งในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการเสริมสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถช่วยลดภาระของระบบบริการสุขภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรพิจารณารูปแบบดังกล่าวพัฒนาสู่การดำเนินการเชิงนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นมาตรฐาน โดยขอสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานต่อหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง การอบรมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากร ผู้ดูแลผู้ป่วย และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือแกนนำชุมชน ทั้งกรรมการปกครอง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีข้อจำกัดด้านการควบคุมตัวแปรภายนอก ทำให้มีความเสี่ยงที่ตัวแปรภายนอกอื่นๆ ที่ไม่ได้ศึกษา อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ได้ เช่น ความแตกต่างด้านพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอื่นๆ ในพื้นที่ หรือการเปลี่ยนแปลงนโยบายสุขภาพจิต ซึ่งตัวแปรเหล่านี้อาจมีอิทธิพลต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลของผู้มีส่วนร่วมได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์เชิงบวกอันเป็นนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านการคัดกรอง การประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การลดพฤติกรรมการก่อความรุนแรง รวมถึงการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนและเสริมสร้างศักยภาพตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลลัพธ์ดังกล่าวเป็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้น ควรสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสม นอกจากนี้ การสร้างมาตรฐานแนวทางการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมจะช่วยให้การนำไปใช้และขยายผลเป็นไปอย่างมีมาตรฐานและสามารถติดตามประเมินผลได้ชัดเจน ควรมีกระบวนการสร้างความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเวชในสังคม โดยการรณรงค์และให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง สามารถลดอคติและลดการตีตราผู้ป่วยได้ดี การมีระบบการติดตาม ประเมินผลที่เข้มแข็งจะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในพื้นที่และบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อประเมินความสามารถในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้และความมีประสิทธิภาพ การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการนำรูปแบบการมีส่วนร่วมไปใช้ในระยะยาว เช่น 6 เดือน 1 ปี หรือมากกว่านั้น อาจช่วยให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาวได้มากขึ้น และควรมีการพิจารณาศึกษาผลลัพธ์ในด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล ภาระในการดูแลของผู้ดูแล ต้นทุนในการดูแล และความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- [1] Bandura A. Aggression: A social learning analysis. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1973.
- [2] Kowalski RM, Limber SP. Electronic bullying among middle school students. J Adolesc Health. 2007;41(6 Suppl):S22–30.
- [3] World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
- [4] National Health Information Center. Report on mortality statistics from violence in Thailand 2008. Bangkok: Ministry of Public Health; 2009. (in Thai)
- [5] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
- [6] Chaitongsri J, Butsaeng A, Surawan J Lophongpanit P. The Effectiveness of Suicide Surveillance and Prevention Guidelines with the Community Participation in Sam Sung District, Khon Kaen Province. J Psychiatr Assoc Thail. 2022;67(1):59–70. (in Thai)

- [7] Thonghima T, Moolsart S, Thomyangkoon P. The Effectiveness of a Suicide Prevention Program in Elderly with Depression in a Community. *Journal of Nursing, Public Health, and Education*. 2019;20(2):105-118. (in Thai)
- [8] World Health Organization. *Suicide worldwide in 2021: Global health estimates*. Geneva: WHO; 2021.
- [9] Department of Mental Health. *Report on suicide situation in Thailand 2020*. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2021. (in Thai)
- [10] Department of Mental Health. *Report on suicide surveillance, fiscal year 2020*. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2020. (in Thai)
- [11] Lamphun Provincial Public Health Office. *Report on suicide statistics, Health Region 1, fiscal year 2023*. Lamphun: Lamphun Provincial Public Health Office; 2023. (in Thai)
- [12] Arnstein SR. A ladder of citizen participation. *J Am Inst Plann*. 1969;35(4):216–24.
- [13] Kantaapa T. Model of chronic psychiatric patients care Khammuang Hospital Network Kalasin Province. *J Health Environ Educ*. 2020;5(4):99–104. (in Thai)
- [14] Chitdee P, Tumjan S, Sararath P, Pilathong A, Tipvaree P, Singthong D. Development of Care Model for Psychiatric Patients at Amnatcharoen Hospital, Ubol Ratchathani Province, Thailand. *Journal of Health Science*. 2020;29(3):489-496. (in Thai)
- [15] Chudpimai R. Development of a care model for chronic psychiatric patients at-risk groups in the community through the participation process of network partners, Lamplimat District, Buriram Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2022;16(3): 851–67. (in Thai)
- [16] Jard-ngoen G, Cheopakdee S. Development of Community's Psychiatric Patients care process by Community party network at Bangpakong districts. *Journal of Environmental and Community Health*. 2020;5(2):78-85. (in Thai)