

## การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยเครือข่ายชุมชน: นวัตกรรม "4 สร้าง 2 ใช้" ตำบลนาเลียว อำเภอเมืองชัยภูมิ

ดาวรุ่ง พิมพ์แสงศิลป์, พย.บ.\*<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยเครือข่ายชุมชนตามแนวทาง "4 สร้าง 2 ใช้" ในตำบลนาเลียว อำเภอเมืองชัยภูมิ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้ระยะเวลา 7 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) การวิเคราะห์ชุมชนและออกแบบนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม 2) การทดลองใช้นวัตกรรม และ 3) การประเมินผล กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 44 ราย, ผู้ดูแล 44 ราย และเครือข่ายชุมชน 28 ราย ประเมินผลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ก่อนและหลังการแทรกแซง ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า แนวทาง "4 สร้าง" ที่พัฒนาโดยเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย 1) การสร้างความปลอดภัย (Safe Space Café, เพื่อนบ้านดูแลกัน, Mental Health First Aid) 2) การสร้างความสงบ (สวนสามัคคีชุมชน, โยคะยามเย็น) 3) การสร้างความหวัง (เวทีแบ่งปัน, พี่เลี้ยงใจ) และ 4) การสร้างโอกาสใหม่ (เวทีเสวนา, “ลบความอับอาย”, โอกาสใหม่ในชุมชน) ส่วน "2 ใช้" เน้นการใช้ศักยภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน ผลจากการแทรกแซงด้วยนวัตกรรม พบว่า คะแนนเฉลี่ย Q9 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 6.95 เป็น 3.18 คะแนน (95% CI: 2.07, 5.48) และผู้ป่วยที่มีอาการน้อยหรือไม่มีอาการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.4 เป็นร้อยละ 81.8 และไม่มีผู้ป่วยคงอยู่ในระดับปานกลางหรือรุนแรง

แนวทาง "4 สร้าง 2 ใช้" เป็นนวัตกรรมที่มีศักยภาพในการปฏิรูประบบสุขภาพจิตในชุมชน ด้วยการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นและกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน แม้มีข้อจำกัดทางวิธีวิจัย แต่เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทไทย การขยายผลต่อยอดจึงมีความจำเป็น

**คำสำคัญ :** รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชน, ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง, เครือข่ายชุมชน

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเลียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

<sup>1</sup>ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ดาวรุ่ง พิมพ์แสงศิลป์, E-mail: rungpim29@gmail.com

# Development of a Community Network-Based Care Model for Chronic Psychiatric Patients: The "4 Build, 2 Use" Innovation Nasiew Sub-district, Mueang Chaiyaphum District

Doawrung Pimsaengsil, B.N.<sup>\*1</sup>

## Abstract

This research aimed to develop and evaluate a care model for chronic psychiatric patients through a community network based on the "4 Creating, 2 Using" approach in Na Siao sub-district, Mueang Chaiyaphum. This was a 7-month participatory action research study divided into three phases: 1) community analysis and participatory innovation design, 2) innovation trial, and 3) evaluation. The target group included 44 chronic psychiatric patients, 44 caregivers, and 28 community network members. The evaluation was conducted using a personal information questionnaire, the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), interviews, and focus groups, both before and after the intervention. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that the "4 Creating" approach, developed by the community network, consisted of: 1) **Creating Safety** (Safe Space Café, Neighborly Care, Mental Health First Aid), 2) **Creating Calm** (Community Meditation Garden, Evening Yoga), 3) **Creating Hope** (Sharing Platform, Mental Health Mentors), and 4) **Creating New Opportunities** (Discussion Forum, "Erase the Shame," New Opportunities in the Community). The "2 Using" approach focused on leveraging community potential and relationships. The intervention resulted in a significant decrease in the average PHQ-9 score from 6.95 to 3.18 (95% CI: 2.07, 5.48). The percentage of patients with minimal or no symptoms increased from 45.4% to 81.8%, with no patients remaining in the moderate or severe categories.

The "4 Creating, 2 Using" approach is a potential innovation for reforming community mental health systems. By genuinely utilizing local resources and participatory processes, it can create sustainable change. Despite methodological limitations, it provides a crucial foundation for contextually appropriate development in Thailand. Further scaling and expansion are therefore necessary.

**Keyword :** Community mental health care model, Chronic psychiatric patients, Community network

<sup>\*</sup>Registered Nurse, Professional Level, Nasiew Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang District, Chaiyaphum Province

<sup>1</sup>Corresponding author: Doawrung Pimsaengsil, E-mail: rungpim29@gmail.com

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นภาระสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก<sup>(1)</sup> โดยเฉพาะในประเทศไทย กำลังพัฒนาที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการ<sup>(2)</sup> ในประเทศไทย ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคเสพติดสารเสพติดและโรคจิตเภทเป็นปัญหาหลัก<sup>(2-3)</sup>

ตำบลนาเลียว อำเภอมือซ่งชัยภูมิ เป็นตัวอย่างของชุมชนชนบทที่เผชิญความท้าทายด้านสุขภาพจิต โดยมีประชากร 7,195 คน กระจายใน 12 หมู่บ้าน มีลักษณะโครงสร้างประชากรแบบ "ปริมณฑลประชากรทรงกระบอกคว่ำ" ด้วยสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 21.6 และเด็กเยาวชนเพียงร้อยละ 11.0 จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่าแม้จะมีการครอบคลุมการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเกินร้อยละ 100 แต่ช่องว่างของการเข้าถึงการรักษาในกลุ่มที่ติดสารเสพติด และผู้ป่วยจิตเวช ยังสูงถึงร้อยละ 83.5 ซึ่งสะท้อนปัญหาความไม่ต่อเนื่องในการดูแล<sup>(4)</sup>

ระบบการดูแลสุขภาพจิตแบบเดิมที่เน้นการรักษาในสถานพยาบาลมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและความยั่งยืน โดยเฉพาะในชุมชนชนบทที่มีข้อจำกัดด้านระยะทางและทรัพยากร แนวคิดการดูแลสุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health) จึงได้รับความสนใจมากขึ้น เนื่องจากเน้นการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน<sup>(5-6)</sup>

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยเครือข่ายชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชนบทไทย โดยใช้แนวทาง "4 สร้าง 2 ใช้" ที่เน้นการสร้างความปลอดภัย ความสงบ ความหวัง และโอกาสใหม่ ควบคู่กับการใช้ศักยภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน คำถามวิจัยหลักคือ แนวทางการดูแลแบบนี้สามารถปรับปรุงสถานะสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้หรือไม่ และมีประสิทธิผลเพียงใด

ความสำคัญของการศึกษานี้อยู่ที่การสร้างแบบจำลองการดูแลสุขภาพจิตที่ยั่งยืนและสามารถขยายผลได้ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ลดการพึ่งพาระบบสุขภาพแบบเดิม และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนโดยการบูรณาการแนวคิด "4 สร้าง 2 ใช้" เข้ากับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวอย่างยั่งยืนของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในพื้นที่ตำบลนาเลียว อำเภอมือซ่งชัยภูมิ

2. เพื่อประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้มีรากฐานจากการบูรณาการทฤษฎีพื้นฐานสามกลุ่มหลัก ได้แก่

แนวคิด Recovery-Oriented Care<sup>(7)</sup> ที่เน้นการสร้างความหวัง ความปลอดภัย และการมีส่วนร่วม ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Cohen และ Wills (1985)<sup>(8)</sup> และแนวคิด Asset-Based Community Development ของ Kretzmann และ McKnight (1993)<sup>(9)</sup> ควบคู่กับแนวคิดการมีส่วนร่วมที่ประกอบด้วย Peer Support ของ Davidson และคณะ (2012)<sup>(10)</sup> และ Participatory Action Research ของ Nieweglowski et.al. (2024)<sup>(11)</sup> พร้อมทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์จาก Cuijpers (2011)<sup>(12)</sup>

ทฤษฎีเหล่านี้ถูกแปลงเป็นนวัตกรรม "4 สร้าง 2 ใช้" ที่ประกอบด้วย การสร้าง 4 องค์ประกอบหลัก คือ ความปลอดภัย ความสงบ ความหวัง และโอกาสใหม่ ร่วมกับการใช้ศักยภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน โดยดำเนินการผ่านกระบวนการ 3 ระยะ ได้แก่ การ

วิเคราะห์ชุมชน การออกแบบและทดสอบ และการประเมินผล ภายใต้บริบทชุมชนไทยที่เน้นการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นและภูมิปัญญาไทย

กรอบแนวคิดนี้มุ่งเป้าไปที่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการลดคะแนน PHQ-9 การเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างระบบดูแลที่ยั่งยืน โดยมีปัจจัยความสำเร็จสี่ประการคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้ทรัพยากรท้องถิ่น การสร้างเครือข่ายสังคม และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่ความยั่งยืนในการดำเนินงานระยะยาว กรอบแนวคิดนี้แสดงให้เห็นการเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในการดูแลสุขภาพจิตชุมชนไทย ดังแสดงใน Figure 1

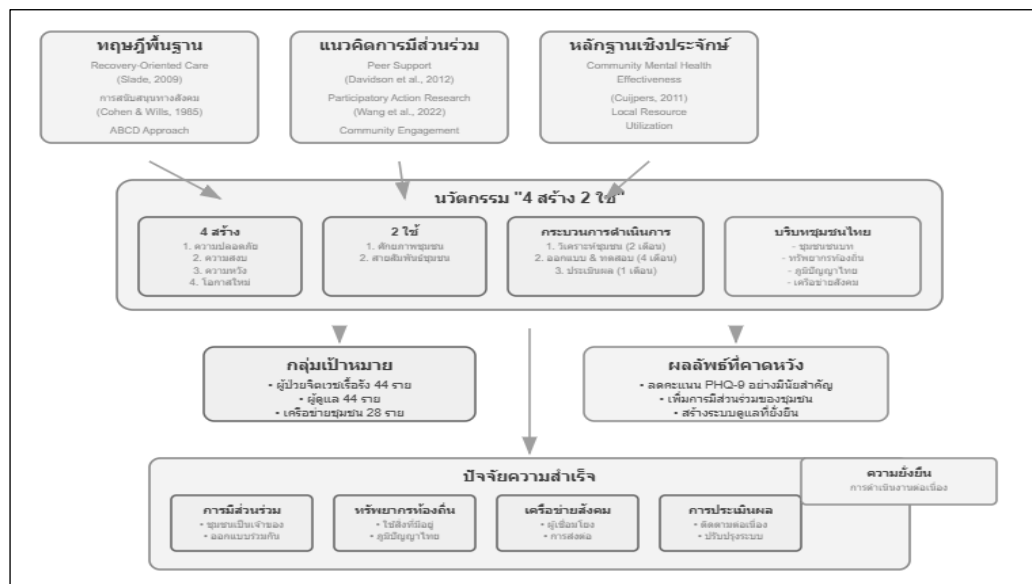


Figure 1: Conceptual Framework for the Research.

## ระเบียบวิธีวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ที่ใช้วิธีการแบบผสมวิธี (Mixed Methods) โดยผสมผสานการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 7 เดือน (กุมภาพันธ์ - สิงหาคม 2567) แบ่งเป็น 3 ระยะหลัก โดยมีพื้นที่ศึกษาในตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย  
กลุ่มหลัก คือ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทั้งหมดจำนวน 44 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยและการติดตามการรักษา

กลุ่มผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 44 คน

กลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปราชญ์ชาวบ้าน คัดแบบเฉพาะเจาะจง รวม 28 คน

### วิธีดำเนินการวิจัย

กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะรวม 7 เดือน เริ่มด้วย

**ระยะที่ 1:** การประเมินและวิเคราะห์ชุมชนใช้เวลา 2 เดือน โดยดำเนินการสำรวจชุมชนผ่าน Community Walk การสัมภาษณ์กลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย พร้อมทั้งทำการสำรวจเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามความต้องการในกลุ่มผู้ดูแล

ผู้ป่วย แบบประเมินโรคซึมเศร้า (PHQ-9) ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง รวมถึงการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน อย่างน้อย 1 ครั้ง

**ระยะที่ 2:** การออกแบบนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม และการทดสอบรูปแบบ ใช้เวลา 4 เดือน เริ่มจากการคืนข้อมูลสู่ชุมชนผ่านประชาคมหมู่บ้าน จัด Co-design Workshop แบบ Design Thinking เป็นเวลา 2 วัน พัฒนา Theory of Change และฝึกอบรมทีมงานและอาสาสมัครสุขภาพจิต (บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข) ดำเนินการ Skills and Assets Inventory เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ทำ Social Network Mapping เป็นเวลา 3 วัน และดำเนินกิจกรรมตามแนวทาง "4 สร้าง 2 ใช้"

**ระยะที่ 3:** การประเมินผล ใช้เวลา 1 เดือน โดยการประเมินผลลัพธ์ วัดระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ และจัด Focus group และสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

### เครื่องมือในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเครื่องมือหลัก 4 ชนิด โดยใช้แบบสอบถาม PHQ-9 สำหรับประเมินภาวะซึมเศร้า จากการทดสอบนักร้อง ได้ค่าความเชื่อมั่น  $\alpha = 0.89$  และแบบสอบถามความต้องการด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (IOC = 1.00) สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แนวทางการ

สัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนได้  
เสียเป็นรายบุคคล และแนวทางการจัด Focus  
Group Discussion สำหรับการสนทนากลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการใน  
ระยะเวลา 2 เดือนแรก และหลังดำเนินการ โดย  
เริ่มจากการสำรวจด้วยแบบสอบถามในชุมชน  
จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้มีส่วนได้  
เสีย จำนวน 8-10 ราย โดยใช้เวลาราย 45-60 นาที  
และจัด Focus Group Discussion ในกลุ่มผู้มีส่วน  
ได้เสีย กลุ่มละ 6-8 คน ใช้เวลากลุ่มละ 90-120  
นาที พร้อมทั้งบันทึกเสียงและจดบันทึกประเด็น  
สำคัญ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาความลับและ  
ใช้เฉพาะในงานวิจัยนี้เท่านั้น

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนาเพื่อ  
วิเคราะห์ค่ากลางและการกระจายของข้อมูล เช่น  
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงความถี่  
และร้อยละ และใช้การทดสอบ Paired t-test เพื่อ  
เปรียบเทียบคะแนน Q9 ก่อนและหลังการ  
แทรกแซง

ในส่วนของคุณภาพเชิงคุณภาพ ได้  
ดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้วิธี Thematic Analysis  
เพื่อหาแนวโน้มและประเด็นสำคัญจากข้อมูลที่ได้  
จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มเชิงลึก  
(Focus Group) ซึ่งช่วยให้เข้าใจความรู้สึกและ  
มุมมองของกลุ่มเป้าหมายอย่างลึกซึ้ง ส่วนการ  
วิเคราะห์ Content Analysis จะถูกนำมาใช้กับ  
เอกสารและบันทึกการสังเกต เพื่อสกัดข้อมูลเชิง  
ความหมายและแนวโน้มในเนื้อหา

## ผลการวิจัย

### การวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

**การสำรวจและวิเคราะห์ชุมชน:** ตำบลนา  
เลี้ยว มีประชากร 7,195 คน ใน 12 หมู่บ้าน โดยมี  
โครงสร้างประชากรแบบ "ปิระมิดทรงกระบอก  
คว่ำ" ประกอบด้วยเด็กและเยาวชน (0-14 ปี) ร้อย  
ละ 11.0 วัยทำงาน (15-64 ปี) ร้อยละ 67.4 และ  
ผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 21.6 โดยสัดส่วน  
ผู้สูงอายุสูงกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก  
(WHO) ขณะที่เด็กและเยาวชนต่ำกว่ามาตรฐาน  
ของประเทศกำลังพัฒนา สร้างความท้าทายด้าน  
อัตราการพึ่งพิงที่สูงถึง 48.3 ต่อ 100 คนวัยทำงาน  
และแนวโน้มการลดลงของอัตราการเกิดที่จะ  
ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างประชากรในอนาคต

### สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตในพื้นที่:

ข้อมูล เมื่อ ปี พ.ศ.2566 พบว่า โรคสมาธิสั้นใน  
พื้นที่พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 4 คน คิดเป็นอัตรา  
ป่วย 56.07 ต่อแสนประชากร ขณะที่ ภาวะสมอง  
เสื่อมในพื้นที่พบในระดับที่ค่อนข้างต่ำ โดยมี  
ผู้ป่วยเพียง 1 คน และจุดอ่อนที่สำคัญที่สุดของ  
ระบบสุขภาพจิตในตำบลนาเลี้ยว คือ การคัด  
กรองความเครียดที่มีอัตราต่ำมากในทุก  
กลุ่มเป้าหมาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน  
1,472 คน อัตราการคัดกรองร้อยละ 0.1 กลุ่ม  
ผู้สูงอายุ ร้อยละ 0.05 และหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ  
4.6 อัตราการคัดกรองที่ต่ำทุกกลุ่มนี้ สะท้อนให้  
เห็นถึงปัญหาระบบบริการที่ขาดการบูรณาการ  
และความไม่เพียงพอของบุคลากรด้านสุขภาพจิต

**ความต้องการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต:**  
จากการสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง จำนวน 44 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (26 ราย; ร้อยละ 59.1) อายุเฉลี่ย 54.93 ปี (S.D. = 17.47) และส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 68.2 มีรายได้ค่า

กว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 75.0 และพบว่าความต้องการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตสูงสุดตามอันดับแรก คือ การช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม (Mean = 4.00), การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยชุมชน (Mean = 3.93) และการจัดหาและติดตามการรักษา (Mean = 3.89) รายละเอียด ดัง Table 1

**Table 1:** Mental Health Needs Levels of Caregivers for Chronic Psychiatric Patients

| หัวข้อ                                                  | ระดับความต้องการ (n, %) |         |          |          |          | Mean (S.D.) | ระดับ      |
|---------------------------------------------------------|-------------------------|---------|----------|----------|----------|-------------|------------|
|                                                         | not                     | little  | moderate | a lot    | most     |             |            |
| 1.ความต้องการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต                   | 1(2.3)                  | 6(13.6) | 12(27.3) | 17(38.6) | 8(18.2)  | 3.57(1.02)  | High level |
| 2.ความต้องการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต                  | 1(2.3)                  | 5(11.4) | 9(20.4)  | 17(38.6) | 12(27.3) | 3.77(1.05)  | High level |
| 3.ความต้องการ การจัดหาและติดตามการรักษา                 | 1(2.3)                  | 3(6.8)  | 8(18.2)  | 20(45.4) | 12(27.3) | 3.89(0.97)  | High level |
| 4.ความต้องการ การเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข         | 2(4.5)                  | 4(9.1)  | 15(34.1) | 12(27.3) | 11(25.0) | 3.59(1.11)  | High level |
| 5.ความต้องการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน            | 1(2.3)                  | 6(13.6) | 9(20.5)  | 17(38.6) | 11(25.0) | 3.70(1.07)  | High level |
| 6.ผู้ป่วยในชุมชนควรได้รับการดูแลจากเครือข่ายชุมชน       | 1(2.3)                  | 5(11.4) | 5(11.4)  | 18(40.8) | 15(34.1) | 3.93(1.06)  | High level |
| 7.บทบาทเครือข่ายชุมชน ประสานงานกับสถานพยาบาล            | 1(2.3)                  | 6(13.6) | 6(13.6)  | 16(36.4) | 15(34.1) | 3.86(1.11)  | High level |
| 8.บทบาทเครือข่ายชุมชน ให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตแก่ชุมชน | 1(2.3)                  | 4(9.1)  | 10(22.7) | 16(36.4) | 13(29.5) | 3.82(1.04)  | High level |
| 9.บทบาทเครือข่ายชุมชน ช่วยดูแลผู้ป่วยในครอบครัว         | 2(4.5)                  | 3(6.8)  | 13(29.6) | 15(34.1) | 11(25.0) | 3.68(1.07)  | High level |
| 10.บทบาทเครือข่ายชุมชนจัดหากิจกรรมฟื้นฟูสภาพจิตใจ       | 2(4.5)                  | 3(6.8)  | 12(27.3) | 15(34.1) | 12(27.3) | 3.73(1.09)  | High level |
| 11.บทบาทเครือข่ายชุมชน ช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม      | 1(2.3)                  | 3(6.8)  | 7(15.9)  | 17(38.6) | 16(36.4) | 4.00(1.01)  | High level |

## การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิตและความต้องการในพื้นที่ตำบลนาเลียว อำเภอเมืองชัยภูมิ ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ SWOT โดยกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียในการดำเนินการ พบว่าชุมชนมีจุดแข็งในเรื่องของความตระหนักและให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตเป็นอย่างดี รวมถึงมีความเข้าใจในบทบาทของเครือข่ายชุมชนอย่างชัดเจน และพร้อมที่จะรับการพัฒนาระบบสุขภาพจิตให้ดีขึ้น ส่วนในด้านจุดอ่อนนั้น พบว่าระบบการดูแลสุขภาพจิตยังไม่เป็นรูปธรรมมาก

นัก และอาจมีข้อจำกัดด้านบุคลากรที่เชี่ยวชาญ รวมถึงการประสานงานในระดับชุมชนยังไม่เพียงพอ

และโอกาสในการพัฒนา ชุมชนมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพจิตอย่างสูง ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีสำหรับการพัฒนาและสามารถนำไปเป็นต้นแบบโครงการในระดับจังหวัดได้อีกทั้งยังมีศักยภาพในการเสริมสร้างเครือข่ายชุมชนให้เข้มแข็งมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน ก็ยังเผชิญกับอุปสรรคด้านข้อจำกัดงบประมาณและทรัพยากร รวมถึงความไม่ต่อเนื่องในการดำเนินงาน และ

การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นความท้าทายในการพัฒนาระบบสุขภาพจิตในพื้นที่ตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังแสดงใน Figure 2

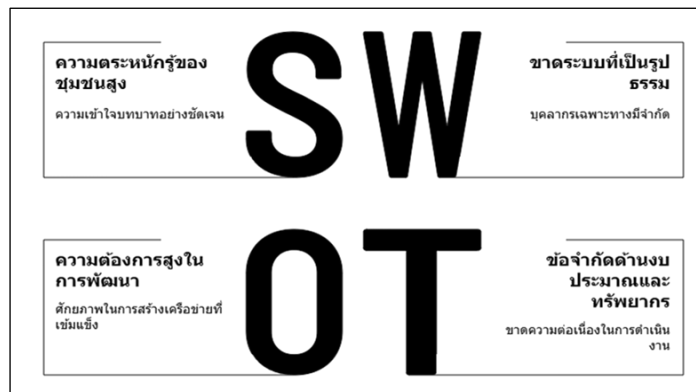


Figure 2: SWOT Analysis

และจากการระดมสมองในกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย ทั้ง 28 ราย ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในพื้นที่ โดยอาศัยแนวคิด "4 สร้าง 2 ใช้" การดำเนินงานใช้เวลา 4 เดือน โดยเป็นการออกแบบร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับชุมชนเป็นเวลา 2 เดือน และคืนข้อมูลการศึกษาให้ชุมชนทราบ แล้วจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 วันที่ใช้กระบวนการ Design Thinking ระดมความคิดและออกแบบกิจกรรมสำหรับเป้าหมายแต่ละข้อ และขั้นตอนสุดท้ายเป็นการทดสอบระบบโดยสำรวจทักษะและทรัพยากรของทุกครัวเรือน ฝึกอบรมอาสาสมัครสุขภาพจิต และการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น พร้อมสร้างเครือข่ายชุมชน ประชาสัมพันธ์ส่งต่อข้อมูล

ผลของการพัฒนารูปแบบ พบว่ามีกิจกรรมที่หลากหลาย โดยเริ่มจากการสร้างความรู้สึกปลอดภัยผ่านการจัดตั้ง Safe Space Café ทุกวันพุธและเสาร์ ควบคู่กับโครงการเพื่อนบ้านดูแลกันและการฝึกอบรม Mental Health

First Aid ให้อาสาสมัคร ต่อด้วยการสร้างความรู้สึกสงบผ่าน "สวนสมาธิชุมชน" ทุกเช้าวันอาทิตย์และโยคะยามเย็นทุกวันพฤหัสบดีเพื่อผ่อนคลาย ถัดมาคือการสร้างความหวังผ่านเวทีประชาคมเดือนละครั้ง และโครงการ "พี่เลี้ยงใจ" ที่จับคู่คนที่ผ่านปัญหาเดียวกันให้ความช่วยเหลือกัน สุดท้ายคือการสร้างโอกาสและลดอคติด้วยแคมเปญ "ลบความอับอาย" เพื่อลดการตีรำนอกจากนี้ ยังมีเวทีเสวนาผู้เชี่ยวชาญ และการสร้างโอกาสความมั่นคงโดยผ่านกลุ่มออมทรัพย์ในหมู่บ้านเพื่อแก้ปัญหาเศรษฐกิจ

ส่วนแนวทาง "2 ใช้" ประกอบด้วยการใช้ศักยภาพของชุมชนผ่านการสำรวจทักษะ และฝึกอบรมอาสาสมัครสุขภาพจิต ร่วมกับการใช้สายสัมพันธ์ในชุมชนผ่าน Social Network Mapping ครอบคลุม 12 หมู่บ้าน การฝึกอบรม Community Connector 12 คน และจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

โดยรวมแล้ว แนวทางนี้คือชุมชน  
ออกแบบกิจกรรมเอง ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ทำให้  
เกิดความยั่งยืน รายละเอียด ดัง Table 2

**Table 2:** Summary of Activities for Developing a Care Model for Chronic Psychiatric Patients Based on the "4 Build, 2 Use" Approach

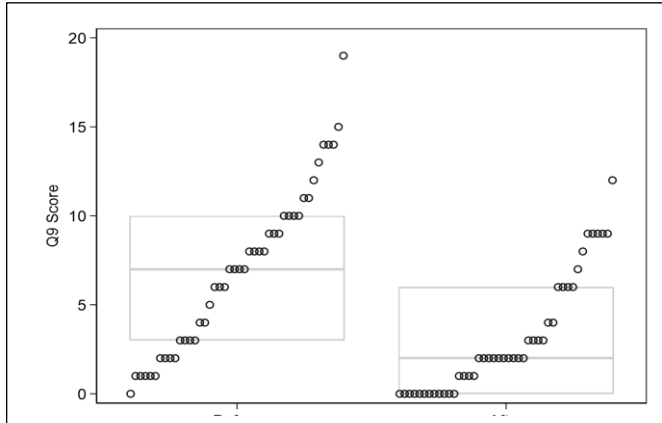
| แนวทาง                        | กลยุทธ์หลัก                                                                                                                                                                                  | กิจกรรมที่ดำเนินการ                                                                                                                                                              | สิ่งที่ค้นพบ                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. สร้างความรู้สึกปลอดภัย     | <ul style="list-style-type: none"> <li>สร้างพื้นที่ปลอดภัย (กาย+ใจ)</li> <li>พัฒนาทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น</li> </ul>                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Safe Space Café</li> <li>โครงการเพื่อนบ้านดูแลกัน</li> <li>การฝึกอบรม Mental Health First Aid</li> </ul>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ความไว้วางใจต้องใช้เวลาสร้าง (2-3 เดือนแรก)</li> <li>การมีพื้นที่ปลอดภัยลดความเครียดลงได้</li> <li>เครือข่ายเพื่อนบ้านช่วยป้องกันปัญหาลุกเลิน</li> </ul> |
| 2. สร้างความรู้สึกสงบ         | <ul style="list-style-type: none"> <li>การใช้กิจกรรมผ่อนคลายและลดความเครียด</li> <li>การผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกับวิธีการสมัยใหม่</li> <li>การสร้างพื้นที่ธรรมชาติเพื่อการฟื้นฟู</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>สวนสมาธิชุมชน (ทุกอาทิตย์)</li> <li>โยคะยามเย็น (ทุกพฤหัสบดี)</li> </ul>                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>กิจกรรมกลางแจ้งได้ผลดีกว่าในห้องปิด</li> <li>การรวมกลุ่มตามความสนใจเพิ่มความยั่งยืน</li> </ul>                                                           |
| 3. สร้างความหวัง              | <ul style="list-style-type: none"> <li>การแบ่งปันเรื่องราวแห่งความสำเร็จ</li> <li>การสร้างระบบพี่เลี้ยงและการสนับสนุนเพื่อนต่อเพื่อน</li> <li>การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>เวทีแบ่งปันเรื่องราวดี (1 ครั้ง/เดือน)</li> <li>โครงการ "พี่เลี้ยงใจ"</li> <li>กิจกรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิต</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>เรื่องราวเล็ก ๆ มีพลังมากกว่าที่คิด</li> <li>การช่วยเหลือจากคนที่ผ่านปัญหามาแล้วมีประสิทธิภาพสูง</li> <li>การเรียนรู้ร่วมกันสร้างพลังชุมชน</li> </ul>    |
| 4. สร้างความเข้าใจและให้โอกาส | <ul style="list-style-type: none"> <li>การลดการตีตราและอคติ</li> <li>การสร้างโอกาสใหม่สำหรับผู้ที่เคยมีปัญหา</li> </ul>                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>แคมเปญ "ลบความอับอาย"</li> <li>เวทีเสวนาสุภาพจิต (1 ครั้ง/เดือน)</li> <li>โครงการ "โอกาสใหม่ในชุมชน"</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>การเปลี่ยนทัศนคติต้องใช้เวลา (6+ เดือน)</li> <li>การมีโอกาสนานช่วยฟื้นฟูความมั่นใจ</li> <li>เวทีเสวนาสร้างความเข้าใจได้ดี</li> </ul>                     |
| 1. ใช้ศักยภาพชุมชน            | <ul style="list-style-type: none"> <li>การสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลทรัพยากรชุมชน</li> <li>การพัฒนาศักยภาพอาสาฯ และผู้นำ</li> <li>การใช้องค์ความรู้พื้นบ้านผสมผสาน</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Skills and Assets Inventory</li> <li>ฝึกอบรมอาสาสมัครสุขภาพจิต</li> <li>Train the Trainer</li> <li>การสร้างกลุ่มช่วยเหลือตนเอง</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ชุมชนมีทรัพยากรมากกว่าที่คิด</li> <li>อาสาสมัครท้องถิ่นมีประสิทธิภาพสูงกว่าผู้เชี่ยวชาญนอก</li> <li>ภูมิปัญญาท้องถิ่นสามารถนำมาใช้ได้จริง</li> </ul>     |
| 2. ใช้สายสัมพันธ์ในชุมชน      | <ul style="list-style-type: none"> <li>การวิเคราะห์เครือข่ายสังคมในชุมชน</li> <li>การพัฒนาผู้เชื่อมโยงชุมชน (Community Connector)</li> <li>การสร้างระบบการส่งต่อและประสานงาน</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Social Network Mapping</li> <li>ฝึกอบรม Community Connector</li> <li>สร้างระบบการส่งต่อ</li> <li>Mentorship Network</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>เครือข่ายความสัมพันธ์เดิมเป็นรากฐานสำคัญ</li> <li>ผู้เชื่อมโยงมีบทบาทสำคัญในการขยายผล</li> <li>ระบบส่งต่อลดเวลาการเข้าถึง</li> </ul>                     |

### การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

1. ทดสอบคะแนนประเมินโรคซึมเศร้า PHQ-9 ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในพื้นที่ตำบลนาเสียวจำนวน 44 ราย ผลการศึกษา พบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนน PHQ-9 ก่อนการดำเนินการพัฒนารูปแบบตามแนวทาง "4 สร้าง 2 ใช้" อยู่ที่ 6.95 คะแนน (S.D. = 4.62) และภายหลังการดำเนินการ ลดลงเหลือ 3.18 คะแนน (S.D. = 3.32)

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 3.77  
 คะแนน (95% CI: 2.07, 5.48) ซึ่งมีนัยสำคัญทาง  
 สถิติ ( $p < 0.001$ )



**Figure 3:** Average PHQ-9 Scores Before and After Implementing the "4 Build, 2 Use" Care Model Development

เมื่อจัดกลุ่มคะแนน PHQ-9 ตามระดับ  
 ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า พบว่าการแทรกแซง  
 ให้ผลลัพธ์ที่น่าประทับใจ โดยกลุ่มที่มีอาการน้อย  
 หรือไม่มีอาการ (คะแนนต่ำกว่า 7) เพิ่มขึ้นจาก 20  
 คน (ร้อยละ 45.4) เป็น 36 คน (ร้อยละ 81.8) คิด  
 เป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 80.0 ขณะที่กลุ่มอาการ  
 ระดับน้อย (7-12 คะแนน) ลดลงจาก 18 คน (ร้อย  
 ละ 40.9) เป็น 8 คน (ร้อยละ 18.2) หรือลดลงร้อย  
 ละ 55.6

ส่วนกลุ่มที่มีอาการระดับปานกลาง (13-  
 18 คะแนน) และรุนแรง (มากกว่า 19 คะแนน) มี  
 การลดลงถึงร้อยละ 100.0 โดยไม่มีผู้ป่วยคงอยู่ใน  
 ระดับเหล่านี้หลังการแทรกแซง ผลลัพธ์นี้แสดง  
 ให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงจาก  
 ระดับอาการที่รุนแรงกว่าไปสู่ระดับที่รุนแรงน้อย  
 กว่า รายละเอียด ดัง Table 3

**Table 3:** Changes in the Severity Level of Depression in Chronic Psychiatric Patients

| Severity Level                              | Before (n, %) | After (n, %) | % change |
|---------------------------------------------|---------------|--------------|----------|
| No symptoms or minimal symptoms (PHQ-9 < 7) | 20 (45.4)     | 36 (81.8)    | +80.0%   |
| Mild (7 – 12 points)                        | 18 (40.9)     | 8 (18.2)     | -55.6%   |
| Moderate (13 – 18 points)                   | 5 (11.4)      | 0 (0.0)      | -100.0%  |
| Severe (> 19 points)                        | 1 (2.3)       | 0 (0.0)      | -100.0%  |

2. ประเมินผลจากผู้มีส่วนได้เสีย ที่จัดขึ้น  
 ในรูปแบบ Focus Group เมื่อสิ้นสุดโครงการ โดย

มีผู้เข้าร่วม 28 คน เมื่อทีมวิจัยนำเสนอผลการ  
 ดำเนินงานที่แสดงการลดลงของคะแนนซึมเศร้า

อย่างมีนัยสำคัญ ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความประทับใจและยืนยันว่าตัวเลขสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่พวกเขาสังเกตเห็นในชุมชน โดยผู้ใหญ่บ้านกล่าวว่า "คนในหมู่บ้านเริ่มออกมาคุยกันมากขึ้น ไม่เก็บตัวอยู่แต่ในบ้านเหมือนเดิม" และอาสาสมัครสาธารณสุขเสริมว่า "ก่อนหน้านี้ต้องใช้เวลามากกว่าผู้ป่วยจะเปิดใจคุย แต่ตอนนี้หลายคนเริ่มคุยเองก่อน"

การอภิปรายแต่ละองค์ประกอบของแนวทาง "4 สร้าง" ได้รับความคิดเห็นเชิงบวก โดยการสร้างความรู้สึกลดอคติผ่าน Safe Space Café ที่ศาลาวัดช่วยลดอุปสรรคทางจิตใจ เพราะเป็นสถานที่คุ้นเคยและไม่มีการตีตรา การสร้างความสงบผ่านกิจกรรมโยคะได้รับการตอบรับดีจากผู้สูงอายุเพราะช่วยลดอาการปวดและหลับง่ายขึ้น การสร้างความหวังผ่านเวทีประชาคมและโครงการ "พี่เลี้ยงใจ" ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและเห็นแนวทางการฟื้นตัว ขณะที่การสร้างโอกาสผ่านกิจกรรม "ลดความอับอาย" ทำให้การพูดถึงปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องปกติมากขึ้นสำหรับการใช้ศักยภาพชุมชนช่วยกันพบทักษะที่มีอยู่แล้ว เช่น การนวดแผนไทยและยาสมุนไพร ส่วนการใช้สายสัมพันธ์ผ่านโครงการ "เพื่อนบ้านดูแลกัน" สร้างความอบอุ่นและช่วยตรวจพบปัญหาได้เร็วขึ้น

แม้ผลการดำเนินงานจะดี แต่ผู้เข้าร่วมยังชี้ให้เห็นความท้าทายในการรักษาความต่อเนื่องเมื่อไม่มีทีมวิจัยสนับสนุน และเสนอแนะให้จัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิตชุมชนพร้อมแผนงานระยะยาวและงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล นอกจากนี้ยังเสนอให้ขยายแนวคิดไปยัง

กลุ่มอื่นในชุมชนเพื่อการป้องกัน ผู้เข้าร่วมให้ความสำคัญกับความยั่งยืนของโครงการที่ไม่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีหรืออุปกรณ์ราคาแพง และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเมินว่าโครงการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มาด้วยอาการรุนแรงและเพิ่มการเข้านัดสม่ำเสมอ การประชุมสิ้นสุดด้วยข้อตกลงจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิตชุมชนและวางแผนถ่ายทอดประสบการณ์ให้ชุมชนอื่น โดยผู้เข้าร่วมทุกคนแสดงความมุ่งมั่นสืบสานแนวทาง "4 สร้าง 2 ใช้" ให้เป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตในชุมชนอย่างยั่งยืน

## อภิปรายและสรุปผล

### ประสิทธิผลของนวัตกรรม "4 สร้าง 2 ใช้"

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่น่าประทับใจของนวัตกรรม "4 สร้าง 2 ใช้" ในการปรับปรุงสถานะสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน โดยคะแนนภาวะซึมเศร้า Q9 ลดลงจาก 6.95 เป็น 3.18 คะแนน ( $p < 0.001$ ) ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางคลินิก การที่ผู้ป่วยในระดับปานกลางและรุนแรงลดลงร้อยละ 100 และผู้ที่มีอาการน้อยหรือไม่มีอาการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 80 สะท้อนถึงการฟื้นตัวที่เป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตาม การตีความผลลัพธ์ดังกล่าวต้องมีความระมัดระวัง เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นแบบ pre-post design ที่ไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่

สามารถระบุได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นผลจากการแทรกแซงเพียงอย่างเดียว หรือเป็นผลจากปัจจัยอื่น เช่น การฟื้นตัวตามธรรมชาติ (natural recovery) หรือผลของ Hawthorne effect<sup>(13)</sup>

### การเปรียบเทียบกับแนวทางการดูแลสุขภาพจิตชุมชนในบริบทอื่น

แนวทาง "4 สร้าง 2 ใช้" มีความสอดคล้องกับหลักการของ Community Mental Health โดยเฉพาะแนวคิด Recovery-Oriented Care<sup>(7)</sup> ที่เน้นการสร้างความหวัง ความปลอดภัย และการมีส่วนร่วม ซึ่งสะท้อนในองค์ประกอบ "4 สร้าง" ที่ครอบคลุมการสร้างความปลอดภัย ความสงบ ความหวัง และโอกาสใหม่

การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ("2 ใช้") สอดคล้องกับแนวคิด Asset-Based Community Development (ABCD)<sup>(9)</sup> ที่เน้นการระบุและใช้ประโยชน์จากจุดแข็งและทรัพยากรของชุมชน แทนการมุ่งเน้นที่ปัญหาและความต้องการเพียงอย่างเดียว

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ ผลการศึกษาของ Cuijpers (2011)<sup>(12)</sup> ที่พบว่าโปรแกรมสุขภาพสามารถลดระดับซึมเศร้าลงได้ ร้อยละ 25 แต่การศึกษานี้แสดงผลที่ดีกว่า (การลดลงประมาณร้อยละ 54) แต่ต้องพิจารณาว่าการศึกษาดังกล่าวใช้ระยะเวลาติดตามที่ยาวกว่าและมีกลุ่มควบคุม

### ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชน

จุดแข็งที่สำคัญของการวิจัยนี้ คือการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินความต้องการ การออกแบบกิจกรรม

ตลอดจนถึงการดำเนินการ การใช้เวลา 2 เดือนในกระบวนการประเมินและวิเคราะห์ชุมชนสะท้อนถึงการให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม<sup>(14)</sup>

การที่ชุมชนสามารถระบุและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น ทักษะการนวดแผนไทย ความรู้เรื่องสมุนไพร และสถานที่ในชุมชน แสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของชุมชนและศักยภาพในการดำเนินการอย่างยั่งยืน<sup>(15)</sup>

### ข้อจำกัดและความท้าทายในการอธิบายผล

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดสำคัญหลายประการ ประการแรก คือการขาดกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถแยกแยะได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการแทรกแซงหรือปัจจัยอื่น ประการที่สอง คือขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก (n=44) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลการนำไปใช้กับกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้น และประการที่สามคือการใช้เครื่องมือวัดเพียงชิ้นเดียว (Q9)

แม้ว่าผลการศึกษานี้จะแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในระยะสั้น แต่ความยั่งยืนของโปรแกรมยังคงเป็นคำถาม<sup>(16)</sup> การที่ผู้เข้าร่วม Focus Group แสดงความกังวลเกี่ยวกับการรักษาความต่อเนื่องหลังจากที่ทีมวิจัยถอนตัวออกไปสะท้อนถึงความท้าทายที่สำคัญในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตชุมชน

### สรุปผล

แนวทาง "4 สร้าง 2 ใช้" เป็นนวัตกรรมที่มีศักยภาพสูงในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชนของประเทศไทย การเน้นการใช้

ทรัพยากรและความเข้มแข็งของชุมชนร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนและมีประสิทธิผล แม้จะมีข้อจำกัดในด้านระเบียบวิธีวิจัย แต่ผลการศึกษานี้เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญสำหรับการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพจิตชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย การขยายผลและพัฒนาต่อยอดแนวทางนี้จึงมีความสำคัญต่อการสร้างสังคมไทยที่มีสุขภาพจิตที่ดีและยั่งยืนในอนาคต

### ข้อเสนอแนะ

1. ใช้การออกแบบแบบ Randomized Controlled Trial พร้อมติดตามผลระยะยาว 12-24 เดือนเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและประเมินความยั่งยืน
2. บูรณาการแนวทางเข้ากับระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะการสนับสนุนบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. สร้างกลไกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชนที่ประสบความสำเร็จเพื่อขยายผลและพัฒนาต่อยอด

### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชัยภูมิ หมายเลขรับรอง

ECCPH.008/2568 ออกให้เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2568

### เอกสารอ้างอิง

1. Jaeschke K, Hanna F, Ali S, Chowdhary N, Dua T, Charlson F. Global estimates of service coverage for severe mental disorders: findings from the WHO Mental Health Atlas 2017. Glob Ment Health (Camb) 2021;8:e27. DOI:[10.1017/gmh.2021.19](https://doi.org/10.1017/gmh.2021.19)
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2563. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564.
3. Compagnoni MM, Corrao G, Saponaro A, Carle F, Scodotto S, Barbato A, et al. Effectiveness of community care for patients with severe mental disorders in Italy. Eur J Public Health 2023;33(Suppl 2):ckad160.337. DOI:[10.1093/eurpub/ckad160.337](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.337)
4. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>

5. Fox PR, Liu SK, Maron BJ.  
Echocardiographic assessment of  
spontaneously occurring feline hypertrophic  
cardiomyopathy. An animal model of human  
disease. *Circulation* 1995;92(9):2645-51.  
DOI:[10.1161/01.cir.92.9.2645](https://doi.org/10.1161/01.cir.92.9.2645)
6. Kohrt BA, Asher L, Bhardwaj A, Fazel M,  
Jordans MJD, Mutamba BB, et al. The Role  
of Communities in Mental Health Care in  
Low- and Middle-Income Countries: A  
Meta-Review of Components and  
Competencies. *Int J Environ Res Public*  
*Health* 2018;15(6):1279.  
DOI:[10.3390/ijerph15061279](https://doi.org/10.3390/ijerph15061279)
7. Slade A. Mentalizing the unmentalizable:  
Parenting children on the spectrum. *Journal*  
*of Infant Child and Adolescent*  
*Psychotherapy* 2009;8(1):7-21.  
DOI:[10.1080/15289160802683054](https://doi.org/10.1080/15289160802683054).
8. Cohen S, Wills TA. Stress, social support,  
and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*  
1985;98(2):310-57.  
DOI:[10.1037/00332909.98.2.310](https://doi.org/10.1037/00332909.98.2.310)
9. Kretzmann JP, McKnight JL. Building  
communities from the inside out: A path  
toward finding and mobilizing a community's  
assets. Evanston, Ill. : Center for Urban  
Affairs and Policy Research, Northwestern  
University, 1993.
10. Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R.  
Peer support among persons with severe  
mental illnesses: a review of evidence and  
experience. *World Psychiatry*  
2012;11(2):123-8.  
DOI:[10.1016/j.wpsyc.2012.05.009](https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009)
11. Nieweglowski K, Sheehan L, Deshpande A.  
A systematic review of community-based  
participatory research studies involving  
individuals with mental illness. *Psychiatr*  
*Rehabil J* 2024;47(1):9-21.  
DOI:[10.1037/prj0000536](https://doi.org/10.1037/prj0000536)
12. Cuijpers P. Prevention of depressive  
disorders: towards a further reduction of the  
disease burden of mental disorders. *Early*  
*Intervention in Psychiatry* 2011;5(3):179-80.  
DOI:[10.1111/j.1751-7893.2011.00282.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00282.x)
13. Rezk F, Stenmarker M, Acosta S, Johansson  
K, Bengnér M, Åstrand H, et al. Healthcare  
professionals' experiences of being observed  
regarding hygiene routines: the Hawthorne  
effect in vascular surgery. *BMC Infect Dis*  
2021;21(1):420. DOI:[10.1186/s12879-021-06097-5](https://doi.org/10.1186/s12879-021-06097-5)

14. Ahari SS, Habibzadeh S, Yousefi M, Amani F, Abdi R. Community based needs assessment in an urban area: a participatory action research project. BMC Public Health 2012;12:161. DOI:[10.1186/1471-2458-12-161](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-161)
15. Ma C, Gao C, Somrak T. The Role of Thai Local Herbs and Ingredients in Promoting Post-Pandemic Wellness and Medical Tourism for Sustainable Development Goal 3: A Critical Review of the Literature. PSU Med J 2023;3(3):135-49. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/PSUMJ/article/view/265031>
16. Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, Andersson G, Hollon SD, van Straten A. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. J Affect Disord 2014;159:118-26. DOI:[10.1016/j.jad.2014.02.026](https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026)